



POLÍTICA NACIONAL DE SALUD PARA PERSONAS TRANS Y DE GÉNERO DIVERSO

Ministerio de Salud

2025

Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso 2025.



MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Este material puede ser reproducido total y parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

1º Edición y publicación 2025

Durante la elaboración de la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso, y en consideración a las recomendaciones de la Academia Chilena de la Lengua (1), se optó por utilizar formas léxicas genéricas y términos comúnmente empleados por la sociedad civil. Por esta razón, dichas formas léxicas y términos podrían no coincidir con la normatividad establecida en diccionarios o en la literatura académica.

Además, se decidió no reemplazar los morfemas "o" y "a" mediante el uso de signos gráficos como "@" o "x", ni la letra "e", con el fin de preservar la efectividad comunicativa del texto. Esta elección se basa en economía lingüística y busca facilitar la transmisión oral. No obstante, se reconoce el valor de estas formas de representación y visibilización para las personas que no se identifican con el sistema binario de género.

Por último, si a pesar de los esfuerzos realizados en algún momento se identifican términos o frases en esta Política que puedan afectar la dignidad de cualquier persona, ello no refleja la intención del Ministerio de Salud.



CONTENIDO

Glosario.....	7
Presentación.....	8
Introducción.....	9
Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso.....	11
Ejes de la Política	12
Eje 1: Regulación y protección de derechos.....	13
Eje 2: Acceso universal y provisión de servicios.....	13
Eje 3: Difusión, formación y capacitación.....	14
Eje 4: Participación y Comunicación Social.....	14
Eje 5: Gestión de la información e investigación.....	16
Resumen de ejes y líneas estratégicas de la política nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso.....	18
Anexos.....	52
Referencias.....	70



RESPONSABILIDAD TÉCNICA

Paula Araya Ibáñez, Jefatura Departamento de Derechos Humanos y Género, Gabinete de Ministra.

M. Soledad Martínez Gutiérrez, Jefatura División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Margarita Ramos Martínez, Jefatura Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Javiera Erazo Leiva, Jefatura Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

EDICIÓN

Cynthia Aránguiz Castro, Departamento de Derechos Humanos y Género, Gabinete de Ministra.

Alberto Inzulza Galdames, Profesional, Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.

Paula Maureira Martínez, Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Rodrigo Neira Contreras, Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Felipe Peña Quintanilla, Departamento de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

María Ignacia Rojas Puga, Departamento de Derechos Humanos y Género, Gabinete de Ministra.

COLABORADORAS Y COLABORADORES DEL MINISTERIO DE SALUD

Anamari Avendaño Arechavala, Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Carla Retamales Ponce, Dpto. GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Carmen Gloria González, Dpto. Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, DIPOL, Subsecretaría de Salud Pública

Damaris Meza Lorca, Dpto. Gestión del Cuidado, DIVAP, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Felipe González Díaz, Dpto. GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Fernando González Escalona, Gabinete de Ministra.

Gina Merino Pereira, Dpto. Manejo integral del Cáncer y otros Tumores, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Gisela Acosta Poqué, Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Javiera Burgos Laborde, Dpto. Estadística e Información en Salud, DIPLAS, Subsecretaría de Salud Pública

Leonardo Chanqueo Cornejo, Dpto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Marcela Avendaño Viguera, Dpto. de Inmunizaciones, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

María Alicia Ribes Langevin, Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

María José Oyarzún Isamitt, Dpto. Ciclo Vital, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Pablo Norambuena Mateluna, Dpto. Proceso ambulatorio y gestión de la demanda, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Rafael Vidal Ortiz, Dpto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública.

Sabina Pino Campos, Dpto. Gestión y Planificación Estratégica, DIPOL, Subsecretaría de Salud Pública.

Sebastián Cortés Moreno, Dpto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Valentina Monroy Emparanza, Dpto. Gestión y Planificación Estratégica, DIPOL, Subsecretaría de Salud Pública.

Vania Martínez Nahuel, Dpto. de Salud Mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública

Verónica Medina Urrutia, Dpto. Desarrollo de Productos, División Desarrollo Institucional, FONASA.

Viviana Reyes Ortiz, Dpto. Estadísticas e Información en Salud, DIPLAS, Subsecretaría de Salud Pública.



REPRESENTANTES DE LA COORDINACIÓN DE LA MESA DE SALUD TRANS

Claudia Ancapán Quilape

Leonel Catoni Alzamora

Lorenza Quezada Mendoza

Makarena Salles Contreras

Mercedes Carrasco Portiño

Miguel Roselló Peñaloza

Mireya Fernández Reta

Tamini Aguirre Arcos

REVISORES Y REVISORAS DE LA PROPUESTA

Alejandra Sáez Molina, Equipo SOGI, Banco Mundial LAC.

Andrés Ignacio Rivera Duarte, Consultor Experto en Diversidad Sexual y Derechos Humanos.

Alina Oyarzún Donoso, Profesional de apoyo Observatorio de Participación Ciudadana y No Discriminación del Ministerio SEGEOB.

Catalina Fernández Carter, Jefatura Dpto. Sistema Universal de Derechos Humanos, División de Derechos Humanos, Ministerio de Relaciones Exteriores.

Daniela Fuentes Salindas, Depto. Sistema Universal de DDHH, División de Derechos Humanos, Ministerio de Relaciones Exteriores.

Francisco Winter Donoso, Equipo SOGI, Banco Mundial LAC.

Lorena Astudillo Pérez, División de Políticas de Igualdad, Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género.



ABREVIATURAS

CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DDHH	Derechos Humanos
DE	Desviación Estándar
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en idioma inglés <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
ENS	Estrategia Nacional de Salud, Ministerio de Salud
LGB, LGBT, LGBTI, LGBTI+	Siglas* con diferente alcance en materia de identidades de género, orientación y características sexuales. Según su conformación, puede considerar a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y el “+” para incluir a aquellas que no se representan en las letras anteriores. * <i>El uso de estas siglas varía a lo largo del documento para representar el alcance y población objetivo que tienen los estudios o la literatura citada en cada caso. De preferencia, se utilizará “OSIEGCS diversas”.</i>
MINSAL	Ministerio de Salud
NNA	Niño, niña y adolescente
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible, Asamblea General de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
OSIEGCS	Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género, y Características Sexuales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
TGD	Trans y de Género Diverso
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



PRESENTACIÓN

Un sistema de salud tiene tres finalidades: mejorar la salud, responder a las expectativas de las personas otorgando un trato digno y adecuado a sus usuarios, y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. Los sistemas de salud son parte esencial del tejido social, contribuyendo a la salud de la comunidad y a la equidad, justicia y respeto a la dignidad de las personas (2,3).

Las personas trans y de género diverso (o quienes desarrollan su identidad de género de formas variadas y fluidas) requieren que en todos los niveles exista una comprensión acabada en los equipos de salud de las necesidades de acceso a los servicios de salud de esta población, así como prestaciones basadas en evidencia actualizada acompañadas de una vinculación efectiva de dichos equipos con las organizaciones y agrupaciones de cada territorio (3).

Esta Política se desarrolló con participación de la sociedad civil y con apoyo intersectorial, motivada por la necesidad de avanzar hacia un sistema de salud cuyos servicios estén disponibles de manera equitativa, centrado en las personas y que valore su diversidad.

La Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso incluye los compromisos en Derechos Humanos y recomendaciones internacionales, desarrollando cinco ejes que guiarán las estrategias para mejorar el acceso y la experiencia en el sistema público de salud de las personas trans y de género diverso:

- ▶ Regulación y protección de derechos
- ▶ Acceso universal y prestación de servicios
- ▶ Difusión, formación y capacitación
- ▶ Participación y Comunicación social
- ▶ Gestión de la información e investigación

Las iniciativas asociadas a los ejes anteriormente expuestos buscan transformar el sistema público de salud en uno libre de violencia, vulneración y estigma. Esperamos que la implementación de esta Política signifique un avance importante en la disminución de las barreras de acceso a la salud y en la integración de prácticas asistenciales con altos estándares de calidad y basadas en los Derechos Humanos.

Ximena Aguilera Sanhueza
MINISTRA DE SALUD



INTRODUCCIÓN

Las razones para formular una política son variadas y dependen del contexto sociohistórico y la visión del momento. Actualmente, la agenda mundial y nacional considera las temáticas relacionadas al género y diversidad, debido a compromisos adquiridos por el Estado de Chile y a la ratificación de tratados internacionales en Derechos Humanos¹.

En el marco de los estándares en Derechos Humanos, Naciones Unidas ha solicitado expresamente a los Estados terminar con la violencia y discriminación hacia la población con orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales (en adelante, OSIEGCS) diversas, en sus distintas etapas del desarrollo de la vida. El llamado es a concretar el derecho a que todas las personas sin distinción puedan disfrutar de una vida libre de persecución, violencia, discriminación y estigma (4).

El Ministerio de Salud tiene la misión de garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. A partir de su función de dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud²

Esta Política se desarrolló en consonancia con los principios rectores de la Ley 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Se fundamenta en el principio de dignidad, asegurando el respeto y reconocimiento de todas las personas; el principio de igualdad y no discriminación, garantizando un acceso equitativo a la salud sin exclusiones; y el principio del interés superior de niños, niñas y adolescentes, promoviendo su bienestar y desarrollo integral. Asimismo, incorpora el principio de autonomía progresiva, permitiendo que cada persona exprese su identidad de género conforme a su capacidad y madurez, y el principio de no patologización, reafirmando que la identidad de género no es una condición de salud, sino un derecho fundamental que debe ser protegido y garantizado.

Las personas con OSIEGCS diversas enfrentan experiencias y desafíos que no son homologables a quienes se identifican de manera heterosexual y cisgénero, que requieren medidas específicas para abordarlos (7,8). La evidencia muestra que quienes se identifican como personas trans y de género diverso suelen experimentar barreras en el acceso a la salud; que la experiencia de insatisfacción y miedo a vivir discriminación hace menos probable que busquen ayuda en los establecimientos de salud, y que es frecuente que una vez dentro del sistema sean desatendidas o reciban una atención con menor calidad (9,10). Adicionalmente, las personas trans y de género diverso tienen necesidades de salud específicas, algunas relacionadas a la afirmación de su identidad de género y otras generadas por estructuras y normas sociales discriminadoras, opresivas o excluyentes (11–13).

La marginalización económica y social sistemática de las personas con OSIEGCS diversas, la patologización de su identidad, estigma, discriminación y la falta de oferta de ciertos servicios incide en su alejamiento de los servicios públicos y en búsqueda de alternativas fuera del sistema de salud, que las expone a riesgos (3,19). Por esto, es esperable que enfrenten mayores dificultades que otras personas en su salud mental y física, como también que posean peores hábitos de cuidado de salud y un mayor

¹ Los compromisos adquiridos se detallan en la sección **Anexo 3:**

MARCO INTERNACIONAL Y CONSIDERACIONES SECTORIALES de este documento.

² DFL 1 (2006) fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, art.1 y 4.



acceso a procedimientos de salud informales, irregulares, dañinos y sin indicación médica (20–26). Por otro lado, es más probable que las personas que pertenecen a grupos marginalizados -entre las que se cuenta la población con OSIEGS diversas- experimenten más soledad y aislamiento que otros grupos (202)

Para mitigar estos riesgos y fomentar el bienestar de estas poblaciones, se necesita un enfoque integral que incorpore el reconocimiento y respeto a la identidad de género en la salud pública, mejore el acceso al sistema público de salud, fortalezca la recolección de datos de alta calidad, y promueva una vinculación efectiva con comunidades de personas trans y de género diverso locales para garantizar la capacidad de respuesta y pertinencia cultural (3). En ese contexto, esta Política propone el establecimiento de acciones de salud integrales y específicas para personas trans y de género diverso³.

Las personas trans y de género diverso representan, en su individualidad, su propia existencia diversa. Es decir, no son un grupo homogéneo ni tienen las mismas expectativas, por lo que no hay una forma única de ser una persona trans o de género diverso, de expresar la identidad, ni de tomar decisiones. Tampoco existe un curso único en el desarrollo de la vida. Si bien la diversidad de género es común a todos los seres humanos y no es patológica, existe una experiencia de incongruencia de género que puede causar malestar y deterioro clínicamente significativos, y a menudo requiere atención clínica (27).

Por lo tanto, el propósito de la construcción de esta política sectorial es que los equipos de salud, quienes lideran los servicios de salud y el sistema público de salud en general avance en accesibilidad, desarrollo de competencias y de seguridad para la población con OSIEGCS diversas, en consideración a su situación social y cultural desaventajada por la estigmatización de su identidad de género.

³ *Leave no one behind* corresponde al propósito de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible.



POLÍTICA NACIONAL DE SALUD PARA PERSONAS TRANS Y DE GÉNERO DIVERSO

VISIÓN

Un sistema sanitario que promueve el bienestar de todas las personas trans y de género diverso, que respeta la identidad y su expresión de género, asegura la accesibilidad y calidad mediante un proceso de atención centrado en la persona.

PROPÓSITO

Construir un sistema sanitario accesible, pertinente y seguro para todas las personas trans y de género diverso.

MISIÓN

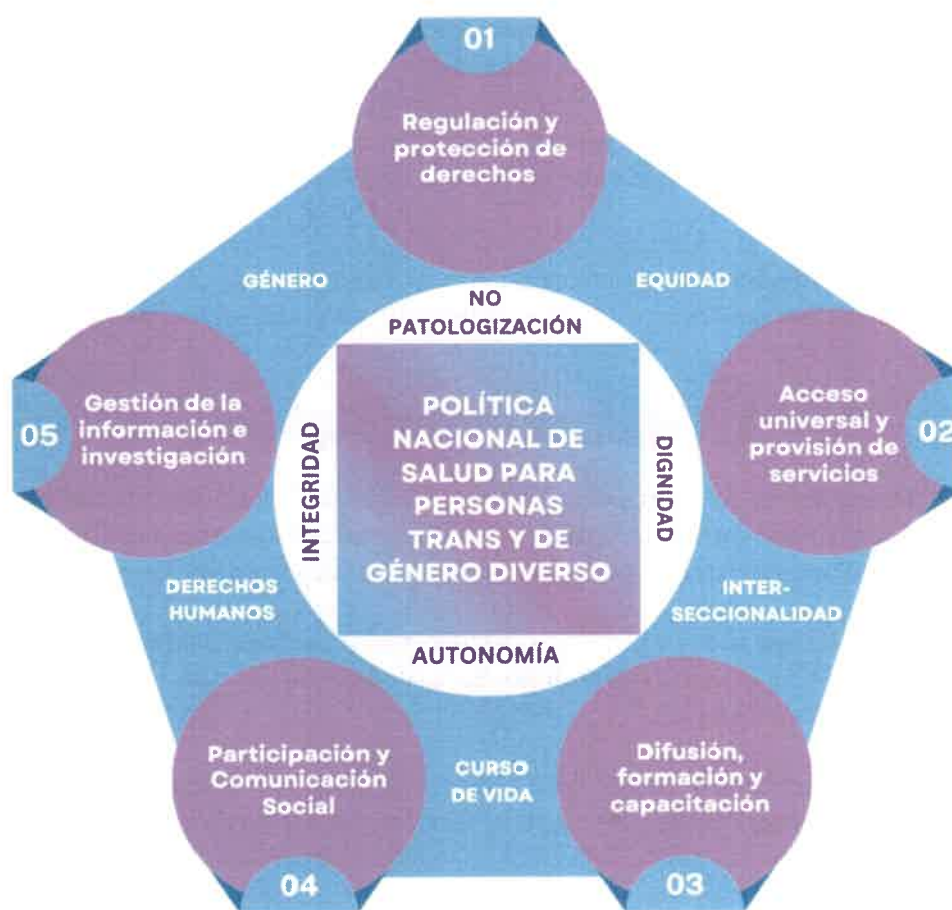
Impulsar todas las medidas que contribuyan a lograr la igualdad efectiva en el acceso a la salud y el desarrollo integral de las personas trans y de género diverso, en un marco de Derechos Humanos, con perspectiva de género, curso de vida, equidad e interseccionalidad.



EJES DE LA POLÍTICA

Acorde a la visión y propósito de la Política, se desarrollan los cinco ejes que darán estructura a las líneas estratégicas para avanzar a una igualdad efectiva en el acceso a la salud de las personas trans y de género diverso. Asimismo, se considera que para su desarrollo deben ser considerados los enfoques de derechos humanos, género, equidad y de curso de vida, junto a la interseccionalidad y los cuatro principios relevados por las organizaciones de la sociedad civil: integridad, no patologización, dignidad y autonomía (ver **Ilustración 1**).

Ilustración 1. Desarrollo de la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso.



Fuente: Elaboración propia.

Eje 1: Regulación y protección de derechos

Existe consenso, en investigaciones, literatura científica y recomendaciones internacionales, en fomentar que los establecimientos de salud sean acogedores, espacios libres de discriminación y percibidos como lugares seguros para las personas trans y de género diverso. Esto como un elemento fundamental para responder adecuadamente a sus necesidades de salud (143). Para ello se recomienda el desarrollo de políticas, planes, normativas y protocolos antidiscriminación (144). Todas las medidas que se adopten deben reconocer la naturaleza interseccional de la discriminación y exclusión, abordar sus causas y establecer procesos participativos en la toma de decisiones (54).

Por otro lado, la protección social es esencial desde los determinantes sociales de la salud y como parte del resguardo de derechos, los cuales se ven afectados en personas trans y de género diverso al ser un grupo marginado que enfrenta barreras de acceso a servicios sociales (78,145,146). Asimismo, es necesario avanzar en la prevención de procedimientos informales, dañinos y con alta afectación de la salud en personas trans y de género diverso, alternativas que se buscan frente a la falta de oferta en el sistema de salud; y, a su vez, resguardar la provisión de servicios seguros y acordes a la identidad de género de las personas (119).

Este eje busca avanzar en proveer a la red pública de salud de un marco que regule las estrategias a implementar para esta población y oriente su quehacer, enfocados en las necesidades específicas de salud.

Líneas estratégicas

- ▶ Actualizar y diseñar políticas, planes y normas ministeriales que protejan el derecho a la salud de las personas trans y de género diverso en todos los niveles de atención, disminuyan el riesgo de discriminación arbitraria y la patologización de su identidad de género.
- ▶ Avanzar en la regulación de servicios y establecimientos de salud para la entrega de prestaciones de promoción, prevención e intervenciones específicas de calidad y seguras para las personas trans y de género diverso.
- ▶ Fortalecer la complementariedad y articulación del Sistema de Salud con otros sectores, para fomentar el bienestar integral de las personas trans y de género diverso.

Eje 2: Acceso universal y provisión de servicios

Antes de la promulgación de la Ley N° 21.120, que reconoce y da protección a la identidad de género, y del Decreto Supremo N°3 de 2019 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que reglamenta las acciones mínimas que debe contemplar el acompañamiento psicosocial a niños, niñas o adolescentes trans y género no conforme, en Chile ya existía un desarrollo de iniciativas diversas, desarrolladas con recursos limitados y en función del marco presupuestario local, y enfocadas principalmente en personas trans adultas (32,155).



Las personas trans y de género diverso forman parte de un grupo especialmente marginado. Para ellas, las barreras de acceso a la salud que ya afectan a la población general se profundizan, surgen obstáculos específicos y aumenta el riesgo de enfrentar problemas de salud no diagnosticados ni tratados oportunamente (147).

Como consecuencia, muchas postergan la búsqueda de atención sanitaria, recurren a alternativas informales o, directamente, evitan asistir a servicios de salud para no exponerse a situaciones de discriminación. Esta falta de respuesta adecuada por parte del sistema impacta negativamente su bienestar a lo largo del curso de vida, dificulta la detección temprana de necesidades de salud y restringe el acceso a prestaciones integrales (31, 148,149,150,151,154).

Además, esta situación refuerza la desconfianza hacia la red pública de salud (142) y lleva a algunas personas trans y de género diverso a buscar alternativas no reguladas para afirmar su identidad de género. Estas prácticas pueden implicar graves riesgos para la salud, como ocurre con el uso de rellenos sintéticos permanentes (biopolímeros o silicona industrial, entre otros), asociados a complicaciones médicas (119).

En este escenario, el sistema público de salud tiene que establecer acciones proactivas para comprender estas barreras y tomar acciones para su disminución. Este eje busca avanzar en proveer servicios de salud que sean adecuados para el abordaje de las necesidades de salud de personas trans y de género diverso, con una mirada país en la red asistencial.

Líneas estratégicas

- ▷ Definir y actualizar prestaciones de salud en la red asistencial, pertinentes a las necesidades específicas de personas trans y de género diverso, coherentes con el resguardo del Derecho a la Salud y sus Derechos Sexuales y Reproductivos.
- ▷ Mejorar la cobertura, acceso a prestaciones universales y acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación para personas trans y de género diverso.
- ▷ Resguardar la provisión de servicios seguros en todo el continuo de la atención, basados en evidencia científica y en un marco de derechos humanos.

Eje 3: Difusión, formación y capacitación

Actualmente, los sistemas de salud presentan una escasa difusión del conocimiento sobre necesidades de salud de personas trans y de género diverso; esta brecha se origina, en gran parte, desde la formación profesional y técnica (143,156), y se traduce en una provisión inadecuada de servicios sanitarios.

El personal de salud, incluso sin intención de discriminar, puede tener una comprensión limitada de los problemas que afectan desproporcionadamente a personas con OSIEGCS diversas. Esta falta de capacitación puede restringir la inclusión, interferir en la atención y afectar la toma de decisiones clínicas al basarse en suposiciones inapropiadas (157).



A pesar de que los equipos de salud suelen mostrar disposición a avanzar en este ámbito, la oferta formativa es escasa (156,158,159) y la falta de conocimiento puede aumentar el riesgo de la entrega servicios de salud inadecuados (35), mientras que el manejo de conocimiento disminuye este riesgo (160). A su vez, las propias personas trans y de género diverso enfrentan barreras de acceso al conocimiento y condiciones socioeconómicas que dificultan su relación con el sistema de salud (20,84), junto con presentar tasas diferenciadas de prevalencia y riesgo en comparación con la población general (161).

Por lo tanto, las estrategias de formación y difusión deben incorporar acciones transversales de sensibilización y desarrollo de competencias para todo el personal de salud (administrativo, técnico y profesional), así como instancias específicas de formación especializada para equipos que aborden necesidades particulares (143, 162, 163). Se recomienda que estas estrategias sean integrales, sostenidas en el tiempo y evaluadas periódicamente para garantizar su efectividad (164)

En resumen, este eje busca avanzar en la actualización de conocimientos y capacidades en el Sistema de Salud para el abordaje adecuado de las necesidades de salud de personas trans y de género diverso.

Líneas estratégicas

- ▷ Fomentar la adquisición de competencias específicas en los equipos de salud para la atención segura y adecuada de personas trans y de género diverso mediante estrategias de capacitación sobre diversidad sexual y de género, para las personas tomadoras de decisiones en la Red de Salud.
- ▷ Implementar en la Red de Salud, estrategias de difusión, concientización y sensibilización para la prevención del estigma y eliminación de violencia hacia las personas trans y de género diverso.
- ▷ Avanzar en el desarrollo, actualización y difusión de marcos y referencias técnicas de salud, para el abordaje adecuado de las necesidades sanitarias de las personas trans y de género diverso.
- ▷ Propender a la integración de contenidos de diversidad sexual y de género, así como el abordaje de sus necesidades de salud en las mallas curriculares de profesionales de la salud

Eje 4: Participación y Comunicación Social

Por tratarse de un grupo estigmatizado, es importante la participación social y en comunidad de las personas trans y de género diverso, y las instancias comunitarias e inclusivas – además de percibir apoyo social- resultan en factores protectores para su bienestar (115,135). Sin embargo, el estigma, la discriminación y violencia continúan siendo un desafío para la sociedad, y se requieren acciones para la promoción de comunidades más inclusivas con la diversidad de género, situación que resulta fundamental para la efectiva disminución de las inequidades de salud de esta población (165). Por otro lado, fomentar la participación de las personas y comunidades trans y de género diverso, en la toma de decisiones sobre el diseño e implementación de acciones y políticas públicas de salud, no solo se relaciona con un ejercicio democrático y acorde a la dirección hacia la cual los sistemas de salud y la gestión pública continúan avanzando, sino que favorece que las estrategias en salud cuenten con mayor



pertinencia a las necesidades de esta población y que se disminuya el riesgo de discriminación arbitraria en su diseño e implementación (32,166–168).

