



## GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 2076

Bogotá, D. C., viernes, 29 de noviembre de 2024

EDICIÓN DE 40 PÁGINAS

DIRECTORES:

SAÚL CRUZ BONILLA

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO (e)

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

## PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE – PRIMERA VUELTA  
PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 23 DE 2024 SENADO - 272 DE 2024  
CÁMARA

*por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales.*

Bogotá, D.C. Noviembre de 2024

Honorable Senador

**ARIEL FERNANDO ÁVILA MARTÍNEZ**

Presidente

Comisión Primera Constitucional Permanente

Honorable Senador

**CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE**

Vicepresidente

Comisión Primera Constitucional Permanente

Doctora

**YURI LINETH SIERRA TORRES**

Secretaría General

Comisión Primera Constitucional Permanente

**Ref.:** Informe de ponencia positiva para primer debate – primera vuelta Proyecto de Acto Legislativo 023 de 2024 Senado - 272 de 2024 Cámara *“Por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales”.*

De conformidad con la designación realizada por la mesa directiva, rindo ponencia positiva para primer debate – primera vuelta Proyecto de Acto Legislativo 023 de 2024 Senado - 272 de 2024 Cámara *“Por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales”.*

Cordialmente,

**CARLOS ALBERTO BENAVIDES MORA**

Senador de la República

Ponente Único

## INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE- PRIMERA VUELTA

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO N° 023 DE 2024 SENADO - 272 DE 2024  
CÁMARA

*“Por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales”*

## CONTENIDO

- I. Presentación y Antecedentes
- II. Contenido de la iniciativa de reforma constitucional.
- III. Justificación de la iniciativa de reforma constitucional.
- IV. Declaración de impedimentos (Artículo 3 Ley 2003 de 2019).
- V. Análisis de impacto fiscal de la iniciativa de reforma constitucional (Artículo 7 Ley 819 de 2003).
- VI. Proposición.
- VII. Texto propuesto para primer debate - primera vuelta.

## I. PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES

El 03 de septiembre de 2024, fue radicado en la Secretaría General de la Cámara de Representantes el proyecto de Acto Legislativo 272 de 2024 Cámara, por los siguientes congresistas:

**HH.SS** Efraín José Cepeda Sarabia, Ariel Fernando Ávila Martínez, Imelda Daza Cotes, Robert Daza Guevara, Jael Quiroga Carrillo, Mauricio Gómez Amin, Aída Marina Quilcué Vivas, Julián Gallo Cubillos, Isabel Cristina Zuleta López, Carlos Alberto Benavides Mora, Yuly Esmeralda Hernández Silva, Paulino Riascos Riascos, Alejandro Alberto Vega Pérez, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Julio Elías Vidal, Germán Alcides Blanco Álvarez, Gloria Inés Flórez Schneider, Andrea Padilla Villarraga, Nadya Georgette Blie Scaf, José Vicente Carreño Castro y María José Pizarro Rodríguez.