Este eje busca avanzar en el logro de comunidades más inclusivas con la diversidad, así como en el fomento de la participación de personas y organizaciones de personas trans y de género diverso en el diseño e implementación de acciones y políticas públicas de salud.

Líneas estratégicas

- ▶ Generar estrategias de comunicación social para la promoción de la inclusión y prevención del estigma y discriminación hacia las personas trans y de género diverso.
- ▶ Difundir las estrategias y prestaciones específicas y universales, disponibles para personas trans y de género diverso.
- ▶ Establecer mecanismos de participación nacional y territorial en los establecimientos de salud, Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de organizaciones de la sociedad civil de personas trans y de género diverso.

Eje 5: Gestión de la información e investigación

Contar con sistemas de registro actualizados que recojan información relevante sobre la salud de personas con OSIEGCS diversas es fundamental para una gestión sanitaria efectiva y para el desarrollo de prestaciones de salud pertinentes a ese grupo (169,170). Esta información, integrada en todos los niveles del sistema, permite mejorar la toma de decisiones y visibilizar necesidades específicas de esta población (171,172).

La evolución en la atención de salud, los avances en la clasificación y marcos de referencia internacionales de salud y los nuevos marcos jurídicos chilenos relacionados a las personas con identidades trans y de género diverso, generan un desafío y urgencia en la actualización de los sistemas de registro y la investigación (173,174), junto a dejar atrás la reproducción de esquemas de discriminación, prejuicios y estereotipos negativos en su abordaje en salud (173). Además, es necesario reforzar los avances logrados, ya que las personas con OSIEGCS diversas aún sienten que no se puede garantizar la confidencialidad y la privacidad de su información (157).

Cabe destacar que, por el auge investigativo y el debate en este ámbito de la salud (175,176), se requiere de una revisión periódica y crítica, tanto por su valor para entregar una atención culturalmente competente en salud como para evaluar su congruencia con los modelos y marcos legales nacionales, y bajo la declaración de los principios utilizados para la implementación de esta Política.

Este eje busca avanzar en una gestión de la información y difusión de evidencia que permita visibilizar y caracterizar adecuadamente a esta población, optimizar el diseño e implementación de políticas públicas y la mejora continua del proceso asistencial, para lo cual la investigación es fundamental (115).



Líneas estratégicas

- ▷ Actualizar y disponer de sistemas de información y registros de salud de calidad y confiable, para la toma de decisiones en la gestión clínica y administrativa, en relación con las personas trans y de género diverso.
- ▷ Fomentar la producción y divulgación científica para el desarrollo de Políticas Públicas y acciones de salud pertinentes a las necesidades de personas trans y de género diverso.



Resumen de ejes y líneas estratégicas de la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso

A continuación, se presenta un resumen con los ejes y líneas estratégicas de la Política y su contribución tanto a los resultados esperados de la Estrategia Nacional en Salud en el periodo 2021-2030 como a las metas de los Objetivos del Desarrollo Sostenible a alcanzar para el 2030:

POLÍTICA NACIONAL		CONTRIBUCIÓN	
Eje 1. Regulación y protección de derechos	Líneas estratégicas	ENS (Resultados esperados)	ODS (Metas)
	Actualizar y diseñar políticas, planes y normas ministeriales que protejan el derecho a la salud de las personas trans y de género diverso en todos los niveles de atención, disminuyan el riesgo de discriminación arbitraria y la patologización de su identidad de género. Avanzar en la regulación de servicios y establecimientos de salud para la entrega de prestaciones de promoción, prevención e intervenciones específicas de calidad y seguras para las personas trans y de género diverso. Fortalecer la complementariedad y articulación del Sistema de Salud con otros sectores, para fomentar el bienestar integral de las personas trans y de género diverso.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos. Disminuir los factores detonantes que mantienen la naturalización del ciclo de violencia en las personas, familias, comunidades. Mejorar el abordaje integral de la violencia desde la promoción, prevención e intervención en el sector salud. Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo. Disminuir la brecha multifactorial en el acceso a soluciones de salud. Disminuir la fragmentación y discontinuidad de las políticas de Estado para la prevención de la Violencia, desde el sector salud. Aumentar la incorporación de acciones que abordan la calidad y seguridad de la atención basadas en la evidencia. Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad. Transversalizar la continuidad del cuidado en los distintos niveles del sector.	ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. 3.4 Para el año 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 5.6 Asegurar el acceso universal a salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. 5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles. ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países. 10.2 De aquí al año 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición 10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.



POLÍTICA NACIONAL		CONTRIBUCIÓN	
Eje 2. Acceso universal y provisión de servicios	Líneas estratégicas	ENS (Resultados esperados)	ODS (Metas)
	Definir y actualizar prestaciones de salud en la Red Asistencial, pertinentes a las necesidades específicas de personas trans y de género diverso, coherentes con el resguardo del derecho a la salud y con sus derechos sexuales y reproductivos. Mejorar cobertura, acceso a prestaciones universales y acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación para personas trans y de género diverso. Resguardar la provisión de servicios seguros en todo el continuo de la atención, basados en evidencia científica y en un marco de derechos humanos.	Transversalizar la continuidad del cuidado en los distintos niveles del sector. Aumentar la oferta y calidad de programas y/o acciones enfocadas en promoción de la salud mental en el curso de vida. Disminuir la fragmentación y discontinuidad de las Políticas de Estado para la prevención de la Violencia, desde el sector salud. Disminuir la brecha multifactorial en el acceso a soluciones de salud Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad. Mejorar el abordaje integral de la violencia desde la promoción, prevención e intervención en el sector salud. Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco en adolescentes, jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. 3.3 Para el año 2030, poner fin a las epidemias del VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todas las personas. 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo. 5.6 Asegurar el acceso universal a la Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos Reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

POLÍTICA NACIONAL		CONTRIBUCIÓN	
	Líneas estratégicas	ENS (Resultados esperados)	ODS (Metas)
Eje 3. Difusión, formación y capacitación	Fomentar la adquisición de competencias específicas en los equipos de salud para la atención segura y adecuada de personas trans y de género diverso mediante estrategias de capacitación sobre diversidad sexual y de género, para las personas tomadoras de decisiones en la red pública de salud.	Disminuir los factores detonantes que mantienen la naturalización del ciclo de violencia en las personas, familias, comunidades. Fortalecer la incorporación de la empatía, trato digno, escucha activa y comunicación asertiva en la atención de salud por parte de los funcionarios/as y trabajadores/as de la salud. Disminuir la brecha multifactorial en el acceso a soluciones de salud. Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.	ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.
	Implementar en la red pública de salud, estrategias de difusión, concientización y sensibilización para la prevención del estigma y eliminación de violencia hacia las personas trans y de género diverso.	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural. Fortalecer el modelo biopsicosocial con perspectiva de derechos humanos en todo el sistema sanitario.	ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
	Avanzar en el desarrollo, actualización y difusión de marcos y referencias técnicas de salud, para el abordaje adecuado de las necesidades sanitarias de las personas trans y de género diverso. Propender a la integración de contenidos de diversidad sexual y de género, así como el abordaje de sus necesidades de salud en las mallas curriculares de profesionales de la salud	Relevar el enfoque de equidad en la Red Asistencial y los programas de salud. Transversalizar la continuidad del cuidado en los distintos niveles del sector. Mejorar el abordaje integral de la violencia desde la promoción, prevención e intervención en el sector salud. Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países. 10.2 De aquí al año 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición. 10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.



POLÍTICA NACIONAL		CONTRIBUCIÓN	
Lineas estratégicas		ENS (Resultados esperados)	ODS (Metas)
Eje 4. Comunicación y participación social	Generar estrategias de comunicación social para la promoción de la inclusión y prevención del estigma y discriminación hacia las personas trans y de género diverso.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco en adolescentes, jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 5.5 Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública. 5.b Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.
	Difundir las estrategias y prestaciones específicas y universales, disponibles para personas trans y de género diverso.	Fortalecer el empoderamiento, activación y participación de las personas y las comunidades en su salud, desde el conocimiento de sus derechos.	ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países. 10.2 De aquí al año 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.
	Establecer mecanismos de participación nacional y territorial en los establecimientos de salud, Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de organizaciones de la sociedad civil de personas trans y de género diverso.	Fortalecer la participación ciudadana organizada. Fortalecer la participación vinculante de las personas en la implementación de los programas de salud y modelos de atención con pertinencia territorial. Fortalecer el empoderamiento, activación y participación de las personas y las comunidades en su salud, desde el conocimiento de sus derechos.	

POLÍTICA NACIONAL		CONTRIBUCIÓN	
Líneas estratégicas		ENS (Resultados esperados)	ODS (Metas)
Eje 5. Gestión de la información e investigación	Actualizar y disponer de sistemas de información y registros de salud de calidad y confiable, para la toma de decisiones en la gestión clínica y administrativa, en relación con las personas trans y de género diverso.	Gobernanza de datos e información empoderada, adecuada y suficiente. Aumentar la incorporación de acciones que abordan la calidad y seguridad de la atención basadas en la evidencia.	ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.
	Fomentar la producción y divulgación científica para el desarrollo de Políticas Públicas y acciones de salud pertinentes a las necesidades de personas trans y de género diverso.	Disminuir la brecha multifactorial en el acceso a soluciones de salud.	ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación. 5.b Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.
			ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países 10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.



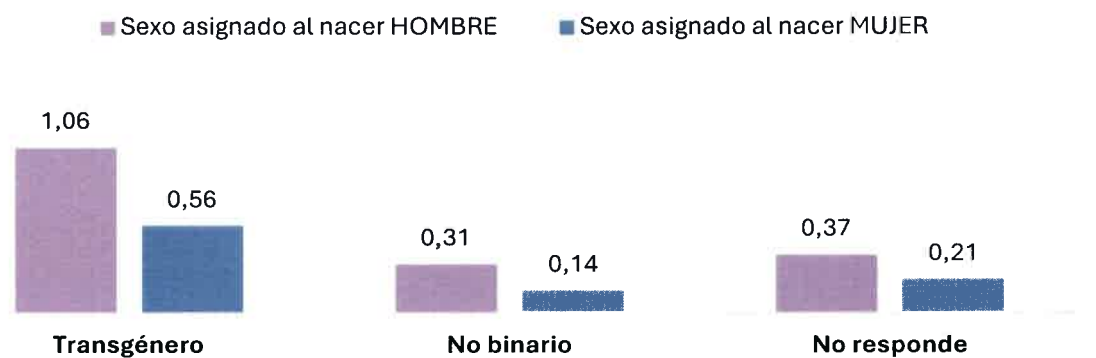
ANEXOS

Anexo 1:

Datos relevantes para la construcción de la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso

Durante los años 2022 y 2023 el Ministerio de Salud implementó la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX). Dentro de sus resultados, se reveló que un 0,8% de la población mayor de 18 años se identifica como transgénero⁴ y un 0,2% como no binario (ver **Gráfico 1**).

Gráfico 1. Porcentaje de personas trans y de género diverso, según el sexo asignado al nacer.

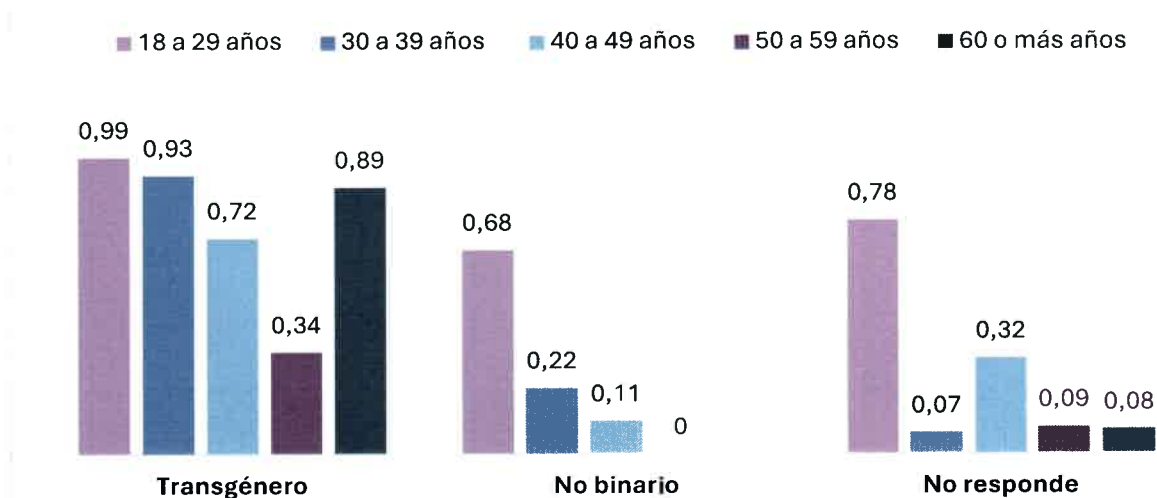


Fuente: ENSSEX 2022/2023, MINSAL.

En la misma encuesta se observa que la representación de personas transgénero y no binario aumenta en el grupo de edad de 18 a 29 años (ver **Gráfico 2** y **Gráfico 3**)

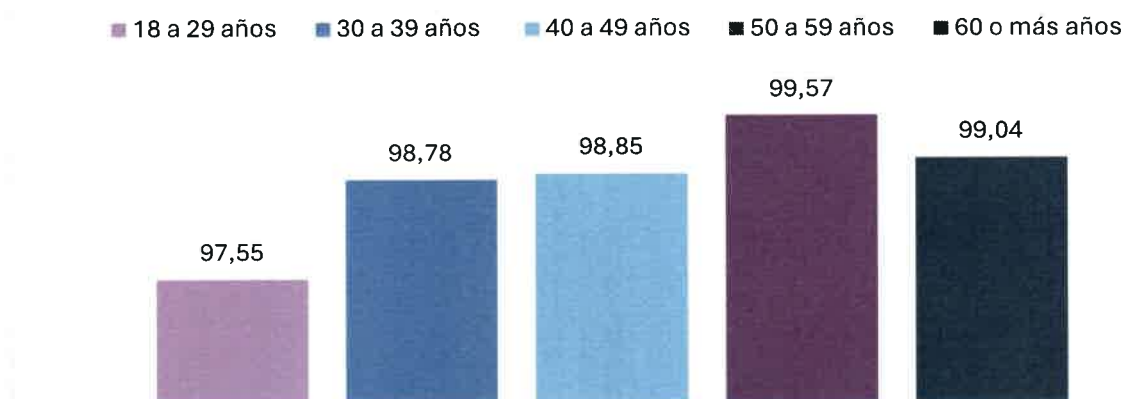
Gráfico 2. Porcentaje de personas trans y de género diverso, según grupo de edad.

⁴ Se agrupó en "transgénero" a las personas que respondieron como "transfemenino" y "transmasculino", independiente de la respuesta que hubieran entregado en la pregunta sobre su sexo.



Fuente: ENSSEX 2022/2023, MINSAL.

Gráfico 3. Porcentaje de personas cisgénero, según grupo de edad⁵.



Fuente: ENSSEX 2022/2023, MINSAL.

Esto es concordante con la 10ª Encuesta Nacional de Juventudes (2022) que, con una muestra de 10.700 participantes de 15 a 29 años, establece que en un 1,7% de las personas la identidad de género no corresponde al sexo asignado al nacer (0,6% tenía una identidad masculina y sexo asignado al nacer femenino, un 0,7% se identificó como transgénero⁶ u otro, y un 0,4% que tenía una identidad femenina y sexo asignado al nacer masculino) (28).

⁵ Se excluye el ítem de “no sabe o no responde” de este gráfico.

⁶ Se usa “transgénero” ya que fue el concepto utilizado en la descripción de resultados de la encuesta referenciada.

Continuando con la ENSSEX, en ésta destaca que una de cada tres personas con identidad *transgénero* considera que su salud no es buena (ver **Gráfico 4**), como respuesta a la pregunta “En general, Ud. diría que su salud es...”.

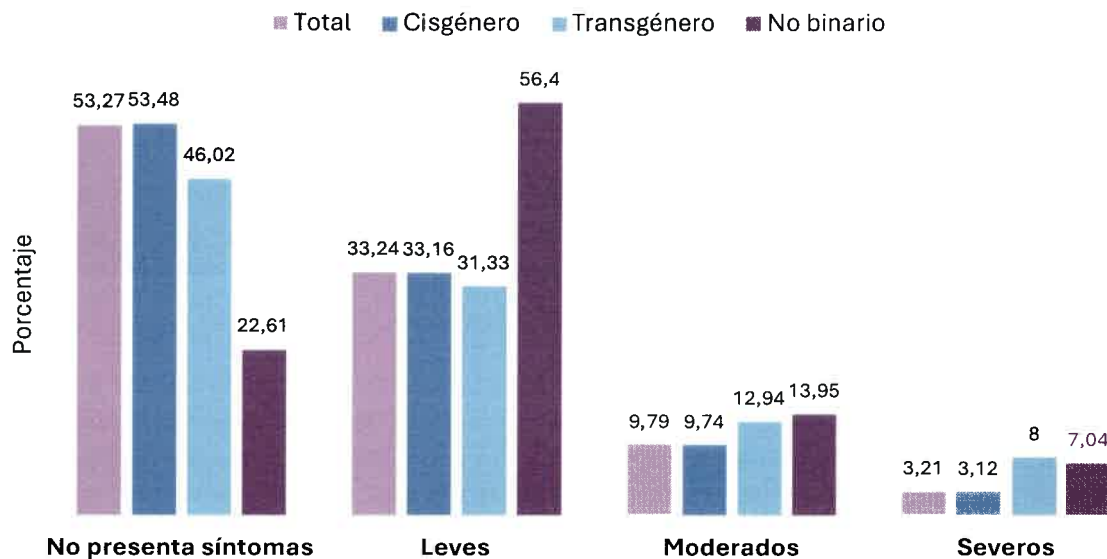
Gráfico 4. Percepción de salud de personas transgénero⁷.



Fuente: ENSSEX 2022/2023, MINSAL.

En lo que respecta a salud mental, la ENSSEX mostró que las personas con identidad transgénero y no binaria presentan más sintomatología depresiva y ansiosa – moderada y severa – que las personas cisgénero (ver **Gráfico 5**).

Gráfico 5. Presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (PHQ-4).



Fuente: ENSSEX 2022/2023, MINSAL.

⁷ Se excluye el ítem de “no sabe o no responde” de este gráfico.



En los registros del Servicio Civil e Identificación, se levantó un total de 9.961 personas que habían realizado la rectificación de su sexo registral, desde la promulgación de la Ley 21.120 hasta el 06 de julio del año 2025⁸. La rectificación del sexo y nombre del registro (el referido “cambio de sexo registral”) ocurre en el marco de la Ley N.º 21.120, promulgada en el año 2018, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género y entrega una herramienta judicial para realizar esta modificación (37).

Entre los años 2015 y 2023, 3.316 personas hospitalizadas tenían entre sus antecedentes el haber realizado el cambio de sexo registral, generando un total de 4.892 egresos hospitalarios; es decir, un promedio de 1,5 egresos por persona en todo el período 2015-2023 (ver **Tabla 1**).

Tabla 1. Número de egresos hospitalarios 2015-2023 por año y promedio de egresos por persona.

Año	Nº personas	Nº egresos	Nº egresos/persona
2015	250	303	1,2
2016	220	260	1,2
2017	287	354	1,2
2018	289	381	1,3
2019	390	494	1,3
2020	339	466	1,4
2021	444	574	1,3
2022	549	688	1,3
2023	548	1.372	2,5
Total⁹	3.316	4.892	1,5

Fuente: Egresos hospitalarios 2015-2023. DEIS, MINSAL (Extraída el 15-07-2024).

A continuación, se analizan los egresos hospitalarios por causas prevenibles (ver **Tabla 2**). Al desagregar las causas externas de morbilidad y mortalidad, los que más concentran egresos hospitalarios son las lesiones autoinfligidas intencionalmente (44,3%) junto a otras lesiones de carácter accidental, que alcanzan un 27,93% (V01-V09, V10-V19, V20-V29, V40-V49, V50-V59, V80-V89, V98-99, W00-W19, W75-W84, X40-X49, X58-59, según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10, CIE-10). Esto es congruente con los resultados de la 9ª Encuesta Nacional de Juventudes (2018), que es el último instrumento en que se realizó este análisis. En dicha encuesta, los jóvenes trans reportaron 3,29 más posibilidades de sufrir ideación suicida y 1,63 más posibilidades de reportar síntomas depresivos, que sus pares cisgénero (7).

⁸ Cabe señalar que este dato no incluye a las personas que rectifican su sexo registral vía judicial

⁹ El número de personas del total de período no coincide con la suma de cada período, ya que la misma persona puede tener más de un egreso en cada año



Tabla 2. Egresos hospitalarios 2015-2023 por causas externas.

V01-Y98/Causas externas de morbilidad y de mortalidad	N° egresos	%
X60-X84/ Lesiones autoinfligidas intencionalmente	310	44,86%
W00-W19/ Caídas	78	11,29%
X58-X59/ Exposición accidental a otros factores y a los no especificados	59	8,54%
Y83-Y84/ Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento	57	8,25%
Y10-Y34/ Eventos de intención no determinada	35	5,07%
X85-Y09/ Agresiones	27	3,91%
W20-W49/ Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas	21	3,04%
V20-V29/ Motociclista lesionado en accidente de transporte	16	2,32%
X40-X49/ Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	12	1,74%
Y40-Y59/ Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en su uso terapéutico	12	1,74%
V10-V19/ Ciclista lesionado en accidente de transporte	11	1,59%
Y70-Y82/ Dispositivos médicos de diagnósticos y de uso terapéutico asociados con incidentes adversos	7	1,01%
W50-W64/ Exposición a fuerzas mecánicas animadas	6	0,87%
X10-X19/ Contacto con calor y sustancias calientes	6	0,87%
Y85-Y89/ Secuelas de causa externa de morbilidad y de mortalidad	6	0,87%
V40-V49/ Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte	5	0,72%
X00-X09/ Exposición al humo, fuego y llamas	5	0,72%
V01-V09/ Peatón lesionado en accidente de transporte	4	0,58%
V80-V89/ Otros accidentes de transporte terrestre	4	0,58%
V50-V59/ Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte	2	0,29%
X50-X57/ Exceso de esfuerzo, viajes y privación	2	0,29%
Y60-Y69/ Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	2	0,29%
Y90-Y98/ Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte	2	0,29%
V98-V99/ Otros accidentes de transporte, y los no especificados	1	0,14%
W75-W84/ Otros accidentes que obstruyen la respiración	1	0,14%
Total general	691	100,00%

Fuente: Egresos hospitalarios 2015-2023. DEIS, MINSAL (Extraída el 15-07-2024).

Anexo 2:

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA

Este documento contribuye al objetivo de que las personas trans y de género diverso accedan al mismo nivel de salud que las personas cisgénero, en concordancia con la misión del Ministerio de Salud, las recomendaciones y observaciones generales realizadas por organismos nacionales e internacionales y las demandas de la sociedad civil organizada, las que se habían materializado en un compromiso sectorial para avanzar en la implementación de medidas para mejorar la salud de la población trans, a raíz del cual se implementó una Mesa de Trabajo.

1. Experiencias en el sector salud

Las personas trans y de género diverso que han requerido de una atención de salud se han encontrado con barreras tanto en la atención general como en el acceso a procedimientos relacionados con su identidad de género, por falta de oferta y de competencias de los equipos de salud (20,28), lo que repercute en la calidad de los servicios (29). Los encuentros con el sistema de salud son percibidos como negativos, deshumanizantes, alienantes y discriminatorios, incluso cuando su expectativa no es una atención diferente o privilegiada en el acceso, sino que se les trate como cualquier otra persona (28,30). (31).

Las experiencias negativas percibidas por esta población abarcan la *discriminación activa*, que en salud se puede ejemplificar con una atención violenta por parte del personal de salud que podría anteponer creencias personales por sobre una atención digna, respetuosa y profesional; la *invisibilización*, que ocurre cuando no se reconoce la realidad de personas trans y de género diverso (32); y las prácticas denominadas “*terapias de conversión*”, las que son patologizantes de las identidades diversas (33) y están prohibidas en la actualidad (34). Estas percepciones son congruentes con investigaciones en distintas regiones del territorio nacional (35,28). A nivel nacional o internacional, las investigaciones muestran que pocos profesionales tienen un nivel de conocimiento o las competencias culturales mínimas para brindar el acompañamiento que esa población necesita (32,20), lo que en otros estudios también se ha asociado con la justificación de errores por falta de experiencia o ignorancia (35).

Igualmente, se ha identificado que el modelo biomédico da pie a actitudes paternalistas, en donde la toma de decisiones no es compartida, sino realizada por el personal de salud. Esto impacta en la entrevista o primera atención, cuando hay preguntas que no son realizadas o se asume su respuesta, y donde muchas personas trans y género diverso evitan hablar cuando creen que no es médicamente relevante (28). También consideran que mucho depende de la voluntad de los equipos de salud, ya que se encuentran con profesionales que pueden o no tener dificultades para arreglar el registro, o algunos ignoran la solicitud de modificación del nombre, o se confunden y usan ambos nombres (28).

Otras barreras que se han identificado para la población trans y género diverso son barreras socioeconómicas (transporte/traslados, alojamiento), las financieras (pago y aseguramiento en salud, valor de los exámenes de laboratorio); aquellas relativas a los registros clínicos electrónicos y formularios, y la inexistencia de espacios clínicos de atención apropiados en los establecimientos de salud (15).



El acceso a una atención médica de calidad exige que se implementen procedimientos inclusivos y respetuosos, y que los equipos de salud sean culturalmente competentes, tengan una capacidad de comunicación adecuada y comprendan la individualidad de sus pacientes (203). Existen oportunidades de mejora en los servicios de atención de salud dirigidos a la población trans y género diverso. Uno de los estudios mencionado anteriormente indica que en los equipos de salud de zona norte del país, un 96% de quienes participaron en el estudio¹⁰ manifestó interés en recibir información respecto a la atención de salud trans (35), y existen asimismo experiencias de buenas prácticas locales, como las realizadas por la Mesa de Salud Trans en Talcahuano, con aspectos claves como la participación social y la existencia de redes de apoyo de personas con el rol de agente comunitario, activista y funcionaria (32), las que son posibles de replicar.

Asimismo, tras los primeros casos de VIH/SIDA en el país, desde el Estado se impulsó el trabajo conjunto con la sociedad civil organizada, promoviendo el desarrollo de organizaciones de la comunidad de personas trans y de género diverso. Estos primeros avances permitieron visibilizar y fortalecer el desarrollo de intervenciones comunitarias dentro de la respuesta sanitaria al VIH/SIDA en Chile, con un enfoque basado en Derechos Humanos y no discriminación, involucrando a las personas trans y género diverso en la entrega de información sobre promoción del sexo seguro y prevención del VIH/SIDA e ITS. Del mismo modo, en el año 2017 se celebró la constitución de la primera “Mesa de Trabajo de Derechos Humanos de personas trans en materia de VIH/SIDA e ITS en Salud”, la que fue aprobada por Resolución Exenta N°408, de 9 de marzo del 2018 de la Subsecretaría de Salud Pública, y actualizada mediante la Resolución Exenta N°1793 de 21 de diciembre del 2022, de la misma Subsecretaría. Esta instancia fue creada para promover el trabajo en favor de los grupos de personas trans y de género diverso, especialmente aquellos más vulnerables y expuestos al VIH/SIDA.

En el mismo sentido, con fecha 27 de junio del año 2025, mediante la Resolución Exenta N° 733 del Ministerio de Salud se aprobó el documento “Consideraciones Técnicas Operativas para el abordaje de la Terapia Hormonal en Personas Trans Adultas”, el que contiene tres elementos esenciales: la despatologización de las identidades trans; la estandarización de procesos clínicos, con una perspectiva de ética de cuidado desde el ciclo vital; y por último, entrega herramientas operativas a los equipos de salud de la red asistencial desde el modelo de redes integradas. Así, Chile dio un paso importante, respetando la autonomía y dignidad de cada persona trans en sus decisiones de salud.

También se destacan los esfuerzos que por años han realizado los equipos de salud de algunos hospitales de la red pública de salud, quienes comenzaron a brindar atención a personas trans y de género diverso de manera autogestionada, con apoyo de los equipos directivos y autoridades locales. Este avance marcó un primer paso hacia la implementación actual de estas prestaciones de salud a nivel nacional.

Las personas trans y de género diverso reconocen la importancia del diálogo y la participación como ejes fundamentales para la despatologización y el buen trato, necesarios en el sector salud para



un total de 126 personas.

WY

disminuir tanto resistencias y desconocimiento sobre la salud de personas trans y de género diverso, como los actos discriminatorios y la invisibilización (32).

2. Carta Compromiso y Mesa de Salud Trans

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (en adelante, OSC) de personas trans y de género diverso tienen una trayectoria de participación para la promoción de la salud integral de personas trans en Chile. Estas organizaciones trabajan en diversas áreas, como la defensa de derechos, acompañamiento, atención psicológica, incidencia política y educación, contribuyendo a la construcción de un sistema de salud más inclusivo y respetuoso de la diversidad de género.

La virtualidad a causa de la pandemia por COVID-19 posibilitó la articulación de las OSC de personas trans y de género diverso con profesionales de la salud que atendían a personas trans en los hospitales públicos, colegios profesionales y sociedades científicas, el sector académico, actores relevantes de la política nacional y de personas independientes. Esta alianza permitió realizar un diagnóstico de la situación nacional en los hospitales de la red pública de salud que realizaban atenciones específicas a personas trans, sus prestaciones, protocolos, brechas, su relación con las OSC, entre otras. Este trabajo mancomunado, sumado a las recomendaciones de organismos internacionales del sector sanitario propiciaron la instalación de la necesidad de una Política de Salud Trans para Chile.

El día 31 de marzo del año 2022, día de la Visibilidad Trans, autoridades del Ministerio de Salud y representantes de OSC trans suscribieron una carta de compromiso en la que se expresa la voluntad y compromiso de los firmantes en el desarrollo de un trabajo en conjunto con perspectivas de avanzar hacia políticas públicas que aborden de manera integral la salud de las comunidades trans, el respeto irrestricto a la diversidad y la protección de los derechos humanos, intención que se concretaría mediante una Mesa de Trabajo.

Tras la firma de esta carta de compromiso y para avanzar en temas de salud trans mediante el desarrollo de una política pública, se conformó la Mesa de Salud Trans mediante una convocatoria abierta a OSC de personas trans y género diverso. Para el desarrollo de la Mesa se establecieron tres comisiones de trabajo, acorde a las necesidades planteadas por las OSC: Comisión Técnica, Comisión Diagnóstica y Comisión de Educación. En cada una de estas comisiones se realizaron sesiones participativas e integradas por equipos técnicos del Ministerio de Salud, representantes de los hospitales de la red pública de salud y representantes de las OSC de personas trans y género diverso. El objetivo de la Comisión Diagnóstica fue colaborar en la elaboración de un diagnóstico de salud de personas trans, travesti, no binarias y diversidades de género. Paralelamente, la Comisión Técnica de Salud tuvo como propósito asesorar en la formulación de políticas públicas, planes, programas y orientaciones técnicas de salud de personas trans, travesti, no binarias y diversidades de género, y la Comisión Educativa tuvo como finalidad proponer metodologías que permitan y aseguren una capacitación y sensibilización continua en la materia para los distintos niveles y estamentos de la red pública de salud.

Adicionalmente, mediante la Mesa de Salud Trans se articularon acciones con la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno para diseñar, implementar y sistematizar un proceso participativo desarrollado mediante diálogos a nivel nacional enfocados en



recoger insumos claves¹¹ a ser considerados durante la fase de diagnóstico para la elaboración de la Política Nacional de Salud de Personas Trans y Género Diverso.

Santiago, 31 de marzo, 2022

CARTA COMPROMISO

Quienes a continuación suscribimos la presente carta de compromiso, en representación del Bloque Salud Trans para Chile y del Ministerio de Salud, expresamos nuestra voluntad y compromiso en el desarrollo del trabajo conjunto, con el objetivo de implementar de manera participativa, colaborativa y colectiva, soluciones y respuestas a las necesidades de las personas trans. Declaramos este compromiso con perspectivas de avanzar hacia políticas públicas que aborden de manera integral la salud de las comunidades trans, el respeto irrestricto a la diversidad y la protección de los Derechos Humanos de todas.

Así mismo, concretaremos esta intención con la conformación de una Mesa de Trabajo amplia, con el objetivo de lograr las transformaciones necesarias y urgentes que desde larga historia las comunidades trans justamente han exigido.

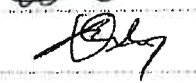
Firmantes:


Dra. María Begoña Yarza Sáez
 Ministra de Salud


Dr. Fernando Araos Dattoli
 Subsecretario de Redes Asistenciales


Dr. Cristóbal Cuadrado Nahum
 Subsecretario de Salud Pública

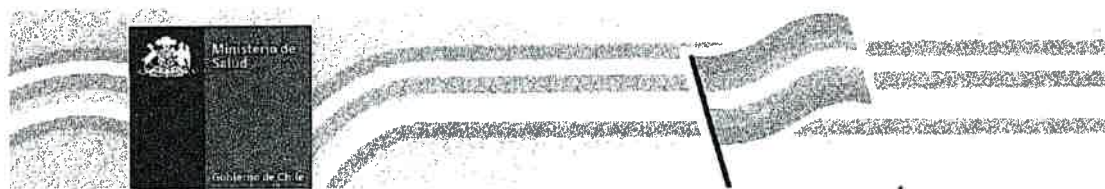
Bloque Salud Trans para Chile:

Organización	Nombre Representante	Firma
Bloque trans salud por Chile	Claudia Arcegon	
Bloque Salud Trans por Chile	Royano Quizaolo Mendez	
Bloque Salud Trans por Chile	heonel Catoni	
Bloque Salud Trans Colectiva Transforma	Jani Quilana M	

Carta Compromiso

¹¹ El Ministerio Secretaría General de Gobierno, mediante su departamento de Estudios y Género, desarrolló Diálogos Participativos en salud trans, llamados "Nuestras voces, nuestras vivencias".





Organización	Nombre Representante	Firma
Migración Diversa	Fernando Geda	
Colegio de Pedagogía	Uguel Rosello	
SSM SO	Cynthia Aránguez	
Subsecretaría de Asesoría Técnica	Vanessa González P.	
Comand. Dep. General	Felipe González Díaz	
Red Salud Pioneros	Cecilia Petelica Pío	
Comand. Especializado	Fabiana Jaramilla	
DIGEIZA	Patricia Fariña	
Min. Fomento Privado	Patricia Fariña	
Migración Inversa	Yulitze Rivero	

Carta Compromiso



3. Diálogos Participativos

Como parte del proceso de construcción de la Política Nacional de Salud para personas Trans y de género diverso, se realizaron Diálogos Participativos con la finalidad de recoger la opinión y necesidades en el ámbito de la salud de las personas Trans y no binarias.

Para identificar de manera más clara las experiencias, opiniones y perspectivas de quienes participaban, cada diálogo tuvo una convocatoria particular, dirigida a la población transfemenina, la población transmasculina y la población no binaria. Las personas participantes buscaban levantar experiencias de atención en el sistema público y privado de salud, desde una reflexión colectiva, que contó con la participación de 62 personas en total¹² a nivel nacional.

La metodología se orientó al proceso participativo. En cada sesión, se generó una conversación en torno a las preguntas: *¿Cómo ha sido su experiencia de atención en el sistema sanitario, tanto público como privado? En caso de haber sido negativa, ¿Cómo fue resuelta la situación?; ¿Cuáles han sido sus necesidades en salud atendidas por el sistema sanitario, tanto público como privado?; y ¿Qué espera de la atención en el sistema sanitario (público o privado)?*

La División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno, que llevó adelante el proceso participativo, concluyó que en los diálogos se refleja “*una realidad compleja que necesita de acciones urgentes para su abordaje*”, entre ellas la capacitación y sensibilización, contar con datos sistematizados de las personas trans y no binarias en la atención de salud y registro de las situaciones de vulneración, para identificar los contextos desfavorables para el cuidado de su integridad.

A continuación, el resumen de los resultados más relevantes de los Diálogos Participativos para las personas trans y de género diverso, el desarrollo de esta política:

- **Con relación a cómo se vive la atención, las experiencias y necesidades en el sistema sanitario:**

Personas transfemenina	Las experiencias son mayoritariamente negativas. Aquellas evaluadas como positivas, se relacionaban al acceso a medicamentos hormonales de forma gratuita y, para quienes eran parte del comercio sexual, el acceso a la entrega de preservativos. Las negativas con las experiencias, especialmente en lo privado, de no poder acceder por costos a hormonas y en caso de cirugías el sistema público era identificado como incapaz de responder a la demanda, empujando a tratamientos en lugares sin autorización sanitaria o competencias para ello. A lo anterior se suma que existe un acceso diferenciado en las prestaciones según el territorio, lo que tiene como consecuencia la migración para acceder. Además, existe una mirada crítica al trato digno y respetuoso, el que era evaluado como sujeto a voluntad del personal de salud, tanto en lo público y lo privado.
Personas transmasculinas	Se repite la sensación de una mala experiencia en la atención recibida en el sistema público de salud, como no respetar el nombre social, no poder acceder a uso de baños, entre otros. Esto genera alejamiento del sistema.

¹² Cabe destacar que también se realizó una sesión de diálogos con personas Intersex, el cual es considerado en este número total. Sus resultados han sido utilizados para el desarrollo de otras líneas técnicas.

	Se identificaron situaciones especiales de violencia, como en la atención ginecológica, donde hubo experiencias de malos tratos, preguntas inadecuadas (relativas a las preferencias sexuales) y la negación específica de la prestación. Consideran dentro de sus necesidades del sistema sanitario, principalmente, la administración de hormonas, histerectomía y mastectomía. Esta última puede abrir un espacio de vulneración para los hombres trans, ya que esta cirugía también se realiza a personas con cáncer de mamas, y en la atención cerrada se puede juntar a estos dos grupos sin distinción. También identifican el alto costo de las hormonas como una barrera en el sistema privado. Hacen énfasis en la importancia del acceso a acompañamiento en salud mental en los procesos de transición, sobre todo cuando hay uso de hormonas de por medio. Existe una mala evaluación en la atención, por una alta rotación de profesionales que impide generar confianza, sumado a experiencias que reflejan la poca preparación profesional de algunos terapeutas en la materia.
--	--

Personas binarias	no	Coinciden con los apartados anteriores. Expresan que, frecuentemente, en los centros de salud no se respeta el nombre social, utilizando como justificación que ese nombre no es el que aparece formalmente en la cédula. Se repite también la incomodidad al utilizar los servicios sanitarios, generando una sensación de impunidad frente a los malos tratos ejercidos por quienes trabajan en el sistema de salud. Al existir un alto desconocimiento por parte de los profesionales de salud sobre qué significa que una persona no se identifique ni como hombre ni como mujer, transmiten un cuestionamiento, trato degradante y, muchas veces, ridiculizan la propia identidad de género, lo que genera evitar el sistema. En estas personas, especialmente, se identifica desconocimiento de quienes componen el sistema de salud, ya que no logran identificar sus necesidades, no hay protocolos de derivación, falta comprensión respecto al uso de hormonas y no existe un enfoque no patologizante en el acompañamiento de la transición. Además, no hay un criterio clínico que incluya a este grupo, pues en la lectura de exámenes o en la aplicación de campañas de vacunación solo se contempla la posibilidad de atención de hombres y de mujeres.
--------------------------	-----------	---

► **Con relación a sus expectativas del sistema de salud y los desafíos que deben abordarse:**

Personas transfemenina	Establecieron la importancia de incorporar a profesionales trans en los procesos relativos a los centros de salud, garantizando que existan cupos laborales que permitan crear espacios seguros para toda persona usuaria. También consideraron que es relevante un cambio en la forma que se aborda lo trans, pasando de una temática en el área de salud mental a tratarla desde la salud sexual y reproductiva. De esta forma, hay un enfoque despatologizante respecto de la propia identificación de género y en el acceso a diversas prestaciones a lo largo de la vida. Además, señalan la necesidad de contar con una Política Nacional de Salud Trans descentralizada, con recursos y fiscalización, que asegure un trato digno con acceso al sistema de salud de manera integral.
Personas transmasculinas	Hicieron hincapié en la urgencia de sensibilizar y capacitar a todo el personal involucrado en la atención de salud. Este proceso debería estar a cargo de profesionales trans para asegurar cupos de trabajo a quienes hoy se ven discriminados/as/es en otras áreas. En relación con que no se respeta el nombre social, se propone actualizar los sistemas de información para poder cumplir con lo establecido en la Circular N°21 del Ministerio de Salud (2012) y asegurar un trato digno para las personas transmasculinas. Entienden que la transición es compleja y particular para cada persona, por eso se debe abordar contemplando los aspectos que puedan generar repercusiones. En este sentido, es importante generar un acompañamiento para las familias, porque pueden ser la principal red de contención durante este proceso.



Personas binarias	no	En este diálogo se menciona el cupo laboral trans para la construcción de espacios de atención de salud seguros y empáticos, particularmente en la transferencia de conocimientos y en la generación de espacios de reflexión y concientización para el personal del sistema sanitario. Esta tarea no se circunscribe exclusivamente a la salud, sino que debe extenderse al resto de la población mediante campañas comunicacionales que propendan a la inclusión de personas no binarias en todo ámbito. Se menciona la importancia de incorporar a las personas no binarias en las distintas etapas de la elaboración de una política sobre salud trans, basada en un enfoque de derechos.
-------------------	----	---

4. Proceso de Consulta Pública

El proceso de Consulta Pública del documento borrador, se llevó a cabo desde el 25 de marzo al 30 de abril del año 2024, mediante la página web ministerial de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública de MINSAL. En el curso de dicho proceso se recibieron 160 revisiones, las que provinieron de, entre otros, 8 instituciones gubernamentales nacionales e internacionales; 1 institución privada; 7 centros investigativos y núcleos de investigación; y 20 organizaciones no gubernamentales y civiles.



Anexo 3:

MARCO INTERNACIONAL Y CONSIDERACIONES SECTORIALES

Compromisos en Derechos Humanos

Tal como lo señaló el Tribunal Constitucional de nuestro país el año 2020, el derecho a la identidad de género, como emanación del derecho a la identidad personal, ha ido recibiendo en este último tiempo reconocimiento tanto en el ámbito del Derecho Internacional como en la legislación comparada¹³. Si bien los tratados internacionales no establecen una definición sobre la cuestión de la identidad de género desde la perspectiva de un derecho, tanto los sistemas de protección como organismos consultivos que velan por el cumplimiento del Derecho Internacional de los Derechos Humanos lo han reconocido al considerarlo como una de aquellas categorías sospechosas de discriminación a que aluden diversos documentos internacionales¹⁴. Siendo entonces la identidad de género una derivación del derecho general a la identidad personal cabe reconocer que, si bien éste no se encuentra reconocido expresamente en nuestra Carta Fundamental, no puede desconocerse que el derecho a la identidad de género emana de la dignidad humana (artículo 1° inciso 1°); reviste un carácter personalísimo, ya que moldea la vida de cada persona, constituyendo por ello uno de los aspectos más determinantes que permiten el desarrollo de la personalidad y el ejercicio de la libertad y, al encontrarse recogido implícitamente en diversos tratados internacionales sobre derechos fundamentales ratificados por Chile y que se encuentran vigentes, es uno de aquellos derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana a los que alude el artículo 5° inciso 2° constitucional¹⁵.

Los tratados y normas del derecho internacional de los derechos humanos se rigen por los principios fundamentales de universalidad, igualdad y no discriminación. Por ello, todas las personas tienen derecho a disfrutar de la protección del derecho internacional de los derechos humanos respecto al derecho a la vida, a la seguridad, a la privacidad, a no ser sometidos a tratos crueles, ni a discriminación ni detenciones arbitrarias, así como a todos los demás derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (29).

Al respecto, debe tenerse presente que, como lo ha señalado la OMS, todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, y los países tienen la obligación legal de formular y aplicar leyes y políticas que garanticen el acceso universal a unos servicios de salud de calidad y aborden las causas profundas de las disparidades en materia de salud, incluidas la pobreza, la estigmatización y la discriminación. (49).

De acuerdo a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, los Estados (incluyendo a Chile) tienen establecida la obligación de respetar, proteger y hacer

¹³ Sentencia Rol 7670-19-INA de 4 de junio de 2020 del Tribunal Constitucional, Considerando Décimo.

¹⁴ Ibid., Considerando Décimo Primero.

¹⁵ Ibid., Considerando Décimo Tercero.



hy

efectivos los derechos humanos de todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción, incluidas las personas LGBT e intersexuales. Estas obligaciones abarcan el hecho de abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos, de prevenir los abusos por parte de terceros y de combatir de forma proactiva los obstáculos al disfrute de los derechos humanos, en particular, en el presente contexto, las actitudes y las prácticas discriminatorias (29).

Cabe señalar que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que supervisa la aplicación de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer* (CEDAW), señaló el 6 de junio de 2024 en el numeral 52 b) de las Observaciones finales sobre el sexto informe periódico, que se recomienda a los Estados parte de la CEDAW que *“Proteja(n) los derechos humanos de las mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales en todos los ámbitos cubiertos por la Convención; lleve(n) a cabo actividades de sensibilización para que dejen de estar estigmatizadas en la sociedad; y vele(n) por que disfruten de derechos igualitarios a la educación, el empleo, la vivienda y la atención de la salud, en particular los servicios de salud sexual y reproductiva, y de igualdad en las relaciones familiares, así como de protección contra la violencia y los abusos”*.

Por otro lado, deben tenerse presentes los Principios de Yogyakarta (2007), aplicables en el marco de la legislación internacional, aunque de carácter no vinculante. señalan *“Los Principios de Yogyakarta se ocupan de una amplia gama de normas de derechos humanos y de su aplicación a las cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género. Los Principios afirman la obligación primordial que cabe a los Estados en cuanto a la implementación de los derechos humanos. Cada Principio se acompaña de recomendaciones detalladas dirigidas a los Estados”* 42). Para el desarrollo de esta Política debe destacarse el Principio 17, que indica:

Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La Salud Sexual y Reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.

Los Estados:

- Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género;
- Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias para asegurar que todas las personas tengan acceso a establecimientos, productos y servicios para la salud, incluidos los relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, así como a sus propias historias clínicas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género;
- Asegurarán que los establecimientos, productos y servicios para la salud estén diseñados de modo que mejoren el estado de salud de todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género; que respondan a sus necesidades y tengan en cuenta sus singularidades, y que las historias clínicas relativas a estos aspectos sean tratadas con confidencialidad;
- Desarrollarán e implementarán programas encaminados a hacer frente a la discriminación, los prejuicios y otros factores sociales que menoscaban la salud de las personas debido a su orientación sexual o identidad de género;
- Garantizarán que todas las personas estén informadas y su autonomía sea promovida a fin de que puedan tomar sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención médica en base a un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género;

- Garantizarán que todos los programas y servicios de salud, educación, prevención, atención y tratamiento en materia sexual y reproductiva respeten la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género y estén disponibles en igualdad de condiciones y sin discriminación para todas las personas;
- Facilitarán el acceso a tratamiento, atención y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que procuren modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género;
- Asegurarán que todos los prestadores de servicios para la salud traten a sus clientes, clientas y las parejas de ellos y de ellas sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, incluso en lo concerniente al reconocimiento como parientes más cercanas o cercanos;
- Adoptarán las políticas y los programas de educación y capacitación que sean necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención a su salud, con pleno respeto por la orientación sexual e identidad de género de cada una.