<p><b>HH.RR</b> Ingrid Johana Aguirre Juvinao, Jorge Alejandro Ocampo Giraldo, Jaime Raúl Salamanca Torres, Ana Paola García Soto, Erick Adrián Velasco Burbano, Gersel Luis Pérez Altamiranda, Karyme Adrana Cotes Martínez, Etna Tamara Argote Calderón, Delcy Esperanza Isaza Buenaventura, Susana Gómez Castaño, Gabriel Becerra Yañez, Leyla Marleny Rincón Trujillo, Luis Alberto Albán Urbano, Betsy Judith Pérez Arango, Eduard Giovanni Sarmiento Hidalgo, David Alejandro Toro Ramírez, Pedro José Suárez Vacca, Jorge Andrés Cancimance López, Carmen Felisa Ramírez Boscán, Leider Alexandra Vásquez Ochoa, Gerson Lisímaco Montaña Arizala, Marelen Castillo Torres, Norman David Bañol Álvarez, David Ricardo Racero Mayorca, Hernando González, Jorge Alberto Cerchiaro Figueroa, Ermes Evelio Pete Vivas, Wilmer Yair Castellanos Hernández, Gildardo Silva Molina, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Gabriel Ernesto Parrado Durán, Gloria Elena Arizabaleta Corral, Gilma Díaz Arias, Erika Tatiana Sánchez Pinto, John Jairo González Agudelo, Luis David Suárez Chadid, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Cristóbal Caicedo Angulo, Piedad Correal Rubiano, Hugo Alfonso Archila Suárez, James Hermenegildo Mosquera Torres, Duvalier Sánchez Arango, Santiago Osorio Marín, Jairo Humberto Cristo Correa, Juliana Aray Franco, Lina María Garrido Martín, Héctor Mauricio Cuéllar Pinzón, Armando Antonio Zabarain de Arce, Astrid Sánchez Montes De Oca, Dorina Hernández Palomino, Orlando Castillo Advincula, Fernando David Niño Mendoza, Alirio Uribe Muñoz, William Ferney Aljure Martínez, María Fernanda Carrascal Rojas, Andrés David Calle Aguas, Pedro Baracutao García Ospina, Juan Daniel Peñuela Calvache, Juan Manuel Cortés Dueñas, Mary Anne Andrea Perdomo, Ángela María Vergara González, Jorge Hernán Bastidas Rosero, Diógenes Quintero Amaya, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Andrés Guillermo Montes Celedón, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Yenica Sugein Acosta Infante, Yulieth Andrea Sánchez Carreño, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Luis Eduardo Díaz Mateus, Juan Fernando Espinal Ramírez, Hugo Danilo Lozano Pimiento, Alexander Guarín Silva, Ruth Amelia Caycedo Rosero, Juan Pablo Salazar Rivera, Juan Carlos Wills Ospina, Luz Ayda Pastrana Loaiza, Oscar Rodrigo Campo Hurtado, Adriana Carolina Arbeláez Giraldo y Flora Perdomo Andrade.</p> <p>Esta reforma constitucional posee el consenso de 105 congresistas, de todos los partidos políticos, como se evidencia en el texto original publicado en la Gaceta N° 1300 de 2024 Cámara. Se resalta que el texto de Acto Legislativo cumple con las disposiciones contenidas en los artículos 222, 223 y 223 de la Ley 5 de 1992.</p> <p>- <b>Trámite Cámara de Representantes</b></p>	<p>La Mesa directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, a través del Acta 008 de 2024, designó a los Honorables Representantes Alejandro Ocampo Giraldo y Karyme Adrana Cotes Martínez como Coordinadores Ponentes del Proyecto de Acto legislativo, junto con Duvalier Sánchez Arango, Gersel Luis Pérez Altamiranda, Ana Paola García Soto, Luis Alberto Albán Urbano, Marelen Castillo Torres, Juan Daniel Peñuela Calvache, Miguel Abraham Polo Polo y José Jaime Uscátgeui Pastrana, como ponentes de la reforma constitucional. Posteriormente, el 16 de septiembre, fue adicionado como ponente el Representante Diógenes Quintero Amaya.</p> <p>La Comisión Primera de Cámara de Representantes le dio debate el 01 de octubre de 2024, en donde se discutieron y votaron impedimentos. El debate del Proyecto continuó el 16 de octubre, cuando fue aprobado por la Comisión. La mesa directiva designó los mismos ponentes para el segundo debate en Plenaria de la Cámara de Representantes.</p> <p>El 12 de noviembre de 2024, fue aprobado en segundo debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes el proyecto de reforma constitucional en mención con una proposición avalada de la H.R Piedad Correal Rubiano, en la cual se plasmó la no retroactividad de la mesada 14 pensional para los docentes.</p> <p>- <b>Trámite Senado de la República</b></p> <p>Al realizar su tránsito legislativo en el Senado de la República, la Secretaria general de la célula legislativa en mención le asignó el número 023 de 2024 Senado al proyecto de reforma constitucional y fue enviado a la Comisión Primera del Senado de la República para iniciar su respectivo trámite.</p> <p>La Mesa directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, a través del Acta MD-27 de noviembre de 2024, designó al H.S Carlos Alberto Benavides Mora como ponente de la reforma constitucional.</p> <p><b>II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA DE REFORMA CONSTITUCIONAL</b></p> <p>La presente iniciativa de reforma constitucional tiene como objetivo devolver la mesa 14 a los educadores y las educadoras oficiales que se encuentren o llegaren a estar en goce de asignación de retiro, goce de pensión, o sus beneficiarios. Los docentes a los que les aplica el presente acto legislativo son los dispuestos en la Ley 91 de 1989 que crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y que</p>
<p>establece la existencia de docente nacional, nacionalizado y territorial. Según esta disposición normativa, se entiende por<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Personal nacional</b> aquellos docentes vinculados por nombramiento del Gobierno Nacional;</li> <li>- <b>Personal nacionalizado</b>, los que fueron vinculados por nombramiento de la entidad territorial con anterioridad al 1 de enero de 1976 y, los vinculados a partir de esa fecha, de conformidad a lo dispuesto en la Ley 43 de 1975.</li> <li>- <b>personal territorial</b>, son aquellos vinculados por nombramiento de la entidad territorial a partir del 1 de enero de 1975, sin el cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 43.</li> </ul> <p>Para ello, se consagran los siguientes dos (02) artículos que disponen:</p> <p>Artículo 1: Adiciona un párrafo al artículo 48 de la Constitución Política, estableciendo la excepción para recibir la mesada 14 por parte de los educadores y las educadoras oficiales.</p> <p>Artículo 2: Establece la vigencia de la reforma constitucional.</p> <p><b>III. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA DE REFORMA CONSTITUCIONAL</b></p> <p><b>a) Contexto general</b></p> <p>El reconocimiento y pago de la denominada mesada catorce en favor de los educadores y las educadoras oficiales, mantiene un estímulo por los servicios prestados a la nación en pro de la educación estatal, por su compromiso con el país durante décadas, lo cual se hace extensivo a sus beneficiarios. Este reconocimiento podría beneficiar a cerca de 60mil docentes que hoy se encuentran pensionados y contribuiría al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de los educadores y las educadoras oficiales que gozan de asignación de retiro y/o pensión de invalidez, y sus familias, en caso de pensión de sobrevivientes y/o sustitución pensional.</p> <p>La mesada adicional consagrada en el artículo 142 de la Ley 100 de 1993 se concibió en su momento como un mecanismo de compensación por la pérdida de poder adquisitivo de las pensiones en razón de la inflación<sup>2</sup>. Este beneficio se otorgó</p>	<p>a todos los pensionados, salvo las excepciones expresamente consagradas en el artículo 279 de la Ley 100, dentro de las cuales se contempla a los afiliados del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio creado por la Ley 91 de 1989.</p> <p>No obstante, la Corte Constitucional al examinar la constitucionalidad del artículo 142 de la Ley 100 de 1993, mediante Sentencia C-409 de 1994 (MP. Hernando Herrera Vergara), hizo extensivo el beneficio de la mesada adicional a todos los pensionados sujetos a la Ley 100 de 1993, por considerar que las disposiciones acusadas incurrieran en "una clara violación a la prohibición de consagrar discriminaciones en el mismo sector de pensionados, otorgando privilegios para unos en detrimento de los otros, al restringir el ejercicio del derecho a la misma mesada adicional, sin justificación alguna".</p> <p>Es pertinente señalar que los pensionados del magisterio tenían derecho a la pensión adicional según el artículo 142 de la ley 100 de 1993. No obstante, este beneficio pensional, en virtud del Acto legislativo 01 de 2005, fue suprimido por el Congreso de la República, señalando esta disposición que:</p> <p>"Las personas cuyo derecho a la pensión se cause a partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán recibir más de trece (13) mesadas pensionales al año. Se entiende que la pensión se causa cuando se cumplen todos los requisitos para acceder a ella, aun cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento".</p> <p>De esta forma, se presenta una variación para los docentes, por lo cual después del Acto Legislativo 01 de 2005, los docentes vinculados antes del 01 de enero de 1981 al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que no son acreedores de la pensión de gracia<sup>3</sup>. Por esta disposición, se estableció que la mesada 14 para docentes aplicaría hasta el 31 de julio de 2011 para personas que devengaran una pensión igual o inferior a 3 SMMLV y con cuantía superior solo percibirían 13 mesadas.</p>

1. Sección Segunda del Consejo de Estado. Magistrado Ponente Carmelo Perdomo Cueter. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=81244>

<sup>2</sup> Artículo 142 Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"

3. Tribunal Administrativo de Boyacá. Sala de Decisión No. 3. Magistrado Ponente: Jose Ascención Fernandez Osorio. Radicado: 150013333010-2020-00157-01

**b) Glosario de términos aplicables al Acto Legislativo**

Para efectos de interpretar conceptualmente el presente Acto Legislativo, se aplicará de manera armónica lo dispuesto en la Ley 91 de 1989, donde se entiende lo siguiente:

*“Personal nacional. Son los docentes vinculados por nombramiento del Gobierno Nacional.*

*Personal nacionalizado. Son los docentes vinculados por nombramiento de entidad territorial antes del 1 de enero de 1976 y los vinculados a partir de esta fecha, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 43 de 1975.*

*Personal territorial. Son los docentes vinculados por nombramiento de entidad territorial, a partir del 1 de enero de 1976, sin el cumplimiento del requisito establecido en el artículo 10 de la Ley 43 de 1975.”*

**c) El régimen especial de seguridad social en pensiones aplicable a los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales**

De acuerdo con el párrafo transitorio 1° del Acto Legislativo 01 de 2005, el derecho a la pensión de jubilación de los maestros oficiales se encuentra regulado en dos regímenes diversos: **El primero**, está comprendido por las normas que se encontraban en vigor antes de la expedición de la Ley 812 de 2003 y, en particular, por el artículo 15 de la Ley 91 de 1989 y el artículo 115 de la Ley 115 de 1994. Este régimen es aplicable a los docentes que se vincularon al servicio con anterioridad a la entrada en vigor del artículo 81 de la mencionada Ley. **El segundo**, es el previsto en la Ley 100 de 1993, salvo en lo referente a la edad de pensión, la cual será de 57 años para hombres y mujeres. Este régimen es aplicable a los docentes que se vincularon al servicio con posterioridad a la entrada en vigor del artículo 81 de la Ley 812 de 2003.