Fuente: Principios de Yogyakarta (2007).

Asimismo, la oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos señala en su observación general número 18 del año 1989 que *“La no discriminación, junto con la igualdad ante la ley y la igual protección de la ley sin ninguna discriminación constituye un principio básico y general relativo a la protección de los derechos humanos. Así, el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece la obligación de cada Estado Parte de respetar y garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. En virtud del artículo 26 todas las personas no solamente son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección de la ley, sino que también se prohíbe cualquier discriminación en virtud de la ley y garantiza a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”* (43). Por otro lado, hay autores nacionales que han señalado, en el mismo sentido que lo hizo el Tribunal Constitucional¹⁶, que la libre determinación del género es un derecho humano fundamental que debe ser reconocido y es inseparable del derecho al libre desarrollo de la personalidad, siendo aplicable también a la niñez de género diverso (44).

La OMS, al referirse al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y a los derechos y libertades que éste abarca ha señalado que entre esas libertades se encuentra el control sobre el propio cuerpo y a no sufrir injerencias (como torturas o tratamientos no consentidos); y entre los derechos, se incluye el derecho a acceder a unos servicios de salud de calidad sin ser objeto de discriminación de ningún tipo (49).

El informe “Reconocimiento de Derechos de Personas LGBTI” de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sistematizó las medidas adoptadas por algunos Estados, incluyendo aquellas orientadas a garantizar el acceso integral a la salud para las personas LGBTI. En él se observó que varios países presentaron información sobre el reconocimiento del derecho a la salud

¹⁶ Ibid., Considerando Décimo Tercero.



únicamente, o principalmente, vinculado con el VIH/SIDA. Esto da cuenta de lo vulnerable que es esta población, ya que no es el “ser LGBTI” lo que facilita la infección por VIH/SIDA, sino la discriminación que enfrenta esa comunidad (50).

Los principios de no discriminación y de igualdad exigen que los Estados adopten medidas para reformular toda legislación o política discriminatoria (49). Por ello, ninguna norma, decisión o práctica de derecho interno, sea por parte del Estado o particulares, puede disminuir o restringir, de modo alguno, los derechos de una persona a raíz de su orientación sexual, identidad de género, expresión de género y/o sus características sexuales (50,51). Estas medidas pueden ser aseguradas mediante la adopción de disposiciones positivas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan que se perpetúe la discriminación, incluyendo medidas temporales y/o preferenciales para esos sectores de la población con el objetivo de corregir la discriminación de hecho, lo que constituye una diferenciación legítima (43).

El Alto Comisionado para los Derechos Humanos recomienda combatir la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género, y proteger a las personas LGBTI+ de violaciones en sus derechos humanos. En ese contexto, expresa que es responsabilidad de los Estados el sensibilizar a profesionales de la salud en cuanto a sus necesidades sanitarias, en particular los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del suicidio, el asesoramiento sobre el VIH/SIDA y las dificultades derivadas de situaciones de adversidad; la creación de servicios de apoyo a adolescentes y jóvenes; la expedición de documentos oficiales que reflejen la identidad de género sin requisitos de modificación corporal (como la esterilización, uso de hormonas o proceso quirúrgico, entre otros); el avanzar en la educación contra actitudes transfóbicas y combatir la difusión de estereotipos; y el velar por la consulta y participación de las organizaciones y personas LGBTI+ en las políticas públicas que afecten sus derechos (43).

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

En la Asamblea General de Naciones Unidas del año 2015 se adoptó la Agenda 2030, la que incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A partir de ellos, los países se comprometen a adoptar todas las medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y perspectivas de las personas, incluyendo las transiciones en las políticas y marcos regulatorios para movilizar acciones y generar las transformaciones necesarias, entre otras metas y compromisos (52,53). Las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans y de género diverso, al igual que otras personas, grupos, comunidades y pueblos históricamente objeto de discriminación, deben ser incluidos en las políticas nacionales de salud y en la implementación de los servicios de salud (54).

La Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso se enmarca en tres de los objetivos de esta agenda:

- ▶ ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
- ▶ ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- ▶ ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países.

El Banco Mundial, a su vez, posee una Estrategia de Género 2024-2030, la que considera que relevar a las personas con OSIEGCS diversas es necesario para cerrar las brechas en las materias de poner fin a la violencia de género, elevar el capital humano, ampliar oportunidades económicas e involucrar



a las mujeres como líderes. La discriminación con este grupo tiene consecuencias económicas, por lo que tomar acciones de inclusión puede mejorar el desarrollo económico y productivo de los países (55).

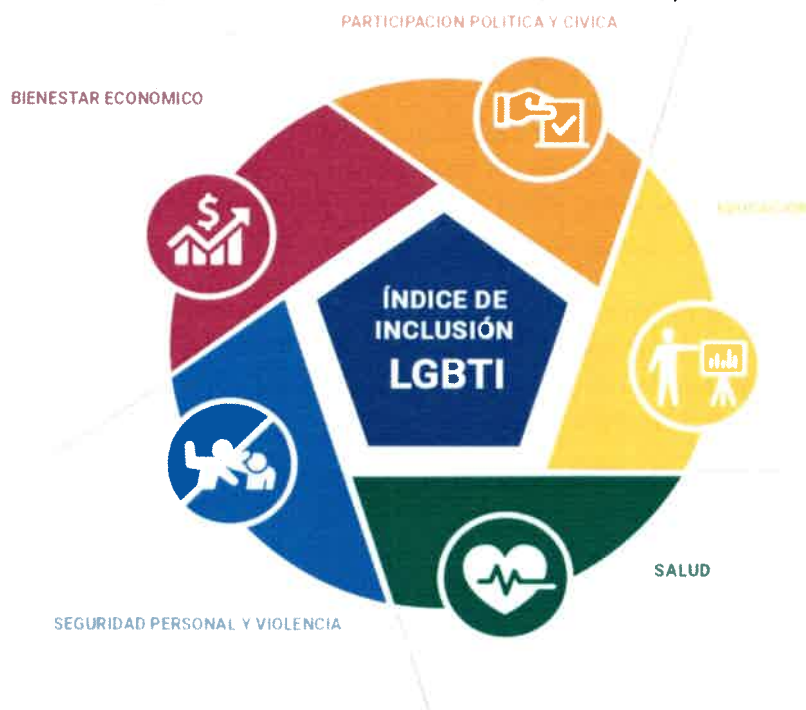
A raíz de la necesidad de avanzar en la inclusión de personas LGBTI+ y en el contexto de los ODS, el PNUD y el Banco Mundial han propuesto un conjunto de indicadores para medir la inclusión en los Estados. Su construcción considera cinco dimensiones: salud, bienestar económico, educación, participación política y cívica, y seguridad personal y violencia (ver **Ilustración 1**) (56).

Por su atingencia en la construcción de esta Política, se evaluó en detalle la dimensión de salud (ver al final de este apartado el **“Análisis de Chile en dimensión salud (índice de inclusión de personas LGBTI+)”**). Esto permitió objetivar brechas y oportunidades de las personas trans y género diverso en cuatro aspectos de dicho índice de inclusión, y se determinó que con relación a:

- ▶ Políticas y leyes sobre salud inclusivas para personas con OSIEGCS diversas: existen variados cuerpos legales que aseguran la atención y evitan la discriminación específica.
- ▶ Acceso a atención en salud que responda a OSIEGCS diversas: se necesita optimizar y actualizar los registros e información disponible, garantizar el derecho a la autodeterminación y valoración de la diversidad, y mejorar las prestaciones para ser inclusivas y culturalmente competentes.
- ▶ Salud y derechos sexuales y reproductivos para personas con OSIEGCS diversas: Si bien ha habido un avance en su reconocimiento, se deben seguir relevando para mejorar las coberturas, garantías y avanzar en pertinencia.
- ▶ Estado de salud de personas con OSIEGCS diversas: Ha habido importantes encuestas para obtener información sobre depresión y percepción en salud, pero no han permitido discernir la situación que viven las personas trans y de género diverso.



Ilustración 2. Las cinco dimensiones del Índice de inclusión de personas LGBTI



Fuente: extraído de PNUD y Banco Mundial (56).

En la misma línea, la OCDE, en su reporte de 2020 sobre inclusión LGBTI, concluyó que Chile había alcanzado un nivel de avance “moderado” (57). El análisis consideró los siguientes componentes:

- a) Proteger a las personas LGBTI contra la discriminación.
- b) Proteger a las personas LGBTI contra la violencia.
- c) Proteger a las personas LGBTI que han solicitado asilo.
- d) Contar con una comisión u organismo para la igualdad e inclusión, o Defensor/a de los Derechos Humanos de las personas LGBTI.
- e) Trato igualitario entre las personas, del mismo y de diferente sexo.
- f) Prohibición de las prácticas llamadas “terapias de conversión”.¹⁷
- g) Reconocimiento legal de la unión de parejas del mismo sexo.
- h) Igualdad de derecho a la adopción para parejas de distinto e igual sexo.

¹⁷Cabe destacar que, en materia de las prácticas llamadas “terapias de conversión”, en 2021 se promulgó la Ley N°21.331 sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención en salud mental, la que señala que el diagnóstico del estado de salud mental debe establecerse conforme dicte la técnica clínica, considerando variables biopsicosociales, y no puede basarse en criterios relacionados con (...) la identidad u orientación sexual de la persona. Con base en dicha norma, mediante la Circular B2 N°6 de 2023, de la Subsecretaría de Salud Pública, el Ministerio de Salud instruyó al personal de salud en el sentido de que las denominadas “terapias de conversión” “no son prácticas clínicas reconocidas y representan una amenaza para la salud, el bienestar y la vida de las personas que participan de ellas.”

- i) Igual acceso a las prestaciones de reproducción asistida para parejas de distinto e igual sexo.
- j) Eliminar las identidades trans de las clasificaciones nacionales de enfermedades.
- k) Permitir en el registro civil cambiar su marcador de género a las personas trans.
- l) No condicionar el reconocimiento legal de la identidad de género a requisitos médicos.
- m) Permitir en el registro civil la opción de identidad de género no binaria.
- n) Prohibir tratamientos o cirugías de normalización sexual médicamente innecesarias en niños, niñas y adolescentes intersexuales.

En virtud del avance “moderado”, el reporte recomendó que el país mantenga una agenda activa en el desarrollo de políticas y planes de acción que refuercen la inclusión de personas LGBTI. Estas acciones deben, entre otros puntos, asegurar la aplicación efectiva de leyes antidiscriminación, la protección frente a crímenes de odio y de asilo inclusivo; fomentar una cultura de trato igualitario en salud, educación y empleo más allá del marco legal; y fortalecer el respaldo social a la inclusión de esta población (57).

En este contexto, tanto el índice de inclusión del PNUD y el Banco Mundial como el reporte de la OCDE permiten identificar brechas persistentes en políticas públicas, al tiempo que visibilizan los avances ya logrados. Estos instrumentos constituyen una hoja de ruta concreta para orientar los esfuerzos del Estado hacia una inclusión real, sostenible y con enfoque de derechos para las personas LGBTI+.

Estrategia Nacional de Salud

La Estrategia Nacional de Salud (ENS) define los objetivos sanitarios de la década 2021 – 2030. En ella se establecen las líneas de trabajo priorizadas para el sector, a saber, cuyos ejes son: *mejorar la salud y bienestar de la población; disminuir inequidades; asegurar la calidad de la atención en salud; y avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables* (58).

En este contexto, la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso pretende ser una contribución para abordar los principales desafíos que tiene el país y proponer líneas estratégicas que influirán directamente en los resultados esperados de la Estrategia Nacional de Salud. En consecuencia, los *temas de salud y objetivos de impacto* (58) claves de la ENS para esta Política son:

- ▶ Condiciones Sanitario-Ambientales (Eje: Medio ambiente y entornos saludables), su objetivo de impacto es *Reducir la población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario-ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio.*
- ▶ Salud Familiar y Comunitaria (Eje: Medio ambiente y entornos saludables), su objetivo de impacto es *Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.*
- ▶ Salud Mental (Eje: Estilos de vida), su objetivo de impacto es *Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.*
- ▶ Salud Sexual y Salud Reproductiva (Eje: Estilos de vida), su objetivo de impacto es *Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.*
- ▶ Violencia (Eje: Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia), su objetivo de impacto es *Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, etnia, nacionalidad, entre otros.*



- ▶ Desarrollo Integral Infantil (Eje: Funcionamiento y discapacidad), su objetivo de impacto es *Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.*
- ▶ Participación social (Eje: Gestión, calidad e innovación), su objetivo de impacto es *Fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud.*
- ▶ Tecnología e información en salud (Eje: Gestión, calidad e innovación), su objetivo de impacto es *Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector.*
- ▶ Calidad de la atención (Eje: Gestión, calidad e innovación), su objetivo de impacto es *Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida.*

Marcos, clasificaciones y registros

Históricamente, la población trans y de género diverso ha sido invisibilizada en su identidad por los registros o patologizada en las clasificaciones de salud, siendo solo identificada en relación con las prestaciones de salud asociadas a enfermedades, como lo son las infecciones de transmisión sexual o a la identificación de casos específicos, como explotación sexual, lo que da cuenta de su vulnerabilidad social y del paradigma desde donde se les ha atendido. Estos registros, valorables en su mérito, han permitido políticas focalizadas en estos grupos, pero requieren no ser las únicas que permitan conocer los riesgos a las que las personas trans y género diverso están expuestas.

Congruentemente, en el país se han documentado resultados adversos de salud en la población trans, como la prevalencia de VIH, problemas de salud mental y abuso de sustancias. No obstante, otras áreas han sido poco estudiadas o han tenido un desarrollo incipiente, al igual que la vigilancia de rutina de este grupo (3). A esto se suma que la definición de las identidades ha evolucionado, por lo que muchos de los datos deben ser considerados con sus limitaciones y alcances.

Actualmente, se cuenta con variados estudios sobre los factores que interfieren en las prestaciones de salud, mediante la percepción de los grupos y la calidad de provisión de servicios, pero muchos de ellos refieren ser autoreportados y no son extrapolables a nivel nacional. Asimismo, muchas veces los términos género y sexo se han utilizado indistintamente (59).

Adicionalmente, la sociedad civil ha relevado principios que mejorarían la implementación actual y futura de los marcos vigentes, los que son no patologización, autonomía, dignidad e integridad¹⁸.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

La Asociación Americana de Psiquiatría, en la tercera versión de su manual (1980), incluyó a la identidad de género como un trastorno mental. Pero ya en su quinta versión (DSM-5), del 2013, se modifica esta concepción, haciendo énfasis en que el malestar que se genera en la persona trans y



18 Revisar sección GLOSARIO.

de género diverso es resultado de vivir en un contexto que le estigmatiza, victimiza y violenta; utilizando para ese malestar el diagnóstico “Disforia de género”.

Actualmente, el DSM-5 reconoce que la diversidad sexual es parte normal de la variación humana y no está asociada a ninguna condición patológica (60).

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Desde la perspectiva de despatologización de las identidades de género diverso, destaca el cambio de la clasificación diagnóstica. En la CIE-9 (1977), entre los “*Trastornos Mentales, del Comportamiento y Desarrollo Neurológico*” se consideraban los *Trastornos sexuales y de identidad sexual*, los que incluían el *transexualismo* y los *trastornos de identidad sexual en niños, adolescentes o adultos*. En la CIE-10 (1992) el “*Trastorno de la identidad de género*” se encuentra incluido en el capítulo de “*Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos*”, y considera el *transexualismo, el travestismo y los trastornos de la identidad de género* (61).

No obstante, en línea con los conocimientos actuales, en mayo de 2019 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la versión 11 de la CIE que despatologiza estos conceptos, creando un capítulo llamado “*Condiciones relacionadas con la salud sexual*”, donde se incluyen 3 secciones: Disfunciones sexuales, Trastornos del dolor sexual y Discordancia de género. Este último tiene por objetivo la creación de este capítulo y su estructura es eliminar el estigma, manteniendo el reconocimiento de éstas como condiciones reales, para que las intervenciones sanitarias relacionadas puedan ser identificadas dentro del sistema de salud (62).

Registros sectoriales

Actualmente, la Norma Técnica N°0231 de “Estándares de Información en Salud” (2023) constituye el marco regulatorio vigente para la información de salud y rige a todos los formularios de salud, ya sean electrónicos o de papel. En ella se establecen las características obligatorias que deben cumplir los datos, independientemente de las etapas del proceso (generación, envío, recepción, almacenamiento y procesamiento) en que se encuentren (63).

Para producir información confiable, pertinente, comparable e integrada, en su última versión se dispuso la modificación de las variables de “sexo biológico” e “identidad de género” en los Sistemas de Registro de Información en Salud. Esto incluye la modificación paulatina de los Registros Estadísticos Mensuales (REM)¹⁹, y de egresos hospitalarios, entre otros disponibles en la red pública de salud. En “sexo biológico” se considera como categorías de respuesta *hombre, mujer, intersexual y desconocido*; y en “identidad de género” las categorías disponibles son *masculino, femenino, transgénero masculino, transgénero femenino, no binario, otra y no entrega su identidad de género*.

¹⁹ REM A05 SECCIÓN Q: ingresos y egresos a Programa Infección por Transmisión Sexual; SECCIÓN R: ingresos y egresos del Programa de VIH/SIDA; y SECCIÓN S: ingresos y egresos por comercio sexual; REM A07 SECCIÓN D: consultas Infección Transmisión Sexual (ITS) y controles de Salud Sexual en el nivel secundario; REM A11 SECCIÓN A.1 y A.2: examen VDRL por grupo de usuarios; SECCIÓN A.3 y A.4: examen RPR por grupo de usuarios; SECCIÓN A.5 y A.6: examen MHA-TP por grupo de usuarios; SECCIÓN C.1 y C.2: exámenes de VIH por grupos de usuarios; SECCIÓN D: exámenes de gonorrea por grupos de usuarios; SECCIÓN E: exámenes de chlamydia trachomatis por grupos de usuarios; SECCIÓN F: exámenes de VIH por técnica visual/rápida y grupos de usuarios; REM A19 SECCIÓN A.1: consejerías individuales; SECCIÓN A.2: consejerías individuales por VIH; REM P11 SECCIÓN A: población en control del programa de VIH/SIDA; SECCIÓN B: población en control por comercio sexual.



Si bien este último marco representa un avance, las limitaciones del Registro Estadístico Mensual y la disparidad con que se hace su actualización, la que responde a la evolución de la comprensión del fenómeno de la identidad de género, genera una brecha que requiere de un esfuerzo constante del sector para capturar la situación de las distintas poblaciones OSIEGCS diversas.

“Análisis de Chile en dimensión salud (índice de inclusión de personas LGTBI+)”.

A continuación, se analiza la dimensión salud del “índice de inclusión de personas LGTBI” en Chile. La **Tabla 3** se crea a partir de la propuesta realizada por el PNUD y Banco Mundial (56) para evaluar la inclusión de las personas LGTBI en 5 dimensiones.

El análisis consistió en un levantamiento de información y evaluar el nivel de factibilidad de los indicadores, para ello se realizó una revisión de las normativas y políticas públicas existentes. En ese contexto, se elaboró una tabla con los 13 indicadores de los aspectos de inclusión en la dimensión salud y se asignaron niveles de factibilidad, según:

- ▶ **Nivel 1:** Ya existen datos en un formato que puede utilizarse inmediatamente.
- ▶ **Nivel 2:** Ya existe algún tipo de dato (por ejemplo, si existe o no una ley o política), pero se necesitarían recursos para recopilarlos.
- ▶ **Nivel 3:** Se refiere, principalmente, a los indicadores para los que se precisan datos recabados por encuestas a personas de la comunidad LGTBI+ o a encuestas a la población que incluyan preguntas sobre OSIEGCS. En muchos países no hay datos, y se necesitarán tiempo y recursos para poder generarlos.



Tabla 3. Análisis de Chile en dimensión salud (índice de inclusión de personas LGBTBI).

Aspecto de inclusión	Nombre del indicador	Indicador	Nivel de factibilidad	ODS	Situación en Chile
Políticas y leyes sobre salud inclusivas de personas con OSIEGCS diversas	4.1 Protección contra la discriminación de las personas usuarias.	Presencia de leyes y políticas contra la discriminación que se refieren, de manera específica, a OSIEGCS diversas (previenen la denegación de atención médica y reconocen que todos tienen derecho a recibir tal atención independientemente de su OSIEGCS).	1	No aplica	Actualmente, existen distintos marcos normativos para la protección contra la discriminación: ▶ Ley 20.584 (2012), regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Enlace ▶ Ley 20.609 (2012), establece medidas contra la discriminación. Enlace ▶ Ley 21.120 (2018), reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Enlace ▶ Ley 21.331 (2021), del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Enlace ▶ Ley 21.430 (2022), sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, Art. 8, 26, 36. Enlace ▶ Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2018). Enlace ▶ Política de Salud para el abordaje de las Violencias de Género (2022). Enlace ▶ Circular N°34, instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial (2011). Enlace ▶ Circular N°21, reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial (2012). Enlace ▶ Circular N°5, sobre la atención de salud de infancia y adolescencia trans y género no conforme (2022). Enlace ▶ Circular N°6, sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental (2023). Enlace ▶ Circular N°15, instruye a equipos de salud a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el interés superior de niños, niñas y adolescentes con variaciones de las características sexuales (2023). Enlace ▶ Circular N°7, Recomendaciones para el abordaje de la terapia hormonal género afirmativa en adolescentes (2024). Enlace





Aspecto de inclusión	Nombre del indicador	Indicador	Nivel de factibilidad	ODS	Situación en Chile
Políticas y leyes sobre salud inclusivas de personas con OSIEGCS diversas	4.2 Protección de la historia clínica	Las historias clínicas y la información de las personas usuarias están protegidas.	1	No aplica	Existen distintos marcos normativos para la protección de la información en salud, tanto en privacidad como en confidencialidad: ► Ley 19.628 (1999), sobre protección de la vida privada, Art. 2. Enlace ► Decreto N° 182 (2007), reglamento del examen para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Art. 2, 4, 5 y 9. Enlace ► Ley 20.418 (2010), fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, Art. 3. Enlace ► Ley 20.584 (2012), regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, Art. 12 y 13. Enlace La entrega de consentimiento está garantizada por ley en el contexto sanitario: ► Ley 19.779 (2001), establece normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea bonificación discal para enfermedades catastróficas, Art. 5. Enlace ► Decreto 182 (2007), reglamento del examen para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Art. 6. Enlace ► Ley 20.584 (2012), regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, Art. 14 y 15. Enlace ► Decreto N° 31 (2012), aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud, Art. 10. Enlace ► Ley 21.331 (2021), del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, Art. 4, 9 y 18. Enlace ► Ley 21.430 (2022), sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, Art. 40. Enlace
	4.3 Consentimiento informado	Las personas usuarias deben proporcionar libremente un consentimiento informado antes de que se les realicen exámenes médicos (en especial, exámenes anales y de VIH).	1	No aplica	

Aspecto de inclusión	Nombre del indicador	Indicador	Nivel de factibilidad	ODS	Situación en Chile
Acceso a atención médica que responda a las necesidades de personas con OSIEGCS diversas	4.4 Experiencia de discriminación o estigmatización para las personas usuarias.	Porcentaje de personas usuarias que se sienten discriminadas en razón de su OSIEGCS en entornos de atención médica.	2	No aplica	Existen encuestas de significancia estadística para la población que recogen información relativa a la satisfacción en salud, como CASEN, ENCAVI y ENSSEX. No obstante, aun existe el desafío desde el Ministerio de Salud de sistematizar los registros del <u>Sistema OIRS</u> para levantar reclamos en toda materia de la atención.
	4.5 Variaciones en OSIEGCS son consideradas saludables	Las variaciones en las características sexuales, la orientación sexual, y la identidad y expresión de género se consideran saludables en pautas, protocolos y clasificaciones médicas.	2	No aplica	En materia de las OSIEGCS, los lineamientos y normativos emanados del Ministerio de Salud han instruido las consideraciones que deben tenerse en materia de atención y para evitar su patologización, como: • Circular N°5, sobre la atención de salud de infancia y adolescencia trans y género no conforme (2022). Enlace • Circular N°6, sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental (2023). Enlace • Circular N°15, instruye a equipos de salud a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el interés superior de niños, niñas y adolescentes con variaciones de las características sexuales (2023). Enlace • Circular N°7, Recomendaciones para el abordaje de la terapia hormonal género afirmativa en adolescentes (2024). Enlace
	4.6 Fuente de atención médica	Porcentaje de personas usuarias que tienen una fuente específica de atención médica permanente.	2	No aplica	Se cuenta con los Registros Estadísticos Mensuales (REM), de acuerdo a la nueva Norma Técnica 0231, estándares de información en salud (2023). Enlace Los REM permiten identificar a la población atendida y tipo de prestación, pero no la permanencia de la atención y tampoco discierne todas las OSIEGCS. Cabe destacar que los registros actuales aun se encuentran estructurados de acuerdo a la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Aspecto de inclusión	Nombre del indicador	Indicador	Nivel de factibilidad	ODS	Situación en Chile
Acceso a atención médica que responda a las necesidades de personas con OSIEGCS diversas	4.7 Acceso a atención de salud integral, respetando la identidad de género y necesidades específicas de salud de cada persona.	Existencia de atención de salud integral, respetando la identidad de género y necesidades específicas de salud para quienes la necesitan o desean.	2	No aplica	En la actualidad se cuenta con los siguientes lineamientos: - Decreto 3 (2019), aprueba reglamento del art. 26 inciso primero de la Ley 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Enlace - Orientación Técnica para la Implementación del Acompañamiento psicosocial a la identidad de género en la Red de Salud Pública. Enlace - Aprobación presupuestaria para la Hormonoterapia para personas trans mayores de 18 años, año 2023: presupuesto de M\$940.111 para la adquisición de medicamentos para Hormonoterapia para personas trans mayores de 18 años, distribuidos en algunos hospitales públicos salud del país. Enlace
	4.8 Detección de cáncer de cuello uterino	Porcentaje de personas usuarias de la comunidad LGBTI con cuello uterino a quienes se les realizan estudios para detectar cáncer en esta zona, según las pautas más recientes.	2	No aplica	En Chile, el examen de pesquisa de Cáncer Cervicouterino es el Papanicolaou y es de acceso universal desde los 25 años. En el sistema público, se levanta este dato mediante REM P12 sección A Población con PAP vigente, donde existe una columna "Trans Masculino con PAP vigente en los últimos 3 años. En la producción de PAP tomados sección B y C del mismo registro se dispone información de Total PAP informados en personas transmasculinas. Además, desde el año 2022, se modifica el código de dicho examen para que sea disponible sin distinción de sexo asignado al nacer.