**i) Normas previas a la Ley 812 de 2003**

En virtud de la lucha histórica de los y las docentes en pro de condiciones laborales y de vejez digna, el Congreso de la República, a través de la Ley 91 de 1989, creó un régimen especial para atender las prestaciones sociales de los docentes por medio del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, cuyo objetivo, como lo establece el artículo 5 de la citada Ley, son:

1. Efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado.
2. Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.
3. Llevar los registros contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de los aportes y garantizar un estricto control del uso de los recursos y constituir una base de datos del personal afiliado, con el fin de cumplir todas las obligaciones que en materia prestacional deba atender el Fondo, que además pueda ser utilizable para consolidar la nómina y preparar el presupuesto en el Ministerio de Hacienda.
4. Velar para que la Nación cumpla en forma oportuna con los aportes que le corresponden e igualmente transfiera los descuentos de los docentes.
5. Velar para que todas las entidades deudoras del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, cumplan oportunamente con el pago de sus obligaciones.

Este régimen especial al momento del trámite de la Ley 100 de 1993 se mantuvo, puesto que la intención del legislador en su momento fue claramente la de proteger los derechos adquiridos de este sector de trabajadores en materia pensional. Es menester resaltar que la Corte Constitucional, por medio de la sentencia C-461 de 1995, consideró que dicho trato diferencial es justificado y ajustado a la Constitución Política de 1991.

**ii) Normas posteriores a la Ley 812 de 2003**

En materia pensional, la Ley 812 de 2003, que entró en vigencia el 26 de junio de 2003, dispuso en el artículo 81: “(...) Los docentes que se vinculen a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, serán afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y tendrán los derechos pensionales del régimen pensional de prima media establecido en las Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003, con los requisitos previstos en él, con excepción de la edad de pensión de vejez que será de 57 años para hombres y mujeres. (...)”.

A su vez, el artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9 de la Ley 797 de 2003, estableció como exigencia que el solicitante debe “(...) haber cotizado un mínimo de mil (1000) semanas en cualquier tiempo. A partir del 1o. de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará en 50 y a partir del 1o. de enero de 2006 se incrementará en 25 cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015”.

De ahí, los presupuestos para acceder a la pensión de vejez del régimen del magisterio son:

- i) 57 años de edad para hombres y mujeres.

- ii) 1000 semanas cotizadas en cualquier tiempo, que a partir de 2005 aumentarán así:

Año	Semanas cotizadas	Año	Semanas cotizadas
2003	1000	2010	1175
2004	1000	2011	1200
2005	1050	2012	1225
2006	1075	2013	1250
2007	1100	2014	1275
2008	1125	2015	1300
2009	1150		

**d) Acto Legislativo 01 de 2005: “Por el cual se adiciona el artículo 48 de la Constitución Política”**

El Acto Legislativo 01 de 2005 adicionó varios incisos al artículo 48 de la Constitución, introduciendo cambios importantes en el sistema de pensiones del país. El objetivo principal fue ajustar las obligaciones pensionales del Estado para garantizar su viabilidad a largo plazo. Esto significó la afectación de diversos sectores, incluyendo a los docentes del magisterio:

*“Las personas cuyo derecho a la pensión se cause a partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán recibir más de trece (13) mesadas pensionales al año. Se entiende que la pensión se causa cuando se cumplen todos los requisitos para acceder a ella, aun cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento”.*

Con esta redacción, los docentes cuyos derechos a pensión se causaron después de la promulgación del mencionado Acto Legislativo, fueron limitados a 13 mesadas anuales.

El Acto Legislativo contemplaba una excepción transitoria, vigente hasta el 31 de julio de 2011, que establecía una excepción para los pensionados que recibían una pensión igual o inferior a tres salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV), quienes pueden seguir recibiendo la mesada adicional, si esta se causa antes de la fecha mencionada.

**e) Acto legislativo 01 de 2024: Por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política, se reconoce la mesada catorce para la fuerza pública y se dictan otras disposiciones**

Este acto legislativo reinstauró la Mesada 14 para ciertos grupos: a los veteranos de las fuerzas militares, a los policías y a los civiles que han trabajado en el sector de defensa. Así mismo, se establecieron requisitos a los militares, quienes deben tener 20 años de servicio, mientras que los policías 25 años; los civiles deben haber trabajado en el sector de defensa antes de 1994.

Se estima que el costo fiscal de esta iniciativa ronda los \$849.000 millones de pesos al año y beneficiaría a más de 89 mil miembros de las fuerzas militares y policiales.

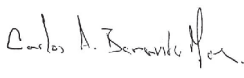
El restablecimiento de la Mesada 14 para esta población implica el reconocimiento simbólico de la importancia de la fuerza pública para el país, reconociendo su servicio con una compensación adicional.

**f) Necesidad de la mesada 14 para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales**

El concepto de la mesada 14, también conocida como la "prima de mitad de año", no es nuevo en el ámbito laboral colombiano. Históricamente este beneficio se otorgaba a ciertos pensionados, pero fue eliminado con el Acto Legislativo 01 de 2005 que limitó las mesadas anuales a trece para garantizar la sostenibilidad del sistema pensional.

Recientemente, el Acto Legislativo 01 de 2024 reinstauró la mesada 14 para los miembros de las fuerzas militares y policiales, destacando el reconocimiento del Estado hacia estos servidores públicos.

Otros servidores públicos que merecen el mismo reconocimiento de quienes mantienen el orden en el país son los educadores, quienes desempeñan un papel crucial en la formación de las futuras generaciones, contribuyendo al desarrollo social y económico. Su labor es un pilar fundamental para el progreso y la cohesión social. Si se reconoce el trabajo de las fuerzas militares con la restauración de esta mesada adicional, es innegable que el reconocimiento y beneficio debería hacerse extensivo a los educadores, quienes también realizan una labor esencial y demandante. La mesada 14 sería un complemento significativo que mejoraría el bienestar económico de los maestros; una inversión valiosa y trascendental, invertir en los educadores es invertir en el futuro del país.