Aspecto de inclusión	Nombre del indicador	Indicador	Nivel de factibilidad	ODS	Situación en Chile
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.	4.9 Prevalencia de VIH	Prevalencia de infecciones de VIH en personas usuarias de la comunidad LGBTI	2	3.3.1	Actualmente, se dispone de fuentes de información para población general y para población de personas trans, tanto en notificación (vigilancia epidemiológica mediante notificación obligatoria), y en cobertura y atenciones brindadas: • REM A05 (SECCIÓN Q: ingresos y egresos a Programa Infección por Transmisión Sexual; SECCIÓN R: ingresos y egresos del Programa de VIH/SIDA; y SECCIÓN S: ingresos y egresos por comercio sexual); • REM A07 (SECCIÓN D: consultas Infección Transmisión Sexual (ITS) y controles de Salud Sexual en el nivel secundario); • REM A11 (SECCIÓN A.1 y A.2: examen VDRL por grupo de usuarios; SECCIÓN A.3 y A.4: examen RPR por grupo de usuarios; SECCIÓN A.5 y A.6: examen MHA-TP por grupo de usuarios; SECCIÓN C.1 y C.2: exámenes de VIH por grupos de usuarios; SECCIÓN D: exámenes de gonorrea por grupos de usuarios; SECCIÓN E: exámenes de chlamydia trachomatis por grupos de usuarios; SECCIÓN F: exámenes de VIH por técnica visual/rápida y grupos de usuarios); • REM A19 (SECCIÓN A.1: consejerías individuales; SECCIÓN A.2: consejerías individuales por VIH); • REM P11 (SECCIÓN A: población en control del programa de VIH/SIDA; SECCIÓN B: población en control por comercio sexual).
	4.10 Acceso a atención médica reproductiva que tenga en cuenta la OSIEGCS	Existencia de atención médica reproductiva que tenga en cuenta la OSIEGCS	2	3.7; 5.6	En materia de Salud Reproductiva, cabe destacar que en Chile es impartida no sólo por profesionales médicos/as de especialidad de ginecología/obstetricia, sino también por profesionales de matronería. Actualmente, se entregan prestaciones de Salud Reproductiva y métodos de regulación de fertilidad reversibles en los centros de atención primaria del Sistema Público de Salud, sin distinción por OSIEGCS. Por último, cabe destacar que, aunque existen servicios disponibles, no se puede evaluar el acceso efectivo según OSIEGCS y en los lineamientos y normas actuales no se consideran las especificidades OSIEGCS, excepto la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2018). Enlace



Aspecto de inclusión	Nombre del indicador	Indicador	Nivel de factibilidad	ODS	Situación en Chile
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	4.11 Esterilizaciones	Existencia de prácticas de esterilización forzada y no consentida que vulneran la salud y los derechos reproductivos de las personas usuarias de la comunidad LGBTI	1	No aplica	En la actualidad existe normativa sobre la prohibición de esterilización forzada para toda la población: - Resolución 1110 (2004), aprueba Norma General Técnica N°71 sobre normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental. Enlace - Circular N°09, reitera directrices para anticoncepción quirúrgica y consentimiento informado en regulación de la fertilidad (2022). Enlace En términos de levantamiento de información, el REM dispone de lo siguiente: - Para personas trans (femeninas y masculinas), pero no permite obtener el consentimiento de dicho procedimiento: REM A21 (SECCIÓN G: Esterilizaciones Quirúrgicas). - Como método anticonceptivo, se considera aquellos procedimientos dentro de la intervención cesárea, pero sin distinción por OSIEGCS: REM A24 (SECCIÓN C: Métodos anticonceptivos al alta).
	4.12 Depresión	Prevalencia de la depresión.	3	No aplica	La Encuesta Nacional de Salud recoge el dato según orientación sexual, pero no distingue a las personas trans y de género diverso. En la ENSSEX, por otro lado, consulta por diagnóstico de depresión y también por sintomatología asociada a ansiedad y depresión.
Estado de salud	4.13 Autoevaluación de la salud	En términos generales, usted diría que su salud es... excelente, muy buena, buena, regular, mala (alternativa de la OMS: "En general, ¿cómo se encuentra su salud?", con la siguiente escala de respuesta: "Muy bien/ Bien/ Regular/ Mal/ Muy mal").	3	No aplica	En la ENSSEX, se realiza la consulta la consulta: "En general Usted diría que su salud es: Muy mala/ Mala/Regular/Buena/Muy buena".

Fuente: Elaboración propia, a partir del índice de inclusión de personas LGBTI del PNUD y el Banco Mundial (56).

Anexo 4:

MARCO CONCEPTUAL

Las personas trans y de género diverso han existido siempre en todo el mundo. No obstante, los conceptos y definiciones relacionadas a identidades, expresiones y género están en constante evolución, por lo que los términos considerados a continuación podrán variar con el transcurso del tiempo, como también según la cultura, territorio, idioma y lengua.

Género, identidades e interseccionalidad

En las últimas décadas, se ha difundido que la identidad de género es diferente al sexo y la orientación sexual y, en parte, la razón de ello es para que las diferencias sexuales sean reconocidas y no utilizadas para establecer desigualdad (64). El sexo o las características sexuales se conciben como un atributo biológico (genes, hormonas, características corporales y genitales) y la orientación sexual se refiere a la atracción afectiva y/o sexual de las personas (65).

A su vez, el género se concibe como una construcción social de los atributos, identidades y funciones definidas por la sociedad que se consideran 'apropiados' y moldea las relaciones humanas, es decir, establece un margen de expectativas sobre cómo las personas debieran actuar, expresarse y ser mediante jerarquías y relaciones de poder (66); y cuando las personas o grupos no se ajustan suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación por parte de su familia, comunidad, instituciones y sistemas (67). Todos ellos – género, características sexuales y orientación sexual – son considerados determinantes sociales de la salud (68,69). En consecuencia, se promueve que los sistemas de salud los tengan en cuenta y reconozcan, comprendan y modifiquen el modo en que estos determinan las conductas con relación a los servicios, acceso y vías de atención, como también consideren la interacción con otros determinantes de salud y causantes de inequidades (67).

Específicamente, la identidad de género se entiende como el sentido personal y profundo de ser una persona masculina, femenina, ambas identidades o ninguna de ellas, en un espectro de posibilidades diverso, amplio, fluido, más abierto que sólo esas dos opciones, y en constante expansión (27,70–73). La expresión de género se refiere a cómo una persona expresa su identidad, la que puede ser mediante su presentación, apariencia y conducta, incluyendo —pero no restringiéndose— a aspectos que socialmente se han establecido como femeninos o masculinos, como nombre, pronombres, vestuario, accesorios, peinado, lenguaje no verbal, modificaciones corporales, entre otros (46), la expresión de género puede o no coincidir con la identidad de género o con el sexo asignado al nacer.

Cabe destacar que la comprensión de los términos que se utilicen para describir y expresar identidades debe ser concebida acorde al contexto sociocultural, territorialidad y comunidad en que se desenvuelven las personas, y en un determinado momento. La interpretación y reflexión se suele realizar desde prismas preconcebidos y según los preceptos morales que la sociedad entrega. Por ejemplo, la multiplicidad de lo dual y fluidez que concibe la Cultura Mapuche suele ser simplificada desde el binarismo sexual, alejado de su sentido profundo y cosmovisión, y homologado o traducido a que las identidades de género diversas y trans son equivalentes a Epu Püllü o Epu Pillan, sin considerar que estos abarcan ámbitos espirituales y energías que la cultura occidental – y colonizadora – simplificó y escindió en corporalidad y alma (74,75). Asimismo, la Cultura Aymara



ky

establecía diferencias de género entre las personas aymaras a medida que iban creciendo, valorando las diferencias y reconociendo el complemento (Chacha-Warmi), pero la categoría de género se cruza con otros sistemas que brindaban prestigio en la comunidad, como la edad o fase del ciclo vital y el rango social (76).

Por lo tanto, es necesario destacar que las personas con identidades de género trans o diversas también pertenecen a otros grupos, que pueden sufrir exclusión o poseer más (o menos) barreras para recibir atención. La interseccionalidad evidencia cómo se cruzan distintos sistemas de dominación (racismo, heterosexismo, clasismo, entre otros). Esta complejización se podría dar, por ejemplo, con personas migrantes, quienes presentan una mayor falta de consulta, de cobertura e insatisfacción de necesidades sanitarias (77) y que, si además viven en regiones, también se encuentran con barreras estructurales para acceder a servicios especializados, a causa de una menor cantidad o incluso de un único prestador de salud, lo que limita su acceso y causa desventajas si este prestador muestra prejuicio, ignorancia o estereotipos.

Cada persona nace con características sexuales (hormonas, genitales, genes y características corporales) y se desarrolla en un sistema social, donde interactúan distintos determinantes – como engranajes entrelazados (ver **Ilustración 2**) – como la raza, edad, capacidades, y el género, entre otros. Dicho sistema social también interactúa con otros ejes de privilegio y poder, para dar forma a la posición social de una persona en relación con otras (59).

Las investigaciones sobre identidad de género han aumentado y son coincidentes en que su construcción inicia en una etapa temprana y se extiende a lo largo de toda la vida. Éstas han entregado testimonios sobre sensaciones de extrañeza de sí mismo, uso de elementos sociales con el género que se identifica (ropa, accesorios, entre otros) (78), percepción de rechazo social y estrés emocional, intensificándose con la llegada de la pubertad. Se suele establecer un deterioro en las interacciones y sufrimiento emocional, ya sea por mantener su identidad oculta o por experiencias adversas como el hostigamiento y victimización por sus pares, especialmente en sus contextos escolares u otros en que se normaliza la transgresión de su identidad (79,80). Es habitual que las personas trans y de género diverso crezcan enfrentando mayores problemas de salud mental en comparación que sus pares cisgénero. Las investigaciones señalan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa, de abuso de sustancias y de riesgo suicida en esta población (81). Estas manifestaciones se atribuyen al estrés de minorías, y se enfatiza la importancia de intervenciones que reconozcan y respeten la identidad de género, promoviendo el bienestar psicosocial. Algunas asociaciones al sufrimiento pueden ser el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, los conflictos con su círculo social en relación a la aceptación-rechazo y socialización-ocultamiento de la propia identidad, y la vivencia de situaciones de rechazo y discriminación. Al contrario, el bienestar y calidad de vida de este grupo se asocia al apoyo de padres y aceptación familiar, el que puede proyectarse a la adultez temprana (78,79). Esto no es distinto en las personas mayores, donde aún se convive con el sesgo de asumir su identidad como también la invisibilización de su sexualidad, por lo que el apoyo institucional y sensibilización en la materia será necesario en todo el personal de salud y no sólo en las primeras etapas de la vida (82).

El género, especialmente las expectativas y las normas a las que se le asocia, es restrictivo con las posibilidades en salud y se traduce en diferencias de bienestar, medibles en impacto y carga de enfermedad (ver **Ilustración 2**) (59). Por tanto, los sistemas sanitarios deben considerar este



determinante y, además, las identidades de género y circunstancias que se entrecruzan. Estas pueden estar vinculadas a patrones de privación únicos, reproduciendo desigualdades y sesgos de género que impactan en el acceso a servicios y afectando negativamente a la salud (30,59).

Las inequidades de género modifican las tasas de exposición o vulnerabilidad a enfermedades o infecciones, y aumentan la carga acumulada por enfermedad (67). Por ejemplo, un estudio retrospectivo mostró un riesgo incrementado en personas trans a morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, VIH/SIDA y suicidio (83). Parte de estos hallazgos pueden relacionarse con las diferencias de salud y su menor acceso a recursos (69), pero también a otros factores, como presentar altos índices de inactividad física, mayor ingesta calórica y de menor calidad, y mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Este riesgo también se asocia al uso de antiandrógenos, que provocan un aumento de la masa grasa y la resistencia a la insulina, incidiendo en la ocurrencia de eventos cardiovasculares especialmente en tratamientos iniciados a edades tempranas, por largos periodos y sin supervisión clínica adecuada (84).

Asimismo, la necesidad de prestaciones especializadas para modificaciones corporales —como aumento de mamas, glúteos o cadera—, la falta de oferta o las barreras en su acceso generan alternativas que no cumplen con la capacitación y los criterios sanitarios requeridos, y ponen en peligro a quienes lo utilizan. La enfermedad asociada a relleno sintético²⁰ permanente, junto con las complicaciones por infecciones, considera problemas pulmonares, reacciones inflamatorias, problemas dermatológicos, hipercalcemia y otras repercusiones, como la adquisición de infecciones de transmisión sexual (como VIH y Virus Hepatitis C) (85).

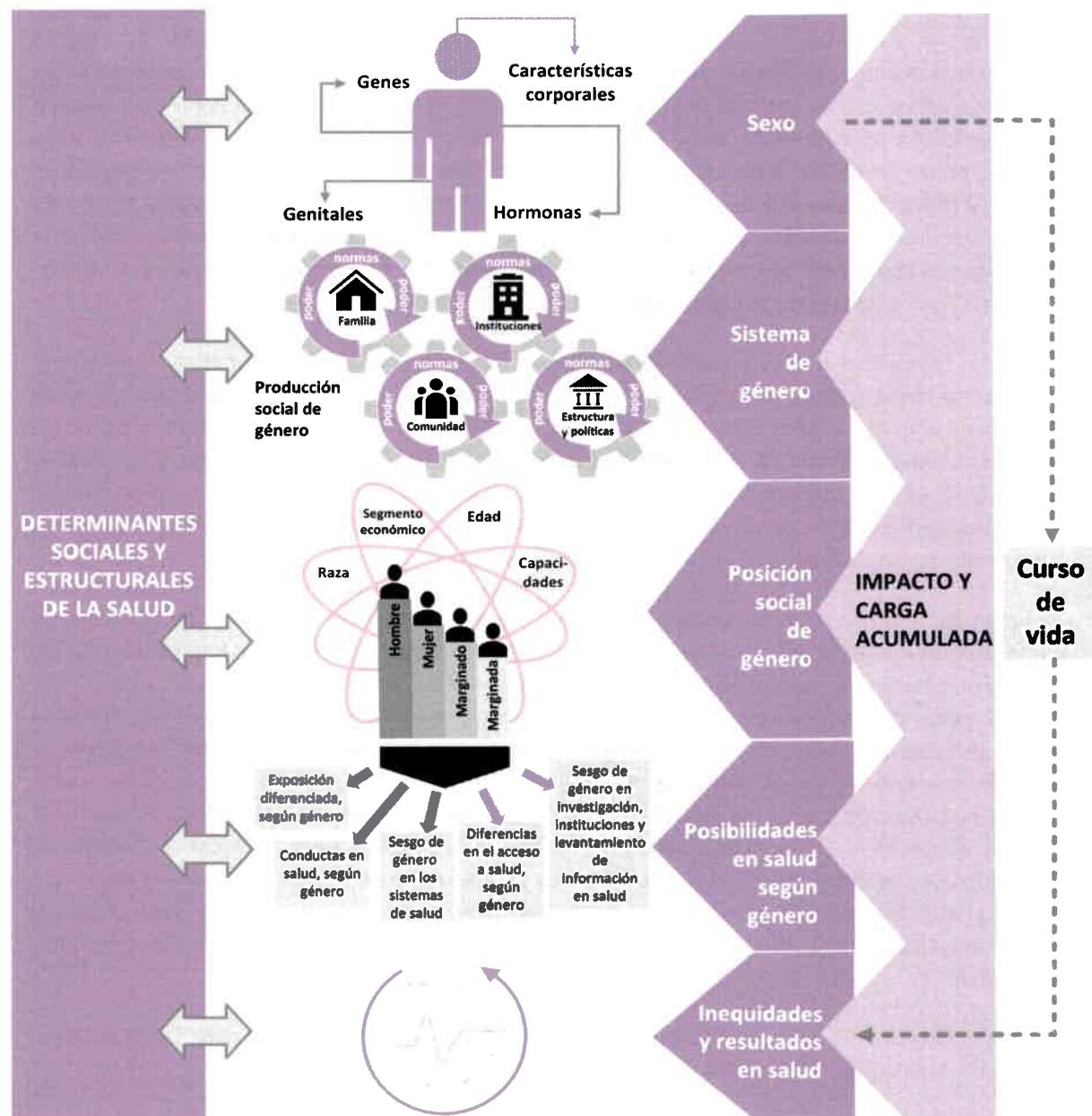
Sin embargo, la interacción del género con otros determinantes sociales también podría tener un efecto protector e impactar favorablemente en comportamientos relacionados con salud (67). Un ejemplo de ello es una revisión sistemática que mostró que dentro del universo de personas trans y de género diverso que han utilizado terapias hormonales y se han sometido a cirugías relacionadas con su identidad de género, cerca del 80% logra insertarse a la vida laboral, mejorando su calidad de vida, mientras que un 78% experimenta una reducción de síntomas psicológicos y un 72% reporta mejoras en la función sexual. Asimismo, se observa una mayor satisfacción en adolescentes trans que han accedido al bloqueo hormonal (86,87). El '*National LGBT Health Education Center*' de Estados Unidos describe que este tipo de acciones puede crear resultados de salud muy positivos, como que el 78% de las personas trans en el corto plazo se sintieron más cómodas en su empleo y mejoraron su desempeño laboral, relacionándose así a la disminución de las morbilidades en salud mental (88).

Lo anterior es un ejemplo de cómo el sistema de salud actúa en función del género (67), en este caso entregando prestaciones integrales y adecuadas a las necesidades de este grupo.

²⁰ Sustancias, en su mayoría sintéticas, que se utilizan como material de relleno tisular para efectos estéticos. Si bien hay varias están aprobados, existen otras que son utilizadas ilegalmente, como la silicona industrial, el aceite de cocina y la parafina, entre otras.



Ilustración 3. Marco conceptual del sistema de género y salud.



Fuente: Traducida de Heise L, Greene ME, Oppen N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al (2019) (59).

Competencias y capacidades para el abordaje de la diversidad en salud

Dentro de las barreras de acceso a la salud, las personas trans y de género diverso tienen dificultades para encontrar profesionales con el conocimiento y sensibilidad para tratar los temas relacionados a su identidad de género y necesidades de salud (31); además, la inexperiencia y estigmatización influyen en un diseño de servicios que no incluye el abordaje adecuado de la salud de este grupo de personas, y que suele reproducir esquemas de discriminación en su implementación (89). Por lo tanto, el desarrollo de competencias y capacidades impactaría en una mejor utilización de servicios de salud por parte de esta población (90).

Las competencias estructurales consideran la habilidad para identificar aquellos síntomas, actitudes o enfermedades que representan ‘decisiones’ que están mediadas por factores como la previsión de salud, acceso a agua, transporte, residencia urbana o rural o medios de comunicación, entre muchos otros. Se han descrito como una forma de reconocer, comprender y actuar en las desigualdades estructurales²¹, en el desarrollo de habilidades y capacidades, en el trabajo interdisciplinario y en la reproducción de inequidades (91); es decir, en el reconocimiento de los factores no biológicos que influyen en los resultados de salud, como los determinantes sociales y, dentro de ellos y especialmente, las propias características de los sistemas de salud. Y, en este sentido, es primordial el reconocer cómo la *cultura y factores estructurales* están mutuamente implicados en la producción y reproducción del estigma y desigualdad (92).

Dentro de las competencias estructurales, las habilidades y capacidades que los equipos y sistemas de salud deben desarrollar son (92):

- ▶ Reconocer cómo los factores estructurales moldean interacciones clínicas. El uso de esta perspectiva implica considerar cómo otros factores y circunstancias pueden afectar a la persona y su bienestar.
- ▶ Desarrollar un lenguaje de estructura (extra clínico). El énfasis del uso de un lenguaje común, sobre factores y fuerzas estructurales, permite colaborar entre disciplinas para el entendimiento real de los aspectos sociales que determinan los resultados de salud.
- ▶ Rearticular presentaciones culturales en términos estructurales. Considera el reflexionar sobre la noción de cultura aprendida al alero de las concepciones clínicas y avanzar en cómo surgen, se reproducen y se manifiestan en las barreras "culturales". Por ejemplo, cuando factores estructurales – normas sociales, transporte público, redes comunitarias, etc. – se expresan en la atención de salud, en las prácticas institucionales y comunicación interpersonal.
- ▶ Observar e imaginar la intervención estructural. Busca reconocer cómo las estructuras impactan y moldean la salud, y tras ello evaluar en qué y cómo se puede intervenir.
- ▶ Desarrollar humildad estructural. Corresponde a la habilidad para reconocer las propias limitaciones e identificar metas realistas. Esta conciencia es productiva cuando se usa como punto de partida del diseño de los sistemas de salud y la interacción clínica – y no al final –, y permite tomar roles que se ajustan al contexto y persona.

²¹ La estructura o factores estructurales hace referencia a cómo los sistemas económicos, sociales y políticos impactan en las decisiones en salud y en la enfermedad.

En ese contexto, se ha identificado a las competencias culturales (también conocida como atención culturalmente competente o cuidados culturales²² como un recurso necesario para la atención de calidad. Su desarrollo reconoce que las personas viven dentro de un sistema social, que la cultura determina sus resultados en bienestar y salud, y que se deben considerar los significados, concepciones y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de su salud (93). Existen diferentes modelos conceptuales para esta competencia, siendo uno de los más difundidos el propuesto por Campinha-Bacote (2002), que la entiende como un proceso que incorpora cinco constructos interrelacionados y aplicados a salud (94):

- ▶ Conciencia cultural: Autoexamen del propio trasfondo sociocultural, reconociendo prejuicios y suposiciones para disminuir el riesgo de diseñar y entregar sistemas y servicios que son imposiciones de las propias creencias, valores y comportamiento.
- ▶ Conocimiento cultural: Búsqueda y obtención de información sobre la diversidad cultural, para integrar este conocimiento en el diseño y entrega de servicios de salud adecuados a esa diversidad.
- ▶ Habilidad cultural: Conjunto de comportamientos, especialmente relacionados a la habilidad para indagar sobre los estados de salud, comunicar información y satisfacer necesidades de salud de manera adecuada y sin reproducir interacciones o actitudes estigmatizantes y discriminatorias.
- ▶ Deseo cultural: Motivación para participar en los procesos culturalmente diversos; es la base para avanzar hacia un cuidado genuino y culturalmente humilde.
- ▶ Encuentros culturales: Proceso de participación e interacción directa con personas o grupos culturalmente diversos. Son valiosos en sí mismos y para el avance en el desarrollo de los otros constructos.

Asimismo, existen modelos multidimensionales que señalan la aplicación de esta competencia a niveles individuales, profesionales, comunitarios, organizacionales y sociales (89,95–97). Bajo estas definiciones, también surge el concepto de humildad cultural, que busca que profesionales y equipos mantengan una actitud de aprendizaje continuo y a no situarse como expertos ni expertas de los procesos de desarrollo individuales de cada persona (91,98).

La competencia y humildad cultural son especialmente útiles para el trabajo con grupos socialmente estigmatizados, que suelen ser aquellas personas con diversos trasfondos socioculturales (como personas migrantes o pertenecientes a pueblos originarios) (99,100) y quienes pertenecen a grupos minorizados (como personas racializadas (101), mujeres (102) o personas con OSIEGCS diversas (103)). La consideración y desarrollo de una respuesta de salud culturalmente competente y humilde lleva a comprender cómo los patrones culturales impactan en el curso de vida y los resultados de salud de las personas; en las interacciones que se establecen en las atenciones; en las formas que adoptan los encuentros de las personas con el sistema de salud; y en la manera en que quienes prestan y diseñan servicios abordan (o no) las necesidades de grupos estigmatizados.

²²Esta responde, específicamente, a la teoría transcultural de Madeleine Leininger.



Se ha propuesto que avanzar hacia una práctica culturalmente competente con grupos de personas estigmatizadas y discriminadas, involucra el desarrollo de la creación de entornos de salud seguros (104,105,106).

Esta mirada también considera como uno de los factores estresantes, la falta de reconocimiento y respaldo por parte de los sistemas de salud (107). El logro de entornos de atención seguros para la diversidad suele requerir conocimientos sobre idioma, lengua o lenguaje, la comprensión de traumas históricos, considerar la diversidad dentro de cada grupo, empatizar con la renuencia a confiar en los servicios de salud, valorar las creencias culturales tradicionales, considerar las dinámicas de poder interpersonal y, al mismo tiempo, comprender las estructuras de poder que oprimen y estigmatizan a los grupos vulnerables (106).

En lo relativo a la diversidad en la identidad y expresión de género, la cisnormatividad y el patriarcado siguen regulando las formas de relacionarse entre las personas; esto se manifiesta en un afán por ‘corregir’ y ‘castigar’ aquellas identidades de género fluidas o diversas, complejizándose cuando aquello se entrecruza con la etnia, la clase social, capacidad/discapacidad, raza, entre otras características. Aquellos contextos que refuerzan posiciones dominantes y excluyentes (como el binarismo, sexismo, clasismo, machismo y más) son inseguros y generan barreras para quienes no son visibilizados, incluidos o valorados por esa normatividad (77).

En su desarrollo histórico, los sistemas y servicios de salud en el mundo no han comprendido las necesidades de salud de las personas trans y de género diverso, o lo han hecho desde los prejuicios y los estereotipos; han considerado a la diversidad de la identidad de género como una enfermedad; han desplegado escasos, o insuficientes, esfuerzos por disminuir o eliminar la reproducción de esquemas de discriminación; y no han diseñado ni implementado una provisión de servicios que sea capaz de responder integralmente a sus necesidades de salud (108). Las necesidades de este grupo históricamente estigmatizado siguen siendo poco comprendidas, y se perpetúa la invisibilización y la falta de servicios o normativa enfocados en sus necesidades integrales de salud (109).

La Organización Mundial de la Salud señala que las personas trans y género diverso comparten muchas de las mismas necesidades de salud que la población general; pueden tener otras necesidades específicas de atención especializada; y, a menudo, experimentan una carga desproporcionadamente alta de enfermedades. La atención de salud dirigida a personas trans y de género diverso puede incluir, o no, una variedad de intervenciones sociales, psicológicas, conductuales o médicas, orientadas a respaldar el reconocimiento y la vivencia plena de su identidad de género (110).

El desarrollo y avance de los sistemas en este ámbito no es un proceso que ocurre por sí solo, al contrario, necesita de esfuerzos estructurales, explícitos, decididos, complejos y sistemáticos (111). Avanzar requiere del compromiso organizacional con la diversidad, la gestión de actividades enfocadas en diversidad, contar con personal diverso trabajando en ella, mantener los registros de datos de la población a la que se da cobertura, y facilitar una comunicación culturalmente competente (112).

Desarrollar las competencias culturales y estructurales, junto a la humildad y el avance en la afirmación de los grupos socialmente estigmatizados, incide – en cierta medida – en disminuir la reproducción y aumentar la comprensión de la experiencia de estigma y sus consecuencias, y en la mejora de los resultados del encuentro de las personas con el sistema de salud. Requieren ser



integradas por las instituciones educativas (en mallas curriculares, práctica profesional y educación continua) y cuerpos legales, para transformar al sistema de salud en uno más equitativo, con equipos con capacidad crítica para reflexionar, reconocer inequidades, comprender y valorar cómo el pasado y presente interactúan y se refuerzan (90,91).

Es apremiante que el sistema público de salud y quienes toman las decisiones en salud pública avancen en ser culturalmente competentes, para garantizar que se desarrollen estrategias de equidad y que minimicen las desigualdades en salud. Es probable que el cambio hacia el logro de la competencia cultural en el diseño de las políticas, en la práctica clínica y en el desarrollo institucional, contribuya a desafiar cómo se interviene en las desigualdades en salud, y permita el despliegue de estrategias innovadoras para la promoción de la salud y la Salud Pública. En este sentido, con el aumento del reconocimiento de la diversidad, se espera que la competencia cultural se convierta en el sello distintivo de sistemas, programas e investigaciones de salud pública de alta calidad (113).

Modelos y paradigmas en Salud

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria se define como: *“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios y las usuarias, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de Sistemas de Salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la Red de Salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”* (114), definición que permite apreciar la vigencia del modelo aludido en el desarrollo de esta Política. En este contexto, el reconocimiento de las personas como integrantes de un sistema diverso se manifiesta y concreta en los siguientes principios del Modelo de Atención Integral de Salud:

- ▶ **Centrado en la persona:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, en un modelo de relación basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas.
- ▶ **Integralidad:** Definido desde dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención (incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) y la otra sobre la comprensión multidimensional de los problemas de salud de las personas (para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano).
- ▶ **Continuidad del cuidado:** Desde la perspectiva de las personas, es el grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud se experimentan como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Este principio involucra una continuidad clínica (coordinación de las diversas funciones, actividades y unidades operativas), funcional (gestión coordinada del sistema) y profesional (disposición de equipos de salud).

Además, existen otros factores que inciden en la implementación del modelo de atención y que han sido relevados por la sociedad civil para avanzar en un sistema sanitario de calidad, tales como territorialidad y descentralización, los que se encuentran descritos en el **GLOSARIO**.

El avance hacia una atención integral, centrada en la persona y culturalmente competente para las personas trans y de género diverso involucra un amplio rango de enfoques y estrategias que garanticen entornos seguros, respetuosos y accesibles, que las reconozcan activamente como parte de la diversidad humana y se caractericen por comprender la manera en que los procesos de estigmatización social impactan en los resultados de salud, detener la reproducción de esquemas de discriminación en los encuentros de las personas con el sistema de salud, abordar sus consecuencias, y afirmar y promover que las personas logren su máximo nivel de desarrollo y resultados en salud, cualquiera sea su identidad de género (34,109,115,116).

La aplicación de estos enfoques y estrategias en la atención clínica no busca fomentar que las personas cursen un desarrollo de identidad preferible por sobre otro, o uno diferente a lo que ellas autónomamente van descubriendo, si no que tiene como propósito avanzar hacia sistemas de salud que se diseñen e implementen para ser entornos de cuidado seguro para la expresión de la identidad de las personas, comprendiendo y empatizando con la discriminación que ha afectado sus posibilidades de autodeterminación (106). Esta atención se centra en la persona, considera sus tiempos, es sensible a su desarrollo integral, respeta su autonomía y capacidad de tomar decisiones –de forma progresiva– respecto del cuidado de su salud; y busca abordar la integralidad de las necesidades de salud de las personas, considerando los distintos sistemas que acompañan a las personas y velando por la protección de sus derechos y desarrollo integral (80,117).

El enfoque basado en el reconocimiento y respeto de la identidad de género suele involucrar acciones normativas y de cambio sociocultural en las instituciones, destinadas al resguardo de derechos, disminuir el riesgo de situaciones de discriminación en las interacciones que las personas tienen con el sistema de salud, y fomentar entornos que reconozcan, valoren y estén familiarizados con la diversidad en OSIEGCS (118). Además de los instrumentos normativos y de resguardo de derechos, algunos ejemplos de estas prácticas se pueden observar en la promoción de interacciones sensibles, que son valoradas y suelen involucrar el uso de pronombres y nombres sociales, la visibilización de la diversidad, el fomento de habilidades para indagar y comunicar de manera adecuadas la información de salud, o una actitud cuidadosa para entregar comodidad y anticiparse a las aprehensiones que pueden ser productos de experiencias negativas pasadas en la atención de salud (90).

Además, en el desarrollo de su identidad de género – para algunas personas²³ – resulta necesario acceder a procedimientos relacionados con su identidad de género, las cuales se constituyen como necesidades específicas. Estas necesidades pueden involucrar el uso de hormonas; cirugías de cuello, cara, mamas, genitales; modelación corporal; y prestaciones fonoaudiológicas, kinesiológicas, nutricionales, de salud sexual y reproductiva, entre otras (119,120). La realización de estos procedimientos ha mostrado ser satisfactorios para las personas trans y de género diverso que los necesitan (121), beneficiosos en la promoción de su desarrollo integral y para el logro de

²³ Cabe destacar que, ya que todas las personas son distintas y el desarrollo de su identidad toma un curso propio, la demanda e indicación de las prestaciones debe evaluarse individualmente y ser acorde a sus expectativas. No todas las personas trans y de género diverso necesitan o buscan estos procedimientos, mientras que algunas sí los necesitan (19).



resultados positivos en su salud (122–124), además de aportar a la prevención de problemas de salud posteriores (80,125).

Considerando la persistencia de situaciones de adversidad en un contexto de sostenida estigmatización social, surgen necesidades de intervención que incorporen consideraciones para una adecuada comprensión de las consecuencias negativas de la estigmatización, discriminación y victimización, y aliviar sus consecuencias en el bienestar psicosocial y salud mental. Un elemento importante en este tipo de intervenciones es no persistir en la histórica concepción de la diversidad de identidad de género como un problema de salud mental, y evitar la ejecución de prácticas que consideren a la diversidad de género como una patología o algo indeseable (34,73,126,127).

Finalmente, las guías y estándares internacionales destacan la importancia de que todas las personas, especialmente aquellas con riesgo de exclusión, puedan acceder a prestaciones universales de promoción y prevención primaria, y a aquellas destinadas a la prevención de factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludable y el acceso a anticoncepción y a vacunas, entre otros. Además, estas prestaciones deben mantener y facilitar los controles de salud que permitan la detección temprana y la derivación oportuna de personas expuestas a factores de riesgo psicosocial, como maltrato, abuso, cesantía o interrupción de la trayectoria educativa (27,128).

Asimismo, los equipos de salud deben contar con las competencias para brindar una supervisión clínica integral y emitir indicaciones de manera segura (129,130), complementando estas acciones con la provisión de servicios de promoción y prevención transversales a toda la población. Se debe aspirar a que el acceso a prestaciones específicas para la salud de las personas trans y de género diverso no dependa exclusivamente de la disponibilidad de los servicios, sino que esté integrado dentro de un marco de abordaje clínico integral (128). Existe consenso en la necesidad de que estas se desarrollen en un contexto de acompañamiento profesional, por su complejidad, ya que se desarrolla en circunstancias o una cultura que estigmatiza intensamente la propia experiencia (131).

Las conceptualizaciones más recientes sobre equidad en salud han puesto el foco sobre cómo evoluciona la salud de las personas trans y de género diverso a lo largo del tiempo y dentro de su propia comunidad. En este avance se ha dado lugar a una mirada con foco en los recursos personales, y no solo puesta sobre los problemas de salud, la adversidad y el impacto negativo de la discriminación. Se invita a que las acciones de salud se centren en fortalecer el empoderamiento y el rescate de recursos; sostener una mirada promocional de la salud; enfocarse en la identidad de género de cada persona como única y no verlas como alguien que pertenece a una categoría; y destinar esfuerzos para garantizar que cada persona logre desarrollar su máximo potencial y su proyecto de vida de forma satisfactoria (132). Este foco invita a recordar que, incluso en situaciones de marginación social, las personas trans y de género diverso han logrado – la mayoría de las veces – desarrollar comunidad y fortalecer sus habilidades de afrontamiento para construir sus vidas de manera satisfactoria e integral en un contexto de adversidad (115).

Así, el avance hacia una atención centrada en las personas y acorde a su identidad de género involucra un amplio rango de prácticas en los ámbitos social, buscando la inclusión y familiaridad con la diversidad de género; normativo, para resguardar derechos y reducir la discriminación; y clínico, para el abordaje de necesidad específicas e integrales de salud.



Necesidades y resultados en salud de las personas trans y de género diverso

Existen investigaciones que han mostrado que las personas trans y de género diverso muestran mayores dificultades en su salud mental y física en comparación con las personas cisgénero. y que la presencia de esas dificultades se relaciona con factores como la violencia, el estigma, peores hábitos saludables, menor apoyo social, el uso de procedimientos de salud informales, irregulares y sin indicación médica, y la existencia de barreras de acceso a servicios de salud primarios y especializados (20–26). Estos factores generan mayor susceptibilidad a desarrollar necesidades psicosociales y de salud específicas (28,133,134), siendo algunas propios del sistema social de género y de los marcos normativos que las excluyen, segregan y/o estigmatizan (5,44). Incluso, la percepción de estigma y discriminación por parte del personal afecta el deseo y capacidad de las personas para acceder a la atención de salud (20). La evidencia chilena señala que la percepción de apoyo social decrece la sintomatología emocional (ansiosa y depresiva) en personas trans y de género diverso, y muestra una menor percepción de este apoyo en comparación con personas que se identificaron como lesbianas, gais y bisexuales (135).

En relación a lo anterior, también existe consenso en que la sostenida situación de adversidad a la que las personas trans y de género diverso son expuestas (actualmente reconocido como Estrés de Minoría), permite comprender que la vulnerabilidad a los problemas de salud y el impacto negativo en su desarrollo integral no son reflejo de problemas propios, sino que son el resultado final de un proceso estresante de discriminación y violencia al que son expuestas durante toda su vida (21,136–138). Asimismo, según ONUSIDA, en el año 2019 el riesgo de contraer el VIH era 13 veces mayor en personas transgénero respecto del resto de la población adulta, y al mismo tiempo este grupo goza de menor acceso a servicios en materia de VIH (139); existiendo el riesgo de que el estigma y discriminación por razones de identidad de género se interrelacione con las formas de discriminación relacionadas al estado serológico respecto del VIH, empeorando el acceso a servicios (140).

Un estudio realizado en Chile encontró que entre las personas trans y de género diverso que utilizan hormonas como parte de su transición, el 47,8% reportó obtenerlas de fuentes informales (amistades, mercado no formal o compra fuera del país) y, generalmente, sin prescripción o acompañamiento médico (119), es decir, no encuentran en el sistema formal la oferta que requieren. Esto es coherente con lo levantado en la Encuesta de Identidad (2018), donde el 32% de quienes utilizaban hormonas se dividía entre lo autoadministrado (5%), lo obtenido de la salud pública (12%) y el área privada (15%) (19).

Además, en el país los NNA trans y de género diverso reportan peor calidad de vida relacionada a salud, especialmente en salud mental, en comparación con el grupo de NNA cisgénero, y sus madres y padres tienden a subestimar su bienestar (141). Al investigar sobre la búsqueda de ayuda en salud mental en Chile según la percepción de estudiantes universitarios LGBT+, se identifican barreras personales relacionadas con la experiencia al buscar ayuda en servicios de salud (miedo a vivir discriminación por el personal de salud, preocupaciones sobre la confidencialidad y experiencias negativas pasadas con personal de salud mental), especialmente en estudiantes trans y de género diverso. Asimismo, se identifican barreras sociales en relación con la familia (como la minimización de las dificultades o la determinación de que la ayuda profesional no es necesaria), especialmente cuando no se tiene la autonomía o la edad para acceder a los servicios por cuenta propia; y en relación a los servicios de salud universitarios se identifican barreras específicas (como la negación de



servicios de salud mental basada en la identidad trans o género diversa), o genéricas (como las brechas de profesionales de salud mental o alto costo de servicios en el sector privado) (142).

En Chile, se han observado necesidades percibidas por personas con OSIEGCS diversas que son padres o madres. Algunas de estas necesidades son la disminución de brechas, la incorporación de la perspectiva de género y el trato inclusivo, contar con programas de salud mental con enfoque comunitario, acceso a programas de fertilización asistida y la generación de alianzas colaborativas con enfoque comunitario entre servicios de salud, organizaciones de la sociedad civil y la comunidad LGBT+ (132).



GLOSARIO

Las diferencias y los debates sobre términos apropiados y terminologías específicas son comunes, y ningún término puede utilizarse sin controversia. No obstante, se insta a quienes proveen salud que utilicen lenguaje y conceptos culturalmente asertivos, que reduzcan el estigma y faciliten el acceso de las personas trans y de género diverso.

El objetivo de esta sección es ofrecer conceptos respetuosos y que reflejen las diversas experiencias de las personas, sin dejar de ser accesible para profesionales, proveedores de salud y público general, para la comprensión y bajo los propósitos de este documento.

TÉRMINO	APROXIMACIÓN COMPRENSIVA Y DEFINICIONES
AFIRMACIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO	Corresponde a una gama de acciones que las personas trans y de género diverso pueden considerar para el desarrollo satisfactorio de su identidad, por lo que es personal, variable y acorde a los recursos que se tiene acceso. Podrían considerar medios sociales, legales, psicosociales, de salud mental o médicos (177).
AUTODETERMINACIÓN Y AUTONOMÍA CORPORAL	Es la capacidad de tomar decisiones sobre sus cuerpos y su sexualidad, lo que implica la libertad de determinar su propio destino sin interferencias indebidas, siendo un requisito esencial para vivir con dignidad. Este derecho es fundamental para las personas trans y de género diverso, quienes a menudo enfrentan trato cruel, como requisitos abusivos para el reconocimiento de su identidad de género. El Estado debe proteger la libre determinación de las personas y garantizar el acceso a la atención de salud, incluyendo acciones que respeten su identidad y autonomía corporal, lo cual es clave para asegurar la dignidad y autonomía de las personas trans(178).
AUTONOMÍA	La autonomía hace referencia a la capacidad de decisión y acción de las personas sin restricciones externas, y el derecho a que se respete su voluntad en lo relativo a sí misma, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de las demás (179). Este reconoce el valor fundamental de la libre elección en el propio plan de vida y la adopción personal de ideales de excelencia humana. El ejercicio de la autonomía lleva a las personas a apropiarse de su cuerpo, identidad y de sexualidad, la que depende de su sistema de valores, ideal y proyecto de vida. La autonomía es un derecho esencial de las personas y se constituye según el desarrollo del curso de vida. En la infancia y adolescencia se considera la <i>autonomía progresiva</i> , donde las libertades van acordes a su desarrollo. Por tanto, con el derecho a expresar su opinión y a que ésta se tenga debidamente en cuenta en todas las decisiones que le afecten (180).
CURSO DE VIDA (ENFOQUE)	La consideración de este enfoque optimiza las trayectorias de vida, en la relación dinámica de las exposiciones de las primeras décadas de la vida con los resultados de salud posteriores. Por lo que releva acciones que no sólo se centren en el manejo de enfermedades, sino en la persona y en la promoción de su salud, focalizándose en sus capacidades y habilidades (181).



TÉRMINO	APROXIMACIÓN COMPRENSIVA Y DEFINICIONES
DERECHOS HUMANOS (enfoque)	Este marco promueve y protege los derechos humanos a través de acciones que afronten y corrijan desigualdades, prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales en los resultados de inequidad (182). En el ámbito sanitario su objetivo es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen para garantizar el goce del derecho a la salud para todas las personas (49). Su implementación se basa en los principios de igualdad y no discriminación, participación de la sociedad civil, acceso a mecanismos de reclamo y rendición de cuentas, los que orientan las acciones estatales para fortalecer su respuesta frente a la obligación de satisfacer los derechos de su ciudadanía (183).
DESCENTRALIZACIÓN	Se refiere a la transferencia de una variedad de poderes, responsabilidades y recursos del gobierno central a los gobiernos subnacionales (184). En salud, es una herramienta que permite el logro de metas estratégicas, como mejorar las condiciones de salud de la población, mejorar el acceso a los servicios y la calidad de la atención, superar las ineficiencias, mejorar el costo-beneficio de las acciones, en coherencia con el derecho de las personas a la salud.
DESPATOLOGIZACIÓN	Corresponde a reconocer que la diversidad en la orientación sexual, identidad y expresión de género son características naturales y esperables en las personas. En salud, esto además se apoya en la aprobación y uso de marcos de referencia actualizados, como el CIE-11 y el DSM V ²⁴ . Si bien la experiencia de las personas trans lidia con las diferentes nociones de normatividad y desafía lógicas rígidas (185), el acto explícito de despatologizar empuja a un diálogo entre salud y los derechos humanos, apela a una visión menos asistencialista y fundamentada en la enfermedad, y redirige al sistema a uno más centrado en la persona y su bienestar.
DIGNIDAD	La dignidad expresa el valor intrínseco universal del ser humano, otorgándole una posición de la cual deriva la inviolabilidad de la vida humana individual. La dignidad humana implica el reconocimiento moral de las personas entre sí y su valor (186). Les pertenece a todas las personas por igual, fundamentando su protección y considerada como valiosas por sí mismas, por ende, con derechos. El reconocimiento de los derechos requiere la promoción por su respeto y la garantía de su ejercicio. Es un valor intrínseco de las personas, no requiere de ninguna capacidad o situación que la determine, a diferencia del principio de autonomía. De esta forma la dignidad antecede a la autonomía de las personas (187).
EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	Tiene el poder de promover el pleno desarrollo de la personalidad humana y el sentido de su dignidad, así como la desestructuración de estereotipos sobre el sexo, la sexualidad, el placer y la prevención de la violencia basada en el género. La limitada educación y los tabúes culturales son algunos de los factores que impiden a estudiantes lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales lograr la movilidad social y aumentan su vulnerabilidad a la violencia (188).