<p>Es importante mencionar que la mesada catorce de los docentes no fue eliminada en su totalidad, lo que presupone una desigualdad material entre sujetos de derechos iguales, en el parágrafo transitorio 6° del Acto Legislativo No. 01 del 2005, se menciona que: <i>"Parágrafo transitorio 6o. Se exceptúan de lo establecido por el inciso 8o. del presente artículo, aquellas personas que perciban una pensión igual o inferior a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes, si la misma se causa antes del 31 de julio de 2011, quienes recibirán catorce (14) mesadas pensionales al año"</i>.</p> <p>De manera que, a partir del 25 de julio del 2005, fecha en la cual se publicó el Acto Legislativo No. 01 del 2005, las personas que adquieran el derecho a la pensión recibirán un máximo de trece mesadas al año, con la excepción establecida en el parágrafo 6° transitorio, que, evidentemente, también está restringida en el tiempo y en sus destinatarios.</p> <p>Entonces, los docentes oficiales que causen su derecho a la pensión de jubilación o de vejez a partir del 25 de julio del 2005, fecha de entrada en vigencia del Acto Legislativo No. 01 del 2005, no podrán recibir la mesada adicional del mes de junio creada por el artículo 142 de la ley 100 de 1993; con la salvedad del parágrafo transitorio 6° del mencionado acto legislativo.</p> <p>Por tanto, si existen docentes actualmente que reciben 14 mesadas anuales, el consejo de estado fue preciso en expresar que "la iniciativa fue muy clara en el sentido de aplicar a un grupo de pensionados unos beneficios; de este modo, el texto aprobado muestra que con él se permite el reconocimiento de la mesada adicional a los sectores de pensionados exceptuados"</p> <p>La corte constitucional en la sentencia 080 de 1999, menciona que:</p> <p><i>"Con base en los anteriores criterios, la Corte concluyó que, por ejemplo, la exclusión de la mesada pensional adicional prevista por la Ley 100 de 1993 a ciertos maestros desconocía la igualdad, por cuanto estos no gozaban, dentro de su régimen especial, de ningún beneficio similar o equivalente 'que obre como compensación por el deterioro que causa la inflación sobre el poder adquisitivo de las pensiones... 8. El análisis precedente muestra que, conforme a la jurisprudencia de la Corte, en principio no es posible comparar las prestaciones individuales de los regímenes especiales de seguridad social frente a la regulación establecida por el sistema general de pensiones o de salud. Sin embargo, en algunos casos, y de manera excepcional, es procedente un examen de igualdad. Para tal efecto, se requiere que se trate de una prestación claramente separable del conjunto de beneficios previstos por el régimen, en la medida en que tiene una suficiente autonomía y no se encuentra indisolublemente ligada a otras prestaciones (...)"</i></p>	<p>De lo cual se puede deducir la existencia de la desigualdad dentro del propio régimen especial del magisterio. Por ende, y en reconocimiento del fundamental aporte que hacen los maestros y maestras al País, se debe comenzar a redistribuir los beneficios a todos los docentes bien sea nacionales, nacionalizados o territoriales.</p> <p>En tales circunstancias, y teniendo en cuenta que no podemos desconocer el principio de igualdad estipulado en el artículo 13 de la constitución política:</p> <p><i>"Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan"</i></p> <p>Es menester, el principio de la igualdad implica que no se consagren en favor de algunas personas privilegios que no se conceden a otros que se encuentran en idénticas circunstancias.</p> <p>Por su parte, la jurisprudencia ha aclarado el alcance del principio de la igualdad para destacar que es objetivo y solo es predicable de la identidad entre iguales, pues se desvirtuaría si se aplicara entre desiguales, así: <i>"Ese principio de la igualdad es objetivo y no formal; él se predica de la identidad de los iguales y de la diferencia entre los desiguales. Se supera así el concepto de la igualdad de la ley a partir de la generalidad abstracta, por el concepto de la generalidad concreta, que concluye con el principio según el cual no se permite regulación diferente de supuestos iguales o análogos y prescribe diferente formación a supuestos distintos. Con este concepto sólo se autoriza un trato diferente si está razonablemente justificado. Se supera también, con la igualdad material, el igualitarismo o simple igualdad matemática."</i></p> <p>Así las cosas, no solo por reconocimiento a la labor desempeñada sino al cumplimiento del mandato constitucional es necesario incluir en entre las excepciones de mesa catorce a todos maestros oficiales sin distinción alguna.</p> <p><b>IV. CONFLICTOS DE INTERÉS</b></p> <p>El artículo 3° de la Ley 2003 del 19 noviembre de 2019 <i>"Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5a de 1992 y se dictan otras disposiciones"</i>, establece la obligación</p>
<p>a los autores y autoras de las iniciativas de reforma constitucional de presentar en la exposición de motivos la descripción de las posibles circunstancias en las que se pueda generar un conflicto de interés de los y las Congresistas de la República de Colombia para la discusión y votación del proyecto, por ello se plasma expresamente que:</p> <p>El presente proyecto de acto legislativo <b>NO</b> genera conflictos de interés, puesto que este proyecto encaja en las excepciones que consagra la Ley 2003 de 2019: <i>"Cuando el congresista participe discuta vote proyectos de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir, cuando el interés del Congresista coincide o se fusione con los intereses de sus electores"</i>.</p> <p><b>V. ANÁLISIS DE IMPACTO FISCAL DE LA INICIATIVA DE REFORMA CONSTITUCIONAL (ARTÍCULO 7 LEY 819 DE 2003)</b></p> <p>Teniendo presente que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público como ente rector de la política fiscal tiene la obligación de emitir un concepto de impacto fiscal sobre la iniciativa de reforma constitucional, el día 04 de septiembre de 2024 fue radicado a los Ministerios de Hacienda y Educación Nacional las respectivas solicitudes de conceptos institucionales sobre el texto radicado.</p> <p>Según la información suministrada por el Ministerio de Educación Nacional, actualmente hay 250.237 docentes pensionados por el FOMAG, de los cuales el 35% (87.583) , ya reciben la mesada 14 pensional, es decir, que esta reforma constitucional está luchando para que el 65% (162.654) restante obtengan el beneficio.</p> <p>Ahora bien, teniendo presente la población del 65% de los docentes, las variables utilizadas por el Ministerio de Educación Nacional y el FOMAG, estiman que el costo total de la mesada 14 docente para el 2024 es de \$575.934.780.416.</p>	<p><b>VI. PROPOSICIÓN</b></p> <p><b>Por lo expuesto anteriormente, me permito rendir ponencia positiva y propongo a la Comisión Primera del Senado de la República dar PRIMER DEBATE en Primera Vuelta</b> al Proyecto de Acto Legislativo 023 de 2024 Senado - 272 de 2024 Cámara <i>"Por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales"</i>, conforme al texto propuesto.</p> <p>Cordialmente;</p> <p></p> <p><b>CARLOS ALBERTO BENAVIDES MORA</b> Senador de la República <b>Ponente Único</b></p>

**VII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE- PRIMERA VUELTA**

**PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO N°023 de 2024 SENADO – 272 DE 2024**  
**CÁMARA**

*“Por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales.”*

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

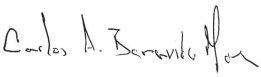
**DECRETA:**

**ARTÍCULO 1º.** Adiciónese un párrafo al artículo 48 de la Constitución Política, así:

(...)

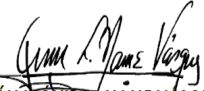

**Parágrafo 4.** Los y Las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales que se encuentren o llegaren a estar en goce de pensión de jubilación, vejez o invalidez, o sus sobrevivientes, accederán a la mesada catorce de acuerdo al régimen especial y exceptuado del Sistema General de Pensiones del Magisterio de Colombia.

**ARTÍCULO 2º. VIGENCIA.** El presente Acto Legislativo rige a partir de su promulgación, no tendrá efectos retroactivos y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.



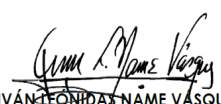

**CARLOS ALBERTO BENAVIDES MORA**  
Senador de la República  
Ponente Único

**INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 192 DE 2024 SENADO**  
*por medio del cual la nación le rinde honores al poeta Porfirio Barba Jacob y se dictan otras disposiciones.*

<p>Bogotá D.C., 28 de noviembre de 2024</p> <p>Honorable Senador <b>EFRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA</b> Presidente Senado de la República Ciudad</p> <p><b>REF:</b> Informe de ponencia positiva para segundo debate en Senado al Proyecto de ley No. 192/2024 Senado: "POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"</p> <p>En cumplimiento de la designación que la Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional del Senado de la República y de conformidad con los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5 de 1992, de la manera más atenta y dentro del término establecido para tal efecto, procedemos a rendir Informe de <b>PONENCIA POSITIVA</b> para su segundo debate en la Comisión Segunda Constitucional Permanente, del Proyecto de Ley no. 192/2024: "POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".</p> <p>De los honorables Congressistas,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>IVÁN LEÓNIDAS NAME VÁSQUEZ</b> SENADOR DE LA REPUBLICA Coordinador Ponente</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>NICOLÁS ECHEVERRY ALVARÁN</b> SENADOR DE LA REPUBLICA Ponente</p> </div> </div>	<p><b>La presente ponencia consta de las siguientes partes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trámite legislativo y antecedentes</li> <li>2. Objeto, contenido y justificación del proyecto de ley</li> <li>3. Impacto fiscal</li> <li>4. Conflicto de interés</li> <li>5. Proposición</li> <li>6. Texto propuesto</li> </ol> <p><b>1. Trámite Legislativo y Antecedentes</b></p> <p>El presente proyecto de ley, de iniciativa congresional, fue radicado el día veintiocho (28) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024), ante la Secretaría General del Senado de la República, por la honorable Senadora Berenice Bedoya Pérez. El Proyecto de ley se le asignó el número 192 de 2024 Senado "POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".</p> <p>Por designación de la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional Permanente del Senado de la República, se designó para rendir informe de ponencia en primer debate a los honorables senadores, Iván Leónidas Name Vásquez - coordinador ponente; Nicolás Echeverry Alvarán - ponente, mediante oficio CSE-CS-0487-2024, y es aprobado en primer debate el 06 de noviembre de 2024 en Comisión Segunda</p> <p><b>2. Objeto, Contenido y Justificación del Proyecto de Ley</b></p> <p><b>2.1 Objeto</b></p>
---	---

<p>El presente proyecto de ley busca que la Nación y el Congreso de la Republica honren la valiosa contribución del poeta, escritor, periodista y cronista Porfirio Barba Jacob, cuyo nombre de pila fue Miguel Ángel Osorio Benítez, a la literatura antioqueña, colombiana y latinoamericana, quien nació en el corregimiento de Hoyorrico, municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, el 29 de julio de 1883, descubriendo su vena literaria en Angostura, donde vivió con sus abuelos y se conserva parte del legado de su obra. Falleció en Ciudad México, el 14 de enero de 1942.</p> <p><b>2.2 Contenido</b></p> <p>El proyecto de ley consta de 8 artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 1°. Objeto.</li> <li>• Artículo 2°. Preparación de edición compilatoria de la obra del poeta Porfirio Barba Jacob.</li> <li>• Artículo 3°. Creación del Premio Nacional de Poesía "Porfirio Barba Jacob"</li> <li>• Artículo 4°. Plan de recuperación y restauración patrimonial.</li> <li>• Artículo 5°. Instalación de placa en inmueble de nacimiento del Poeta Porfirio Barba Jacob.</li> <li>• Artículo 6°. Realización, producción y transmisión de documental histórico del Poeta Porfirio Barba Jacob.</li> <li>• Artículo 7°. Incorporal dentro del presupuesto general de la Nación, partidas presupuestales, para el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley.</li> <li>• Artículo 8°. Vigencia.</li> </ul> <p><b>2.3. Justificación</b></p> <p><b>2.3.1 Aspectos biográficos de "Porfirio Barba Jacob"</b></p> <p>Miguel Ángel Osorio Benítez nació el 29 de julio de 1883 en la aldea minera de</p>	<p>Hoyorrico, en la comprensión de Santa Rosa de Osos, que era por entonces capital de provincia. Es el quinto hijo de los esposos Antonio María Osorio Parra y Pastora Benítez Cadavid, quienes eran, por aquella época, maestros de escuela. A los pocos días de nacido, el niño Miguel Ángel fue entregado a sus abuelos paternos, Emigdio Osorio Ruiz y Benedicta Parra Giraldo, raizales del pueblo minero de Angostura, en la vertiente de la capital provinciana. En esta población el pequeño es criado por sus abuelos y al abrigo también de su tía Rosario, hermana de su padre. Estudia en la escuela primaria del pueblo durante cinco años, se nutre de las enseñanzas del maestro Gregorio y del espíritu del campo en la granja de su abuelo y tío, situadas a orillas del Tenche y San Pablo, frontera con Anorí.</p> <p>A los doce años conoce propiamente sus padres quienes habían viajado a Bogotá pocos meses después de su nacimiento, permanece menos de un año y se matricula en la escuela normal, a la que renuncia para volver a Angostura. El poco afecto que le muestran sus progenitores lo fuerzan a regresar al lado de la abuela Benedicta.</p> <p>A su regreso intenta proseguir los estudios en la institución paralela en la capital en Antioquia aprovechando la acogida transitoria que ofreció su tío Eladio Osorio, pero los interrumpió a causa de la guerra de los mil días.</p> <p>Es reclutado por el gobierno conservador y recorre el país durante año y medio, obtiene algunos rangos militares no propiamente por su comportamiento heroico, sino por su gran habilidad, inteligencia e imaginación para describir los pormenores de la campaña. Terminada la guerra, regresa a Angostura y funda allí una sociedad educadora denominada: Colegio inicial para enseñar los primeros rudimentos a los niños reciben sus lecciones: entre otros, Alfonso Mora Arango quien se distinguió después como gran filólogo y fundador de la Biblioteca de la U de A, Jesús Mora Carrasquilla, pionero de la industria en Antioquia, Joaquín Arias, prolífico compositor, entre muchos otros.</p> <p>Lee ávidamente en compañía de sus condiscípulos, Francisco Jaramillo</p>
<p>Medina, Francisco Mora Carrasquilla, Ricardo Hernández, Ricardo Rada, Roberto Vélez, Juan de Dios Trujillo, Luis Felipe Trujillo. Funda la sociedad "Amigos del Progreso", cuyos objetivos eran los de crear salones de lectura e intensificar esta práctica en todo el pueblo. A los espacios por él creados, acudían sus amigos y campesinos de la región.</p> <p>Escribe sus primeros poemas impregnados de romanticismo. Es concejal de su pueblo Angostura. Funda por el año de 1903 sus primeros periódicos: "El Trabajo", "La Luz" y "El Estudio" donde reseña la cotidianidad del pueblo, promueve desde ellos sus ideas sobre la educación influido en las lecturas roussonianas. Escribe la novela "Virginia" que describe un episodio romántico entre el enamorado Maín Ximénez (su primer seudónimo), y la bella Virginia, cuyos escenarios son el paisaje de las granjas familiares. La lectura de la obra suscitó gran controversia entre las almas municipales que la tacharon de escandalosa, el alcalde D. Constantino Balvin, ordenó su decomiso con la consideración de que era "un atentado contra las sanas costumbre".</p> <p>Viaja nuevamente a Bogotá e intenta por el año de 1904, fundar la revista "El Cancionero Antioqueño", revista quincenal de la que alcanzó a sacar catorce números y le pide colaboración a sus más ilustres contemporáneos, Antonio J. Cano, Baldomero Sanín Cano, Francisco Rodríguez Moya..., pero no tuvo mucha acogida, no le fue bien con este proyecto y regresa nuevamente a Angostura.</p> <p>A mediados de ese año, recibe un nombramiento de maestro de escuela en Santa Rosa que se prolonga hasta el año de 1905, pues al final de ese año regresa a su pueblo para acompañar a la abuela quien fallecía en diciembre. Atribulado por la pérdida, en compañía de los suyos y de su novia Teresita Jaramillo Medina, disipa un tanto su soledad, pero no del todo.</p> <p>A comienzos del año de 1906, realiza el censo de población en Angostura,</p>	<p>y a mediados de ese año, emprende el largo viaje, por la ruta del Nechí, Cauca y Magdalena, hasta llegar a Barranquilla, lugar en el que, a manera de ritual, el Caribe le arrebató uno de sus zapatos errantes, para consolidar así su transformación en el poeta Ricardo Arenales. Es en Barranquilla donde da el primer paso de su larga enraciada. En esta ciudad inicia propiamente la carrera de poeta, con los amigos que hace allí, Leopoldo de la Rosa, Miguel Rasch Isla, Félix Fuenmayor, Lino Torregrosa, Hermes Zepeda... Inaugura la primera tertulia que se da en esa ciudad, y que sirve de antecedente a "La Cueva", que años más tarde animó García Márquez.</p> <p>Escribe, por el año de 1907 en esa ciudad los poemas: "Mi vecina Carmen", "La tristeza del camino", y "La Campaña Florida", entre otros, publicados en los periódicos de Barranquilla. El Siglo y Rigoletto y en "La Quincena" de San Salvador. En tierras aledañas donde la mar se desborda hasta bañar de espuma los malecones, se rastrea igualmente la publicación de Parábola del retorno y El corazón rebotante, en las que el dolor apenas y se percibe entre tanto sosiego propiciado por la exuberante naturaleza que rodea al poeta, quien logra describir con mucha precisión las sensaciones que le imprimen cada paisaje endémico de nuestra América.</p> <p>"El alma traigo ebrai de aroma de rosales Y del temblor extraño que dejan los caminos... A la luz de la luna las vacas maternales Dirigen tras mi sombra sus ojos opalinos".</p> <p>Ese mismo año abandona a Colombia siguiendo la vía de Costa Rica, Jamaica y Cuba, hacia México. De la capital, se dirige a Monterrey en 1908, donde lo acoge el general Bernardo Reyes, padre de Alfonso Reyes, muy cercano al poeta y aquel muy cercano al dictador Porfirio Díaz.</p>