Revisar Marcos, clasificaciones y registros.



3

TÉRMINO	APROXIMACIÓN COMPRENSIVA Y DEFINICIONES
EQUIDAD (enfoque)	Componente fundamental de la justicia social, tiene como objetivo eliminar las diferencias evitables, injustas o remediabiles. Enfatiza que los efectos obtenidos en salud no son resultado de diferencias biológicas, sino que son resultados de procesos sociales y económicos, y otras circunstancias demográficas y geográficas, que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud, con el fin de garantizar que cada persona tenga las mismas oportunidades para lograr bienestar (189)
ESTIGMA	Originalmente, el término estigma se usaba para referirse a las marcas corporales realizadas para exponer el estatus inferior y moralmente malo de algunas personas; es una herida dolorosa infligida a fuego que deja una cicatriz indeleble en el cuerpo de quien la recibe (190). La construcción social de estereotipos negativos y degradantes, y su atribución a un grupo determinado de personas es lo que se conoce como estigmatización, y se podría entender como el proceso de infligir una marca o etiqueta negativa y dolorosa (191). A nivel social se atribuyen a un grupo de personas ciertas características indeseables y que las mismas sociedades han definido como tal a lo largo de su historia, construyendo estereotipos (creencias); a nivel individual esta información moviliza de manera automática las emociones (actitudes) y los comportamientos de las personas (que suelen ser discriminatorias). La estigmatización recibida por una persona logra deteriorar su identidad y dificulta su aceptación social, pudiendo derivar en una afectación del estado de salud (109).
GÉNERO	Se refiere a atributos sociales, de comportamiento y culturales, así como a las expectativas y normas asociadas al hecho de ser hombre o mujer. Los roles y las expectativas de género determinan cómo se relacionan las personas entre sí y dan lugar a diferencias de poder entre mujeres y hombres (55). El sexo y el género son conceptos relacionados, pero autónomos (178).
IDENTIDAD DE GÉNERO	Todas las personas tienen identidad de género y se refiere a la experiencia sentida del género, el que puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer, incluyendo la percepción individual de su cuerpo y expresiones de género, como la vestimenta, el habla y gestos (192).
INDICACIÓN DE HORMONAS	Corresponde a la prescripción farmacológica de hormonas, que busca apoyar el proceso de transición de género mediante el desarrollo o inhibición de características sexuales secundarias.
INTEGRIDAD	El principio de Integridad se refiere al sentido global y total de la vida y se entiende como una totalidad de carácter incorrupto. Le otorga una coherencia narrativa de vida a una persona. La integridad es lo personal intocable, que no debe ser sometido a intervenciones externas incluyendo al cuerpo y su autodomínio. En el contexto de la atención de salud, la integridad es pretendida para la confianza entre el equipo de salud y la persona, por el vínculo estrecho entre identidad e integridad, y el respeto por la narrativa personal. De esta manera, la integridad es una indicación del derecho a la privacidad y a la confidencialidad, su respeto mide las virtudes de los sistemas legales y médicos (156).

TÉRMINO	APROXIMACIÓN COMPRENSIVA Y DEFINICIONES
INTERSECCIONALIDAD	Concepto que busca describir lo que experimentan las personas que viven con distintas identidades y existencias, particularmente discriminadas y excluidas, y que no pueden ser comprendidas sin observar el cruce de ellas (177). Proporciona una comprensión de la interacción de distintas características de los seres humanos, como la raza, capacidad/discapacidad, estatus migratorio, religión, género, sexualidad, geografía, edad y más que junto a las estructuras de poder (leyes, políticas, medios de comunicación) contribuyen a procesos de privilegio y opresión (193,194).
LENGUAJE INCLUSIVO	Si bien esto suele relacionarse a la modificación de palabras para mayor neutralidad y el uso de pronombres, también considera la adaptación o actualización de términos que disminuye la carga de prejuicios y promueve la aceptación de las identidades.
NORMAS DE GÉNERO	Determinan cuáles son las acciones aceptables y apropiadas para los seres humanos según su categorización como mujeres o hombres. Son rígidas, arraigadas en instituciones formales e informales, y constantemente reforzadas a través de interacciones sociales. Las personas que se apartan de las normas de género y las expectativas sociales están bajo ataque en muchas partes del mundo (178). ▶ Heteronormatividad: Expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son, o deben ser, heterosexuales o de que esta orientación sexual es la única natural, normal o aceptable; esto es que solamente la atracción erótica afectiva heterosexual y las personas heterosexuales, o que sean percibidas como tales, viven una sexualidad válida éticamente, o legítima, social y culturalmente (195). ▶ Cisnormatividad: Expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son cisgénero, o de que esta condición es la única normal o aceptable, bajo una noción binaria que margina a las personas trans y de género diverso. Considera que aquellas personas que se les asignó el sexo masculino al nacer siempre se identificarán y asumirán como hombres, y que aquellas que se les asignó el sexo femenino al nacer lo harán como mujeres (177,195).
PATRIARCADO	Es un término usado frecuentemente para describir la opresión y dominación ejercida por hombres sobre mujeres. De manera que un sistema patriarcal hace referencia a las acciones para perpetuar estructuras en que se privilegia la representación del hombre como heterosexual y cisgénero, lo que amenaza la existencia y bienestar de las personas que no coinciden con ello (196).
PERSPECTIVA DE GÉNERO	El sistema sanitario refleja los sesgos y normas de género de la sociedad en la que se inserta, lo que compromete la seguridad y el bienestar de las personas, por lo que utilizar enfoques transformadores contribuyen a abordar las desigualdades (197). La perspectiva (y transversalización) de género buscan identificar aquellos factores que inciden en las inequidades de la población y realizar los esfuerzos consistentes para contrarrestarlos (198). Por lo tanto, incorporar esta perspectiva busca

	que la Política, y las acciones que surjan de ella, considere las cuestiones de género y que se procure sistemáticamente porque se tomen las medidas necesarias para alcanzar la igualdad de género (194).
TÉRMINO	APROXIMACIÓN COMPRENSIVA Y DEFINICIONES
PERSONA TRANS Y DE GÉNERO DIVERSO	En esta Política cuando se habla de <i>personas trans y de género diverso</i> se espera incluir a personas que tienen experiencias, identidades o expresiones culturales o lingüísticas específicas. Incluyen: ▶ Persona trans: persona que se identifica con un género diferente al que se le asignó al nacer (192). ▶ Persona no binaria: Personas con identidad de género fuera del binarismo de género. Las personas con identidad de género no binaria pueden identificarse parcialmente como masculinas y parcialmente como femeninas o identificarse a veces de un modo y a veces de otro. Las personas no binarias pueden (o no) usar los pronombres elle/le/elles. Cabe mencionar que algunas personas no binarias se consideran transgénero o trans, como también otros conceptos que les permite dar cuenta que no son parte del binarismo de género (27). ▶ Persona de género diverso: Es un concepto que permite abarcar las identidades y expresiones de género que van más allá del binario cisgénero (femenino/masculino) (177).
PRÁCTICAS LLAMADAS "TERAPIAS DE CONVERSIÓN"	Son intervenciones o métodos de naturaleza amplia, que tienen por factor común que la orientación sexual o identidad de género puede y debe modificarse. Estas acciones generan sufrimiento severo, con consecuencias psicológicas y/o físicas, y se basan en la idea falsa de que las personas con una OSIEGCS diversas se encuentran enfermas. Además de tener consecuencias a la salud, representan una grave amenaza a los derechos humanos (41). En ellas se han identificado, principalmente, tres enfoques: ▶ Psicoterapéuticos. Se apoya en que la diversidad sexual es producto de la educación o experiencia anormal. Incluye: prácticas psicodinámicas, conductuales, cognitivas e interpersonales. También métodos de aversión (la persona es sometida a un estímulo o sensación negativa, dolorosa o angustiante) como descargas eléctricas o drogas que provocan náuseas o parálisis. ▶ Médicos. Postula que la diversidad sexual es una disfunción biológica. Incluye: fármacos hormonales o esteroide. ▶ Basados en la fe y creencias que consideran la diversidad sexual y de género como algo malo y condenable. Este tipo de acciones en salud están prohibidas en Chile.
NO PATOLOGIZACIÓN	Corresponde al derecho de toda persona trans y de género diverso a no ser tratada como enferma, establecido en la Ley 21.120 que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género.
SUBJETIVIDAD	Se comprende como que, a cada persona, le pertenece una narrativa personal, una historia de vida en miras del establecimiento de su propio programa de vida. Mas allá del uso de tecnologías para su transformación, es la propia narrativa la que determina la transformación de los cuerpos y de las personas. De esta forma, la dimensión subjetiva es central para el reconocimiento del devenir de las

	personas trans y de género diverso, en concordancia con el entendimiento no normativo de la identidad y la expresión de género. La visión totalizante e integradora de la persona con experiencia de vida trans y de género diverso en sí determina el respeto por su dignidad y sus derechos.
TÉRMINO	APROXIMACIÓN COMPRENSIVA Y DEFINICIONES
TERRITORIALIDAD	La territorialidad se refiere al grado de control que una persona, grupo social, grupo étnico, compañía multinacional, Estado o bloque de Estados ejerce sobre una determinada porción de espacio geográfico. Este concepto se enriquece con el análisis de Lobato Correa (1996), quien lo describe como el conjunto de prácticas y sus expresiones materiales y simbólicas, que permiten garantizar la apropiación y permanencia de un territorio por parte de un agente social o un Estado, incluidos los diferentes grupos sociales y empresas. Montañez (1998) amplía esta definición al señalar que la territorialidad es una extensión del concepto de territorio, estrechamente vinculada a la noción de Estado. En su visión, la territorialidad se refiere a la acción que consolida la pertenencia y el desarrollo de identidad de un Estado o de una persona sobre un espacio, indicando el nivel de dominio y poder que se puede ejercer sobre dicho territorio. La territorialidad se asocia con la apropiación, la identidad y la afectividad espacial, combinando estos aspectos para definir los territorios como apropiados desde el punto de vista legal, práctico y afectivo (1998) (199,200,201). En el sector salud, la territorialidad también implica la cooperación y la consideración de todos los actores involucrados en la provisión de servicios sanitarios, en cada contexto local, para asegurar el acceso y el bienestar de la población.
VISIBILIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO	Corresponde al reconocimiento legal de su identidad, cuando esto no ocurre y se niega la identidad de las personas trans y de género diverso deja un vacío legal. Esto puede comprometer su derecho a la salud, el acceso a la vivienda, a la libertad de movilización (ingresar o salir de cualquier país) y la seguridad social. Esta falta de reconocimiento alienta y puede recompensar con impunidad los actos de violencia y discriminación contra ellos, conduciendo a situaciones de criminalización de facto (192).

REFERENCIAS

1. Academia Chilena de la Lengua. Sexo, Género y Gramática. Ideas sobre el lenguaje inclusivo. 1a ed. Santiago de Chile: Catalonia; 2020.
2. Aguilera Sanhueza X. ¿Qué es un Sistema de Salud? En: Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud chileno [Internet]. Universidad del Desarrollo. Chile: Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana; 2019 [citado 18 de agosto de 2023]. p. 13-36. (Salud Poblacional). Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
3. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*. julio de 2016;388(10042):412-36.
4. UN. Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people [Internet]. 2015 [citado 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/joint_lgbti_statement_eng.pdf?sfvrsn=fad54fc7_3
5. Echeverría G, Maturana J. Análisis crítico del discurso de políticas públicas en diversidad sexual en Chile. *Universitas Psychologica*. 2015;14(4):1485-98.
6. Relatoría Especial sobre los Derechos Humanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales [Internet]. Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 2020 ago [citado 22 de mayo de 2023]. (OEA/Ser.L/V/II). Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>
7. INJUV. Problemáticas y desafíos de las juventudes en Chile. Evidencias desde las Encuestas Nacionales de Juventud [Internet]. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud; 2021 [citado 5 de junio de 2023]. 214 p. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/injuv_2021_problematicas_y_desafios_de_las_juventudes_en_chile_-1.pdf
8. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*. junio de 2016;144(6):723-33.
9. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *Int J Health Serv*. enero de 2020;50(1):44-61.
10. Martínez C, Tomicic A, del Pino S. Disparidades y barreras de acceso a la salud mental en personas LGBTI+: El derecho a una atención culturalmente competente. En: Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2019 [Internet]. 1a ed. Universidad Diego Portales; 2019 [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/09_Disparidades_y_barreras_de_acceso_a_la_salud_mental_en_personas_LGBTI-1.pdf
11. Alfaro J, Zambrano A. Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile. *Psicol Soc*. agosto de 2009;21(2):275-82.
12. Flores JM, editor. Repensar la psicología y lo comunitario en América Latina [Internet]. 1a ed. Tijuana, México: Centro Latinoamericano de Investigación, Intervención y Atención Psicosocial; 2014 [citado 28 de junio de 2023]. Disponible en: <http://catedralibremartinbaro.org/pdfs/Repensar-la-Psicologia-y-lo-Comunitario-2014.pdf>
13. Flores JM. Psicología y Praxis Comunitaria. Una visión Latinoamericana [Internet]. 1a ed. México: Editorial Latinamericana; 2011 [citado 28 de junio de 2023]. Disponible en: <http://catedralibremartinbaro.org/pdfs/Psicologia-y-PraxisComunitaria-Jorge-Mario-Flores-Osorio.pdf>
14. Hiner H. Tejiendo Resistencias: violencia contra mujeres y sujetos LGBTQIA+ en la Historia Reciente de Chile. *Nomadías*. 11 de septiembre de 2019;(27):51-74.
15. Barrientos J, Guzmán-González M, Urzúa A, Ulloa F. Psychosocial impact of COVID-19 pandemic on LGBT people in Chile. *Sexologies*. 2021;30(1):e35-41.
16. Bühring V, Inostroza C. Ideación e intento suicida en jóvenes lesbianas, gays y bisexuales de Chile: estudio comunitario online. *Revista médica de Chile*. marzo de 2022;150(3):324-30.



ky

17. Bahamondes J, Barrientos J, Guzmán-González M, Garrido-Rojas L, Gómez F, Espinoza-Tapia R. The negative effects of internalized homonegativity on sexual satisfaction: dyadic effects and gender-based differences in Chile. *Journal of Lesbian Studies* [Internet]. 2 de enero de 2023 [citado 30 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10894160.2022.2122197>
18. Radi B. Políticas del conocimiento. Hacia una epistemología trans. En: *Los mil pequeños sexos: Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Tres de Febrero; 2019. p. 27-42.
19. MOVILH. Encuesta Identidad. 2018.
20. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to Health Care for Transgender Individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 1 de abril de 2016;23(2):168-71.
21. Flentje A, Clark KD, Cicero E, Capriotti MR, Lubensky ME, Saucedo J, et al. Minority Stress, Structural Stigma, and Physical Health Among Sexual and Gender Minority Individuals: Examining the Relative Strength of the Relationships. *Ann Behav Med*. 29 de junio de 2022;56(6):573-91.
22. Fredriksen-Goldsen KI, Cook-Daniels L, Kim HJ, Erosheva EA, Emlen CA, Hoy-Ellis CP, et al. Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. *Gerontologist*. junio de 2014;54(3):488-500.
23. Howell J, Maguire R. Seeking help when transgender: Exploring the difference in mental and physical health seeking behaviors between transgender and cisgender individuals in Ireland. *Int J Transgend*. 4 de septiembre de 2019; p20(4):421-33.
24. Andrzejewski J, Pampati S, Johns MM, Sheremenko G, Lesesne C, Rasberry CN. Sexual Behaviors, Referral to Sexual Health Services, and Use of Sexual Health Services Among Transgender High School Students. *J Sch Health*. mayo de 2020;90(5):349-57.
25. Guzmán-González M, Barrientos J, Saiz JL, Gómez F, Cárdenas M, Espinoza-Tapia R, et al. Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista médica de Chile*. agosto de 2020;148(8):1113-20.
26. Barrientos Delgado J, Espinoza-Tapia R, Meza Opazo P, Saiz JL, Cárdenas Castro M, Guzmán-González M, et al. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia psicológica*. diciembre de 2019;37(3):181-97.
27. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*. 19 de agosto de 2022;23(sup1):S1-259.
28. Santander-Morillas K, Leyva-Moral JM, Villar-Salgueiro M, Aguayo-González M, Téllez-Velasco D, Granel-Giménez N, et al. TRANSALUD: A qualitative study of the healthcare experiences of transgender people in Barcelona (Spain). *PLOS ONE*. 3 de agosto de 2022;17(8):e0271484.
29. Consejo de Derechos Humanos. Discriminación y violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género: Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [Internet]. ONU; 2015 may [citado 14 de junio de 2023]. Report No.: A/HRC/29/23. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/557157c44.pdf>
30. Park A, Mendos L. Guiding Principles on the Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex (LGBTI) People in Development Policy and Programs [Internet]. 2018 [citado 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.rfsl.se/wp-content/uploads/2018/11/RFSL_Guiding-Principles_final_digital.pdf
31. Roselló-Peñaloz M, Julio L, Gomez P. Demands for health care and barriers to health care access among transgender and nonbinary people in Chile: A Nationalwide Survey. *Transgender Health*. 2023;1-10.
32. Valenzuela-Valenzuela A, Cartes-Velásquez R. Salud comunitaria, la experiencia de salud trans en el Servicio de Salud Talcahuano, Chile. *Psicoperspectivas*. julio de 2020;19(2):142-53.
33. Ojeda T. Ofertas Terapéuticas, Estilos de Vida y «Cura Gay»; en Chile: Aprendiendo a Ser Heterosexuales. *Psyke*. 2019;28(2):1-13.
34. Ministerio de Salud. Circular B2/N°6 Sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental [Internet]. mar 10, 2023. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/CIRCULAR-B-2-N°C2%B0-6-Sobre-la-proteccion-de-derechos-en-relacion-con-la-OSIEG-en-salud-mental.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/CIRCULAR-B-2-N%C2%B0-6-Sobre-la-proteccion-de-derechos-en-relacion-con-la-OSIEG-en-salud-mental.pdf)



35. Zapata Pizarro A, Muenia Bugueño C, Quiroz Nilo S, Alvarado Villarroel J, Leppes Jenkins F, Villalón Friedrich J, et al. Percepción de la atención de salud de personas transgénero en profesionales médicos y médicas del norte de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. febrero de 2021;86(1):61-7.
36. INJUV. Informe general de resultados. Radiografía de las juventudes [Internet]. 10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022; 2022 nov [citado 5 de junio de 2023]; Instituto Nacional de la Juventud. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/informe_general_de_resultados_-_10ma_encuesta_nacional_de_juventudes.pdf
37. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile /BCN. 2018 [citado 14 de agosto de 2023]. Ley 21.120 reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
38. Kennan R. Chile: Hacia un Estado diverso, inclusivo y sin discriminación [Internet]. Chile: Banco Mundial; 2023 feb [citado 31 de mayo de 2024] p. 41. (Evaluación Social Rápida). Report No.: 185710. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099324411082311972/pdf/IDU0eb243f2701774049890b8b6084b5a1735164.pdf>
39. UN. CEDAW. [citado 20 de junio de 2023]. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
40. Organización de Estados Americanos. Tratados multilaterales. [citado 20 de junio de 2023]. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer «Convención de Belém Do Pará». Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
41. OHCHR. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos. [citado 13 de mayo de 2024]. Práctica de las llamadas “terapias de conversión” Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/reports/practices-so-called-conversion-therapyreport-independent-expert-protection>
42. Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. 2007.
43. Office of the High Commissioner for Human Rights. CCPR Observación general 18. No discriminación [Internet]. 1989 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404.pdf>
44. Ravetllat Ballesté I. Igual de diferentes: la identidad de género de niñas, niños y adolescentes en Chile. *Ius et Praxis*. junio de 2018;24(1):397-436.
45. Espejo Yaksic N, Lathrop Gómez F. Identidad de género, relaciones familiares y derechos de niños, niñas y adolescentes: comentarios al proyecto de ley que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. *Revista de derecho (Coquimbo)*. 2015;22(2):393-418.
46. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Biblioteca del Congreso Nacional. 2022 [citado 28 de junio de 2023]. Ley 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
47. Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 830 promulga Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. sep 27, 1990. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
48. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. UNICEF; 2020 [citado 19 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/sites/unicef.org.chile/files/2020-01/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf
49. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2022 [citado 6 de junio de 2023]. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
50. CIDH. Reconocimiento de Derechos de Personas LGBTI [Internet]. Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 2018 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>
51. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo



- sexo (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos) [Internet]. 2017 nov [citado 25 de agosto de 2023] p. 1-145. (Opinión Consultiva). Report No.: OC-24/17. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/serie_a_24_esp.pdf
52. Moran M. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer [Internet]. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
 53. Bidegain Ponte N. La Agenda 2030 y la Agenda Regional de Género [Internet]. CEPAL; 2017 [citado 10 de agosto de 2023]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41016/S1700105A_es.pdf?sequence=7&isAllowed=y
 54. Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. OHCHR. 2019 [citado 23 de mayo de 2024]. Call for the effective implementation of SDG Goal 3: Removing barriers and closing the gap of health disparities for lesbian, gay, bisexual, trans and gender-diverse people. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2019/10/call-effective-implementation-sdg-goal-3-removing-barriers-and>
 55. Cortez C, Rana TR, Nasir RZ, Arzinos JI. Sexual Orientation and Gender Identity (SOGI) Inclusion and Gender Equality [Internet]. World Bank, Washington, DC; 2023 [citado 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/40384>
 56. Badgett M, Sell R. A Set of Proposed Indicators for the LGBTI Inclusion Index [Internet]. United Nations Development Programme. New York: UNDP; 2018 [citado 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/SPANISH_LGBTI_index.pdf
 57. OECD. Over the Rainbow? The road to LGBTI Inclusion [Internet]. Employment, Labour and Social Affairs/Social Policy Division; 2020 jun [citado 14 de agosto de 2023]. Report No.: Chapter 3. Disponible en: <https://www.oecd.org/chile/OECD-LGBTI-2020-Over-The-Rainbow-CHILE.pdf>
 58. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030 [Internet]. 2022 [citado 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
 59. Heise L, Greene ME, Oppen N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*. junio de 2019;393(10189):2440-54.
 60. APA. American Psychiatric Association. [citado 4 de junio de 2024]. History and Epidemiology. Disponible en: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/history-and-epidemiology>
 61. Suess Schwend A. La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*. 1 de enero de 2020;34:54-60.
 62. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
 63. Departamento de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud. Norma Técnica 0231. Estándares de Información de Salud [Internet]. 2023 [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cens.cl/wp-content/uploads/2023/03/Norma-231-norma-820.pdf>
 64. Bourque S, Butler J, Conway J, Cucchiarini S, Lamas M, Ortner S, et al. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual [Internet]. 1a ed. Lamas M, editor. 1996 [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/bitstream/123456789/154/1/RCIEM135.pdf>
 65. Office of the High Commissioner for Human Rights. Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos [Internet]. 2013 [citado 30 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>
 66. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis. Op Cit Revista del Centro de Investigaciones Históricas. 1 de diciembre de 2002;(14):9-45.