<p>Allí se hace conocer con el seudónimo de Ricardo Arenales que adoptó en Barranquilla, en recuerdo de sus dos grandes amigos de la infancia: Ricardo Hernández y Mariana Arenas, vive cinco años dedicado al periodismo en el El Espectador de esa ciudad y a publicar en la revista Contemporánea sus poemas, en 1913, sale huyendo en la revolución que promueve el general Huerta contra Madero quien sucedió a P. Díaz en 1911. Al salir de Monterrey se trasladó a San Antonio de Texas donde se había refugiado también el general Reyes por un breve tiempo.</p> <p>A su regreso por 1914, funda el diario Churubusco, rabiosamente antinorteamericano, partidario de Victoriano Huertas, ataca las políticas de intromisión del gobierno de esa potencia que por esa época Wilson Woods. Y en defensa de México.</p> <p>Agitado ese país por entonces y en medio de las luchas, teme por su vida y sale de este rumbo a Guatemala cuando Venustiano Carranza depone a Huerta. Allí conoce a Rafael Arévalo Martínez, joven escrito y entrañable amigo de toda la vida, quien admiraba la poesía de Ricardo Arenales. La personalidad de nuestro poeta lo inspiró de tal forma, que escribió el cuento "El Hombre que parecía un caballo", que lo hizo célebre, para mostrar el alma del extraño señor de Aretal, el enigmático Ricardo Arenales.</p> <p>Regresa a Cuba por el año de 1915. Escribe en la Habana los poemas que habrían de inmortalizarlo. "La canción de la vida Profunda", "Un Hombre", "Elegía de Septiembre", "Lamentación de Octubre". Se encuentra en esta ciudad con el joven poeta Juan Bautista Jaramillo Mesa y el escultor Marco Tobón Mejía, sus paisanos.</p> <p>Entre 1915 a 1918, recorre, escribe y funda, por tierra de Centroamérica ("Honduras, Nicaragua, El Salvador"), periódicos, revistas, y alienta con sus poemas hondos y musicales, una gran devoción por su obra. En 1917 cuando se encuentra en el El Salvador, experimenta el terror que causa el</p>	<p>terremoto que destruye esa ciudad y que lo describió en un denso relato dedicado al presidente D. Carlos Meléndez que gobernaba por esa época.</p> <p>Regresa a México, y por el año de 1918, funda en Quintana Roo, el periódico "El Territorial" En 1919, funda "El Porvenir" en Monterrey, periódico que sigue vivo ("Una estela en mármol de Federico Cantú simboliza la presente eterna en Barba Jacob") y poderoso y en manos de la familia Cantú Leal, cercanos y providentes con nuestro poeta.</p> <p>Por el año de 1920, está al servicio del periódico " El Espectador" de la ciudad de México que hizo famoso por sus crónicas sensacionalistas, fantasmagorías de sus noches bohemias en el viejo palacio de la Nunciatura, con sus amigos Leopoldo de la Rosa y el salvadoreño Toño Salazar, reconocido caricaturista.</p> <p>En Guadalajara y por mediación de su amigo hondureño Rafael Heliodoro Valle, quien era maestro y estaba radicado desde tiempo atrás en México, logró con el gobernador Badillo quien había sido su condiscípulo, el nombramiento de director de la Biblioteca estatal de Guadalajara.</p> <p>Recorre durante meses países centroamericanos y en 1925, en la Habana, participa como militante de izquierda en el grupo socialista que se levanta contra la dictadura de Machado, Harían parte de ese grupo José Antonio Mella, Juan Marinelo, Zacarías Talet, entre otros.</p> <p>En 1926 va al Perú a trabajar en La Prensa de Lima. Augusto Leguía el dictador de entonces le acoge y apoya y quiere que escriba su biografía y lo muestre con el perfil de S. Bokvar, Barba se niega, y cesa el apoyo y el contrato.</p> <p>Al comienzo de año 1927, se embarca por el Puerto de El Callado y regresa por Buenaventura a Colombia. Vive en Manizales en la casa de su amigo</p>
<p>de la Habana, Juan Bautista Jaramillo Mesa, va a Ibagué donde su hermana Mercedes Osorio, recorre el país dando recitales, es el poeta de Colombia, así lo dicen sus contemporáneos, Maya y Valencia, en 1908, trabaja en los diarios el Espectador y El Tiempo en Bogotá, dejo huella.</p> <p>Regresa por donde vino y vuelve por cuarta vez, a La Habana por el año de 1930. A los amigos que encuentra, se les suma García Lorca quien está por aquella época de visita en América. Nuevamente en México, por los años de 1931 – 1932, vuelve a Monterrey pretendiendo fundar la revista Atalaya que no finalizó. Va a Chilpancingo como profesor, pero rápidamente lo corrieron de ese empleo, como dicen en México, duro muy poco tiempo en ese encargo. Por esa época se advierte ya su cansancio y su enfermedad. Se recluye en el hospital de los ferrocarriles con la ayuda de muchos de sus amigos. Y otros, para contribuir a su restablecimiento, publica en México un libro de poemas "Canciones y Elegías", que reúne treinta poemas y muchas dedicatorias. Y Rafael Arévalo, en Guatemala, a su vez, publica "Rosas Negras" uno de los títulos de sus prefacios para la obra "perfecta" a la que inspiraba, pero que no logró salir de los "limbos del sueño". Jaramillo Mesa, en Manizales, publicaba, sin permiso del poeta, "La Canción de la Vida Profunda y otros Poemas". Los tacho de "Libros de cocina". La desilusión con tanta contrariedad lo enfermó más. Cuando logra reanimarse y entra a trabajar en el gran diario Excelsior donde funda, el suplemento Últimas Noticias, periódico vespertino, e inaugura una columna, "Perifonemas" que se hizo famosa por su pluma y por mantener al día a los mexicanos, en todos los aspectos de la política doméstica y del mundo, labor que realizó por cerca de cuatro años, publicaciones que lo enfrentaba al grupo de El Nacional muy cercano a las políticas del presidente Lázaro Cárdenas y a las posiciones que sostenía el líder de izquierda y sindicalista Vicente Lombardo Teledano...</p> <p>Floreció durante estos l esperanza de una nueva restauración, aunque ya</p>	<p>muy minado en su salud, sostenía el empeño de cometer empresas literarias que había dejado trunacas: "Niñez", que debía ser como el testamento de su generación; un libro que, desde su estancia en Colombia, había también mencionado con el título del "Viaje a Sopetrán". Nunca salió. Igual que su libro de poemas que acarició con títulos como "poemas intemporales y muchos otros", que tampoco publicó, lo hicieron sus amigos en 1944, dos años después de su muerte. "Oh viento desmelenado..."</p> <p>Cartas numerosas aparecen por estos años a sus amigos colombianos Jaramillo Mesa, Francisco Mora Carrasquilla..., centroamericanos, y a su entrañable, el poeta Enrique González Martínez, Leonardo Shafick, Rafael Heliodoro Valle y Arévalo Martínez, su amigo de Guatemala. Cartas todas que muestran, sus sueños, sus temores, sus penurias, y la angustia frente a la muerte que veía llegar. Pero también su estoicismo frente a ELLA ("que no faltará a la cita")</p> <p>El 14 de enero de 1942 en la calle de López, Nro. 89, víctima de la tuberculosis que lo afectaba desde los tiempos de Bogotá, falleció. "Decid cundo yo muera"</p> <p><b>2.3.2 Obras y Compilaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campiña Florida (Barranquilla, 1907).</li> <li>• Canciones y elegías (México,1933).</li> <li>• Rosas Negras (Guatemala, 1933) ISBN 84-7575-281-0.</li> <li>• Poemas Intemporales (México,1994).</li> <li>• Antorchas contra el viento (Bogotá,1944)</li> <li>• Obras completas Rafel Montoya y Montoya, Ediciones Académicas 1968.</li> <li>• Porfirio Barba Jacob, Poeta de la Muerte, German Posada Mejía Instituto Caro y Cuervo 1970.</li> <li>• La vida Profunda, Alfonso Duque Maya y Eutimio Prada Fonseca, 1973.</li> <li>• El Corazón Humillado, Editorial Bedout 1973.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Poemas Fernando Vallejo (editor). Procultura. (Bogotá, 1986). Reeditado como Poesía completa. Fondo de Cultura Económica (Bogotá, 2006). ISBN 958-38-0129-1.</li> <li>Antología S. Ernesto Ojeda (editor). Editorial Panamericana (Bogotá, 1994). ISBN 958-30-0168-6.</li> <li>Rosas negras (antología hecha por Luis Antonio de Villena) Mestral Poesía. (Valencia, España, 1988).</li> <li>Porfirio Barba Jacob, alto poeta de América y el mundo. Antología por Arcelio Ramírez Castrillón. (Esmeraldas, Ecuador, 1988).</li> </ul> <p><b>2.3.3 Biografía y Ensayos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vida de Porfirio Barba Jacob, J.B. Jaramillo Mesa, Ed. Kelly, 1994.</li> <li>Síntesis de una Existencia, por Adonáis Jaramillo, Revista Pluma 1983.</li> <li>Porfirio Barba Jacob, Obra Selectas, Carlos Jiménez Gómez, BCH, Bogotá con un Prólogo de Alberto Bernal Ramírez.</li> <li>BARBA JACOB EL MENSAJERO, Biografía de Barba Jacob, Fernando Vallejo. Editorial Séptimo Circulo, México, 1984.</li> <li>El Hombre que parecía un fantasma, Manuel Mejía Vallejo, BPP, 1984.</li> </ul> <p><b>2.3.4 Otros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El terremoto de San Salvador: narración de un superviviente (San Salvador, El Salvador, 1917).</li> <li>Parte de sus escritos periodísticos, referidos a la ciudad de México, y en particular cerca de cinco años desde 1936 a 1941, fueron compilados por el escrito y periodista manizaleño Eduardo García Aguilar, FdeC, 2009, 587 páginas, referidas a su traba Excélsior, principal periódico de México.</li> </ul> <p><b>3. Impacto Fiscal</b></p> <p>El presente Proyecto de Ley cumple con lo estipulado en la Constitución</p>	<p>Política, en especie el Artículo 154, que no incluye esta clase de proyectos en la cláusula de competencia exclusiva del Gobierno nacional, lo cual se encuentra reglamentado en el Artículo 142 de la Ley 5 de 1995, por lo que conlleva a un impacto fiscal, debido a que el articulado ordena gasto Público, cumpliendo con lo estipulado en la Ley 819 de 2003.</p> <p><b>4. Conflicto de Intereses</b></p> <p>Contrastado lo ordenado en el Artículo 1° y 3° de la Ley 2003 de 2019, los artículos 286 y 291 de la Ley 5 de 1992 (Reglamento del Congreso), y conforme con el objetivo de la presente iniciativa, se puede concluir que no hay motivos que puedan generar un conflicto de interés para presentar esta iniciativa de Ley. Esto, tomando en consideración que no existe situación que pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.</p>
<p style="text-align: center;"><b>PROPOSICIÓN</b></p> <p>Por todas las consideraciones anteriores y con base en lo dispuesto por la Constitución Política y la Ley 5a de 1992, solicitamos a la Plenaria del senado de la República, dar segundo debate y aprobar la Ponencia al Proyecto Ley número 192/2024 Senado, "POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".</p> <p>De los honorables Congresistas,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">   <b>IVÁN LEÓNIDAS NÁME VÁSQUEZ</b>              SENADOR DE LA REPUBLICA              Coordinador Ponente         </div> <div style="text-align: center;">   <b>NICOLÁS ECHEVERRY ALVARÁN</b>              SENADOR DE LA REPUBLICA              Ponente         </div> </div>	<p style="text-align: center;"><b>TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 192/2024 SENADO</b></p> <p style="text-align: center;"><i>"POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"</i></p> <p style="text-align: center;"><b>El Congreso de Colombia, DECRETA:</b></p> <p><b>Artículo 1°. Objeto.</b> La Nación y el Congreso de la República honrarán la valiosa contribución del poeta, escritor, periodista y cronista Porfirio Barba Jacob, cuyo nombre de pila fue Miguel Ángel Osorio Benítez, a la literatura antioqueña, colombiana y latinoamericana, quien nació en el corregimiento de Hoyorrico, municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, el 29 de julio de 1883, descubriendo su vena literaria en Angostura, donde vivió con sus abuelos y se conserva parte del legado de su obra. Falleció en Ciudad de México, México, el 14 de enero de 1942.</p> <p><b>Artículo 2°.</b> Se autoriza al Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes para que, a través del Instituto Caro y Cuervo, en asocio con la Academia Colombiana de la Lengua, preparen una edición compilatoria de la obra del poeta Porfirio Barba Jacob, cuya difusión estará a cargo de la Biblioteca Nacional de Colombia a través de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas y la Embajada de Colombia en México.</p> <p><b>Artículo 3°.</b> El Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes Creará el Premio Nacional de Poesía "Porfirio Barba Jacob", el cual se realizará de manera bianual, asignándole una suma de dinero para el participante seleccionado y garantizando la publicación de la obra, cuya difusión estará a cargo de la Biblioteca Nacional de Colombia a través de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas.</p> <p><b>Artículo 4°.</b> El Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, a través del instituto</p>