- 67.OMS. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 29 de agosto de 2023]. Género y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- 68.Logie C. The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *Am J Public Health*. julio de 2012;102(7):1243-6.
- 69.Pega F, Veale JF. The Case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to Address Gender Identity. *Am J Public Health*. marzo de 2015;105(3):e58-62.
- 70.American Psychological Association. Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género [Internet]. 2011 [citado 10 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/brochure-personas-trans.pdf>
- 71.Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: True Gender Self child therapy. *Journal of Homosexuality*. 2012;56:337-56.
- 72.Diamond L. Gender fluidity and nonbinary gender identities among children and adolescents. *Child Development Perspectives*. 2020;14(2):110-5.
- 73.American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*. diciembre de 2015;70(9):832-64.
- 74.Mercado-Catriñir X, Alveal-Álamos C, Ketterer-Romero L, Obando-Cid A. Violencias contra mujeres y cuerpos disidentes en gñlumapu: Racismo, violencias coloniales y resistencias múltiples. *Revista de historia (Concepción)*. diciembre de 2022;29(2):309-44.
- 75.Millaleo H. A. Epu Püllü, Epu Pillan y otras temáticas sexo-afectivas en contexto mapuche: un acercamiento al Poyewün. *Estudios atacameños*. 2022;68:0-0.
- 76.Carrasco Gutiérrez AM, Gavilán Vega VT. Género y etnicidad: Ser hombre y ser mujer entre los Aymara del altiplano chileno. *Diálogo andino*. diciembre de 2014;(45):169-80.
- 77.Cea Merino P, Galaz Valderrama C, Molina D, Castro D, Ortega MJ. Una mirada interseccional a las prácticas de salud en Aysén: Procesos de racialización en Chile. *Quaderns de Psicologia*. 2021;23(3):4.
- 78.Lempereur JT, Godoy V, Fischer F, Insunza C, Lazo G. Vivencias de les jóvenes transgénero respecto a su inclusión social en Chile. *Nomadías*. 11 de septiembre de 2019;(27):9-31.
- 79.Espinoza M, Fernández OM, Riquelme N, Irrázaval M, Espinoza M, Fernández OM, et al. La Identidad Transgénero en la Adolescencia Chilena: Experiencia Subjetiva del Proceso. *Psykhé (Santiago)*. diciembre de 2019;28(2):1-12.
- 80.Rafferty J, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health Section on Lesbian Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness, Committee on Adolescence, Yogman M, Baum R, Gambon TB, et al. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*. 1 de octubre de 2018;142(4):e20182162.
- 81.Retamal MD, Rubio WH, Cabalá MA, Arriagada MM, Vargas CR. Incongruencia de género en niñas, niños y adolescentes: intervenciones transafirmativas en Hospital las Higueras Talcahuano: Gender incongruity in girls, boys and adolescents: transaffirmative intervention at Las Higueras Hospital, Talcahuano. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 30 de marzo de 2021;46(1):44-54.
- 82.MOVILH, SENAMA. Recomendaciones para el resguardo de los derechos y el buen trato de las personas mayores LGBTIQ+ en Chile [Internet]. Chile; 2022 [citado 5 de julio de 2024] p. 14. Disponible en: <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2022/06/RECOMENDACIONES-SENAMA-MOVILH.pdf>
- 83.De Blok CJ, Wiepjes CM, Van Velzen DM, Staphorsius AS, Nota NM, Gooren LJ, et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. octubre de 2021;9(10):663-70.
- 84.Pazos M. Diabetes en las personas de la comunidad LGBTIQ [Internet]. [citado 10 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Diabetes-en-las-personas-de-la-comunidad-LGBTIQ.pdf>
- 85.Sarpi-Ramírez K, Carrasco-Portiño M. Consecuencias de las inyecciones cosméticas irregulares en personas trans: una revisión bibliográfica. *Revista Médica del Maule*. 2023;38(2):49-55.
- 86.Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons:



- Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 1 de noviembre de 2017;102(11):3869-903.
87. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer W, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* abril de 2016;23(2):188-97.
 88. National LGBT Health Education Center. Atención afirmativa para personas transgénero y de género no conformista: Las mejores prácticas para el personal de atención de salud de primera línea [Internet]. Boston, USA: The Fenway Institute; 2016 [citado 16 de agosto de 2023] p. 28. Disponible en: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2016/02/SPANISH-Affirmative-Care-for-Transgender-and-Gender-Non-conforming-People.pdf>
 89. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Clifford A. Cultural Competence in Health: A Review of the Evidence. Singapore: Springer; 2018. (SpringerBriefs in Public Health).
 90. Vermeir E, Jackson LA, Marshall EG. Improving Healthcare Providers' Interactions with Trans Patients: Recommendations to Promote Cultural Competence. *Healthc Policy.* agosto de 2018;14(1):11-8.
 91. Melino K, Olson J, Hilario C. A Concept Analysis of Structural Competency. *Advances in Nursing Science.* junio de 2023;46(2):188.
 92. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine.* 1 de febrero de 2014;103:126-33.
 93. Aguilar O, Carrasco MI, García MA, Saldivar A, Ostigüin RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enferm univ* [Internet]. 17 de abril de 2018 [citado 1 de septiembre de 2023];4(2). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/457>
 94. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs.* julio de 2002;13(3):181-4; discussion 200-201.
 95. Sue DW. Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist.* 2001;29(6):790-821.
 96. Iskhakova M, Ott DL. Working in culturally diverse teams: Team-level cultural intelligence (CQ) development and team performance. *Journal of International Education in Business.* 1 de enero de 2020;13(1):37-54.
 97. Garrido R, García-Ramírez M, Balcazar FE. Moving towards Community Cultural Competence. *International Journal of Intercultural Relations.* 1 de noviembre de 2019;73:89-101.
 98. Sundus A, Shahzad S, Younas A. Ethical and culturally competent care of transgender patients: A scoping review. *Nurs Ethics.* 1 de septiembre de 2021;28(6):1041-60.
 99. Hanif W, Ali SN, Patel K, Khunti K. Cultural competence in covid-19 vaccine rollout. *BMJ.* 18 de diciembre de 2020;371:m4845.
 100. Gopalkrishnan N. Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Front Public Health* [Internet]. 19 de junio de 2018 [citado 12 de julio de 2024];6. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2018.00179/full>
 101. Stubbe DE. Practicing Cultural Competence and Cultural Humility in the Care of Diverse Patients. *Focus (Am Psychiatr Publ).* enero de 2020;18(1):49-51.
 102. Pokharel B, Yelland J, Hooker L, Taft A. A Systematic Review of Culturally Competent Family Violence Responses to Women in Primary Care. *Trauma, Violence, & Abuse.* 1 de abril de 2023;24(2):928-45.
 103. Radix A, Maingi S. LGBT Cultural Competence and Interventions to Help Oncology Nurses and Other Health Care Providers. *Semin Oncol Nurs.* febrero de 2018;34(1):80-9.
 104. Brinkman AH, Rea-Sandin G, Lund EM, Fitzpatrick OM, Gusman MS, Boness CL, et al. Shifting the discourse on disability: Moving to an inclusive, intersectional focus. *Am J Orthopsychiatry.* 2023;93(1):50-62.
 105. Black MH, Remnélius KL, Alehagen L, Bourgeron T, Bölte S. From Symptomatology to Functioning - Applying the ICF to Autism Measures to Facilitate Neurodiversity-Affirmative Data Harmonization. *J Autism Dev Disord.* 11 de diciembre de 2023;
 106. Mendoza NS, Moreno FA, Hishaw GA, Gaw AC, Fortuna LR, Skubel A, et al. Affirmative Care Across Cultures: Broadening Application. *Focus (Am Psychiatr Publ).* enero de 2020;18(1):31-9.
 107. González BA, Boloña FI, Delgado JB. Afrontamiento Del Prejuicio De Género En Las Personas Trans y No Binarias En Santiago De Chile: Comparaciones Clínicas y Despliegues

- Identitarios. *Revista Punto Género*. 1 de julio de 2024;(21):481-512.
108. de Vries E, Kathard H, Müller A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Med Educ*. 14 de febrero de 2020;20(1):51.
 109. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. julio de 2016;388(10042):390-400.
 110. WHO. World Health Organization. [citado 12 de julio de 2024]. Gender incongruence and transgender health in the ICD. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
 111. Jenks AC. From «lists of traits» to «open-mindedness»: emerging issues in cultural competence education. *Cult Med Psychiatry*. junio de 2011;35(2):209-35.
 112. Martín MB, Arrosagaray MZ, López-Dicastillo O. Componentes esenciales de organizaciones sanitarias culturalmente competentes: revisión de la literatura. *Horizonte de Enfermería*. 2019;30(1):88-98.
 113. Waters E, Gibbs L, Riggs E, Priest N, Renzaho A, Kulkens M. Cultural Competence in Public Health. En: Quah SR, editor. *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)* [Internet]. Oxford: Academic Press; 2017 [citado 22 de agosto de 2023]. p. 181-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012803678500093X>
 114. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. División de Atención Primaria; 2013 [citado 13 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
 115. Fredriksen-Goldsen KI, Simoni JM, Kim HJ, Lehavot K, Walters KL, Yang J, et al. The Health Equity Promotion Model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Disparities. *Am J Orthopsychiatry*. noviembre de 2014;84(6):653-63.
 116. Rider GN, Vencill JA, Berg DR, Becker-Warner R, Candelario-Pérez L, Spencer KG. The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *Int J Transgend*. 16 de enero de 2019;20(2-3):275-88.
 117. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, Clark LF, Garofalo R, Rosenthal SM, et al. The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn. *Human Development*. 2013;56(5):285-90.
 118. Washington D, Doyle R. Providing Medical Care to Diverse Populations. En: Parekh R, Trinh NHT, editores. *The Massachusetts General Hospital Textbook on Diversity and Cultural Sensitivity in Mental Health* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [citado 13 de julio de 2022]. p. 55-74. (Current Clinical Psychiatry). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-20174-6_4
 119. Barrientos Delgado J, Saiz JL, Guzmán-González M, Bahamondes J, Gómez F, Castro MC, et al. Sociodemographic Characteristics, Gender Identification, and Gender Affirmation Pathways in Transgender People: A Survey Study in Chile. *Arch Sex Behav*. 1 de noviembre de 2021;50(8):3505-16.
 120. Reisner SL, Bradford J, Hopwood R, Gonzalez A, Makadon H, Todisco D, et al. Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health. *J Urban Health*. junio de 2015;92(3):584-92.
 121. Roberts CM, Klein DA, Adirim TA, Schvey NA, Hisle-Gorman E. Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1 de septiembre de 2022;107(9):e3937-43.
 122. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, et al. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 19 de marzo de 2021;9(3):e3477.
 123. Bruce L, Khouri AN, Bolze A, Ibarra M, Richards B, Khalatbari S, et al. Long-Term Regret and Satisfaction With Decision Following Gender-Affirming Mastectomy. *JAMA Surgery*. 1 de octubre de 2023;158(10):1070-7.
 124. Barbee H, Hassan B, Liang F. Postoperative Regret Among Transgender and Gender-Diverse Recipients of Gender-Affirming Surgery. *JAMA Surgery* [Internet]. 27 de diciembre de 2023 [citado 25 de enero de 2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.6052>
 125. Expósito-Campos P, Pérez-Fernández JL, Salaberria K. Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and



- non-binary youth and adults: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. marzo de 2023;100:102229.
126. Martínez C, Tomicic A, Gálvez, C, Rodríguez J, Rosenbaum C, Aguayo F. Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Santiago, Chile: Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP); 2018.
 127. Shelemy L, Cotton S, Crane C, Knight M. Systematic review of prospective adult mental health outcomes following affirmative interventions for gender dysphoria. *International Journal of Transgender Health*. 0(0):1-21.
 128. Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *Anales de Pediatría*. abril de 2022;96(4):349.e1-349.e11.
 129. Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol*. 17 de febrero de 2015;2(2):55-60.
 130. Getahun D, Nash R, D. Flanders, C. Baird T, A. Becerra-Culqui T, Cromwell L, et al. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 10 de julio de 2018 [citado 10 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M17-2785>
 131. Testa RJ, Jimenez CL, Rankin S (Sue). Risk and Resilience During Transgender Identity Development: The Effects of Awareness and Engagement with Other Transgender People on Affect. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 1 de enero de 2014;18(1):31-46.
 132. Alday-Mondaca C, Lay-Lisboa S. The Impact of Internalized Stigma on LGBT Parenting and the Importance of Health Care Structures: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de mayo de 2021;18(10):5373.
 133. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):460-7.
 134. Meyer I, Frost D. Minority stress and the health of sexual minorities. En: Patterson C, D'Augelli A, editores. *Handbook of psychology and sexual orientation*. Oxford University Press. 2013. p. 252-66.
 135. Chambi-Martínez CAA, Moraga-Escobar EI, Peralta-Jiménez GA, Vera-Calzaretta A, Barrientos J, Pihán R, et al. Social Support, Stress and Emotional Symptoms Among LGBTQ+ College Students in Chile. *International Journal of Sexual Health*. 3 de abril de 2022;34(2):277-90.
 136. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*. septiembre de 2003;129(5):674-97.
 137. Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatr Clin North Am*. diciembre de 2016;63(6):985-97.
 138. Kwok DK, Wu J. Chinese attitudes towards sexual minorities in Hong Kong: Implications for mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):444-54.
 139. ONUSIDA. 2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Ginebra: ONUSIDA; 2020.
 140. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 14 de enero de 2016;16(1):2.
 141. Mendoza C, Poggi H, Flores M, Morales C, Martínez-Aguayo A. Quality of Life in Chilean Transgender Children and Adolescents. *Horm Res Paediatr*. 2021;94(9-10):333-42.
 142. Crockett MA, Martínez V, Caviades P. Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking and Experiences with Service Use among LGBT+ University Students in Chile. *Int J Environ Res Public Health*. 9 de diciembre de 2022;19(24):16520.
 143. Ard KL, Keuroghlian AS. Training in Sexual and Gender Minority Health - Expanding Education to Reach All Clinicians. *N Engl J Med*. 20 de diciembre de 2018;379(25):2388-91.
 144. Kcomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call

- to create trans-affirmative environments. *SSM Popul Health*. agosto de 2020;11:100608.
145. Kattari SK, Walls NE, Speer SR. Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Social Services Among Transgender/Gender Nonconforming Individuals by (Dis)Ability. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2017;16(2):116-40.
 146. Stotzer RL, Silverschanz P, Wilson A. Gender identity and social services: Barriers to care. *Journal of Social Service Research*. 2013;39(1):63-77.
 147. Brown A, Rice SM, Rickwood DJ, Parker AG. Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia Pac Psychiatry*. marzo de 2016;8(1):3-22.
 148. Seelman KL, Colón-Díaz MJ, LeCroix RH, Xavier-Brier M, Kattari L. Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults. *Transgend Health*. 1 de febrero de 2017;2(1):17-28.
 149. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 1 de septiembre de 2009;20(5):348-61.
 150. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions. *Soc Sci Med*. diciembre de 2015;147:222-31.
 151. Day M, Flores C. La discriminación que enfrentan personas trans y no binarix en servicios de salud en Santiago, Chile. 2017;35.
 152. Donoso C, Nuñez S, Parra-Villaruel J. Significado que otorgan las personas trans a sus experiencias en la atención en el sistema de salud chileno. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2018;22(2):126-34.
 153. Linker D, Marambio C, Rosales F. 1ra Encuesta para personas Trans y de Género no-conforme en Chile [Internet]. Organización Trans Diversidades (OTD); 2017 [citado 13 de julio de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/DireccindeEstudiosde/1ra-encuesta-para-personas-trans-y-de-gnero-noconforme-en-chile>
 154. Grant JM, Mottet L, Tanis J. Injustice at every turn. A report of the National Transgender Discrimination Survey [Internet]. The National Gay and Lesbian Task Force and the National Center for Transgender Equality; 2011 [citado 13 de julio de 2022]. Disponible en: https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
 155. Zapata Pizarro A, Díaz K, Barra Ahumada L, Maureira Sales L, Linares Moreno J, Zapata Pizarro F, et al. Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*. 2019;147(1):65-72.
 156. Beltrán YA, Flores MA, Beltrán YA, Flores MA. Actitudes y vivencias sobre la diversidad sexual de profesionales de salud de la zona centro-sur de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. agosto de 2022;87(4):254-60.
 157. OPS/OMS. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2013 [citado 23 de mayo de 2024]. CD52/18: Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd5218-abordar-causas-disparidades-cuanto-al-acceso-utilizacion-servicios-salud-por>
 158. Payne EC, Smith M. The Reduction of Stigma in Schools: A New Professional Development Model for Empowering Educators to Support LGBTQ Students. *Journal of LGBT Youth*. 29 de marzo de 2011;8(2):174-200.
 159. Ulrey KL, Amason P. Intercultural communication between patients and health care providers: an exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Commun*. 2001;13(4):449-63.
 160. Escobar Ruiz N, Flores Ferro E, Maureira Cid F, Hadweh Briceño M, González Flores P, Castillo Retamal F, et al. Incidencia de los conocimientos biológicos de la homosexualidad y transexualidad sobre la homofobia y transfobia en estudiantes de educación física de Chile. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2022;(43):1016-24.
 161. Alpert AB, Scout NFN, Schabath MB, Adams S, Obedin-Maliver J, Safer JD. Gender- and Sexual Orientation- Based Inequities: Promoting Inclusion, Visibility, and Data Accuracy in Oncology. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. abril de 2022;42:1-17.
 162. Davy Z, Siriwardena AN. To be or not to be LGBT in primary health care: health care for



- lesbian, gay, bisexual, and transgender people. *Br J Gen Pract.* septiembre de 2012;62(602):491-2.
163. Kano M, Silva-Bañuelos AR, Sturm R, Willging CE. Stakeholders' Recommendations to Improve Patient-centered «LGBTQ» Primary Care in Rural and Multicultural Practices. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(1):156-60.
 164. UN WOMEN. Typology on training for gender equality. UN WOMEN TRAINING CENTRE; 2016.
 165. Diamond LM, Alley J. Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neurosci Biobehav Rev.* julio de 2022;138:104720.
 166. Morenz AM, Goldhammer H, Lambert CA, Hopwood R, Keuroghlian AS. A Blueprint for Planning and Implementing a Transgender Health Program. *Ann Fam Med.* enero de 2020;18(1):73-9.
 167. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023 [citado 14 de septiembre de 2023]. Marco de la OMS para la participación significativa de las personas con enfermedades no transmisibles y afecciones de salud mental y neurológicas. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240073074>
 168. World Health Organization. Implementing citizen engagement within evidence-informed policy-making [Internet]. 2022 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/364361/9789240061521-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 169. Makadon H. Asking Patients Questions about Sexual Orientation and Gender Identity in Clinical Setting [Internet]. The Fenway Institute; 2013 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.lgbtagencycenter.org/resources/pdfs/Fenway%20Institute%20Asking%20Sexual%20Orientation.pdf>
 170. Bates N, Chin M, Becker T, editores. Measuring Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2022 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/26424>
 171. CDC Center for Disease Control and Prevention [Internet]. 2022 [citado 14 de septiembre de 2023]. Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Information. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>
 172. Lau F, Antonio M, Davison K, Queen R, Devor A. A rapid review of gender, sex, and sexual orientation documentation in electronic health records. *J Am Med Inform Assoc.* 16 de septiembre de 2020;27(11):1774-83.
 173. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Sharan P, et al. Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. *Int J Clin Health Psychol.* 2022;22(1):100281.
 174. Knudson GA, Feldman J, Neira P, Fraser L. Closing the gap in education: Raising medical professionals' knowledge and attitudes in transgender health. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 1 de julio de 2023;89:102339.
 175. Leibowitz S, Green J, Massey R, Boleware AM, Ehrensaft D, Francis W, et al. Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health.* 2 de enero de 2020;21(1):111-2.
 176. Cass Review [Internet]. 2024 [citado 19 de julio de 2024]. Final Report. Disponible en: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>
 177. The Fenway Institute. National LGBTQIA+ Health Education Center. 2024 [citado 30 de mayo de 2024]. LGBTQIA+ Glossary of Terms for Health Care Teams » LGBTQIA+ Health Education Center. Disponible en: <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/glossary/>
 178. Experto independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Autonomía e integridad corporal [Internet]. Naciones Unidas; 2021 [citado 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-11/Summary-Bodily-Autonomy-Integrity-SP.pdf>
 179. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. UNESCO Biblioteca Digital; 2006 [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa



180. Couso J. El Niño como Sujeto de Derechos y la Nueva Justicia de Familia. Interés Superior del Niño, Autonomía Progresiva y Derecho a Ser Oído. *Revista Derechos del Niño*. 2006;(Tres y Cuatro):145-66.
181. World Health Organization. Creating healthy life trajectories: universal health coverage and a life course approach [Internet]. 2023 [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-template---uhl-life-course.pdf?sfvrsn=d64aad3_3&download=true
182. GNUDS. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. [citado 14 de diciembre de 2023]. Enfoque para la programación basado en los Derechos Humanos. Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>
183. Subsecretaría de Derechos Humanos. Guía para la incorporación del enfoque de derechos humanos en políticas públicas [Internet]. 2017 [citado 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2020/11/lInformeFinalPP.pdf>
184. OECD. Constituciones en países de la OCDE: Un estudio comparado [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/f88b3115-es>
185. Arriagada-Ramírez A. El cuerpo trans en la práctica clínica. Una aproximación desde la bioética. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2022;1(25):26-38.
186. Pfeiffer ML. Bioética y derechos humanos: una relación necesaria. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2011;2(4):74-84.
187. Rendtorff JD. Principios éticos de la bioética y el bioderecho europeos: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad. *Principia Iuris*. 5 de noviembre de 2020;17(36):55-67.
188. Experto independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Educación Sexual Integral [Internet]. Naciones Unidas; 2021 [citado 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-11/Summary-Comprehensive-Sexuality-Education-SP.pdf>
189. OPS. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [citado 25 de enero de 2024]. Equidad en Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
190. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 1a ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1970.
191. Vega M, Guinsberg L, Boza L. Servicios para sistematización de buenas prácticas sobre participación social en salud mental y buenas prácticas para abordar el estigma en la salud mental implementadas a nivel nacional, regional o local entre 2015 y 2021. Chile: Ministerio de Salud; 2023.
192. UN Independent Expert on protection against violence and discrimination against, violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. Report on Gender Identity [Internet]. UN; [citado 23 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/GenderIdentityReport_SOGI.pdf
193. Hankivsky O, Grace D, Hunting G, Giesbrecht M, Fridkin A, Rudrum S, et al. An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*. 10 de diciembre de 2014;13(1):119.
194. UN Women. Handbook on gender mainstreaming for gender equality results [Internet]. UN System Coordination Division. UN Women office publishing: Headquarters Offices; 2022 [citado 15 de julio de 2024]. 101 p. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-02/Handbook-on-gender-mainstreaming-for-gender-equality-results-en.pdf>
195. CONAPRED J, editor. Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2016.
196. Gupta M, Madabushi JS, Gupta N. Critical Overview of Patriarchy, Its Interferences With Psychological Development, and Risks for Mental Health. *Cureus*. 2023;15(6):e40216.
197. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H, et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *The Lancet*. junio de 2019;393(10190):2535-49.
198. World Health Organization. Gender Mainstreaming in Health. 2001 ene p. 28. Report No.: SEA-WHD-11.



199. Sack R. El significado de la territorialidad. En: Región e Historia de México (1700-1850). Instituto Mora, UAM. México: Antologías Universitarias; 1991.
200. Martínez Valle L. Apuntes para pensar el territorio desde una dimensión social. Ciências Sociais Unisinos. 24 de mayo de 2012;48(1):12-8.
201. Rodríguez Valbuena D. Territorio y territorialidad: Nueva categoría de análisis y desarrollo didáctico de la Geografía. Rev. Fac. Educ. Univ. Antioquía. 2010;10(3):6-7.
202. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 24 julio 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381746/9789240112360-eng.pdf?sequence=1>
203. Kelton K. Estigma y falta de acceso a atención sanitaria de calidad en la población transgénero. Cureus [Internet]. 2024 abr 25 [citado 2025 jul 24];16(4):e56284. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11554244/>





Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Vº
JEFATURA
DIPRECEI