Colombiano de Antropología e Historia (ICANH) y la Dirección de Patrimonio e Historia, realizará una valoración de las condiciones arquitectónicas de la Casa Museo Porfirio Barba Jacob, del municipio de Angostura, Antioquia, para aplicar un plan de recuperación y restauración patrimonial.

**Artículo 5°.** La Nación, a través del Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, instalará una placa en el inmueble en donde nació el poeta Porfirio Barba Jacob, en el corregimiento de Hoyorrico, municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, y en la Casa Museo Porfirio Barba Jacob, en el municipio de Angostura, Antioquia.


**Artículo 6°.** RTVC – Sistema de Medios Públicos, a través del Canal Institucional y señal Colombia, coordinarán la realización, producción y transmisión de un documental que recopile la historia y sus aportes a la literatura colombiana y latinoamericana del poeta Porfirio Barba Jacob.

**Artículo 7°.** Autorícese al Gobierno Nacional para que incorpore dentro del presupuesto general de la Nación las partidas presupuestales necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley.

**Artículo 8°. Vigencia.** La presente Ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

  
**IVÁN LEONIDAS NAME VÁSQUEZ**  
SENADOR DE LA REPUBLICA  
Coordinador Ponente

  
**NICOLÁS ECHEVERRY ALVARÁN**  
SENADOR DE LA REPUBLICA  
Ponente

**TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE**

**COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

**PROYECTO DE LEY No. 192 de 2024 Senado**

**"POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**Artículo 1°. Objeto.** La Nación y el Congreso de la República honrarán la valiosa contribución del poeta, escritor, periodista y cronista Porfirio Barba Jacob, cuyo nombre de pila fue Miguel Ángel Osorio Benítez, a la literatura antioqueña, colombiana y latinoamericana, quien nació en el corregimiento de Hoyorrico, municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, el 29 de julio de 1883, descubriendo su vena literaria en Angostura, donde vivió con sus abuelos y se conserva parte del legado de su obra. Falleció en Ciudad de México, México, el 14 de enero de 1942.

**Artículo 2°.** Se autoriza al Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes para que, a través del Instituto Caro y Cuervo, en asocio con la Academia Colombiana de la Lengua, preparen una edición compilatoria de la obra del poeta Porfirio Barba Jacob, cuya difusión estará a cargo de la Biblioteca Nacional de Colombia a través de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas y la Embajada de Colombia en México.

**Artículo 3°.** El Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes Creará el Premio Nacional de Poesía "Porfirio Barba Jacob", el cual se realizará de manera bianual, asignándole una suma de dinero para el participante seleccionado y garantizando la publicación de la obra, cuya difusión estará a cargo de la Biblioteca Nacional de Colombia a través de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas.

**Artículo 4°.** El Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, a través del instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH) y la Dirección de Patrimonio e Historia, realizará una valoración de las condiciones arquitectónicas de la Casa Museo Porfirio Barba Jacob, del municipio de Angostura, Antioquia, para aplicar un plan de recuperación y restauración patrimonial.

**Artículo 5°.** La Nación, a través del Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, instalará una placa en el inmueble en donde nació el poeta Porfirio Barba Jacob, en el corregimiento de Hoyorrico, municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, y en la Casa Museo Porfirio Barba Jacob, en el municipio de Angostura, Antioquia.


**Artículo 6°.** RTVC – Sistema de Medios Públicos, a través del Canal Institucional y señal Colombia, coordinarán la realización, producción y transmisión de un documental que recopile la historia y sus aportes a la literatura colombiana y latinoamericana del poeta Porfirio Barba Jacob.

**Artículo 7°.** Autorícese al Gobierno Nacional para que incorpore dentro del presupuesto general de la Nación las partidas presupuestales necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley.


**Artículo 8°. Vigencia.** La presente Ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

**COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

El texto transcrito fue el aprobado en primer debate en Sesión Ordinaria de la Comisión Segunda del Senado de la República del día seis (06) de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024), según consta en el Acta No. 12 de Sesión de esa fecha.

  
**JOSE LUIS PÉREZ OYUELA**  
Senador de la República  
  
Presidente  
Comisión Segunda  
Senado de la República

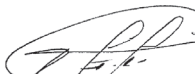
**IVÁN CEPEDA CASTRO**  
Vicepresidente  
Comisión Segunda  
Senado de la República

  
**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**  
Secretario General  
Comisión Segunda  
Senado de la República

Comisión Segunda Constitucional Permanente

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2024

AUTORIZAMOS EL PRESENTE INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PRESENTADO POR LOS HONORABLES SENADORES IVÁN LEONIDAS NAME VÁSQUEZ (Coordinador) y NICOLÁS ECHEVERRY ALVARÁN, AL PROYECTO DE LEY No. 192/2024 Senado "POR MEDIO DEL CUAL LA NACIÓN LE RINDE HONORES AL POETA PORFIRIO BARBA JACOB Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", PARA SU PUBLICACIÓN EN LA GACETA DEL CONGRESO.

  
**JOSE LUIS PÉREZ OYUELA**  
Senador de la República  
Presidente  
Comisión Segunda  
Senado de la República




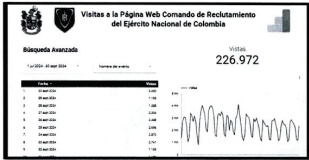
**IVÁN CEPEDA CASTRO**  
Vicepresidente  
Comisión Segunda  
Senado de la República

  
**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**  
Secretario General  
Comisión Segunda  
Senado de la República

# INFORMES

## INFORMES AL CONGRESO MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

### (IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 2341 DE 2023)

<div style="text-align: center;">  <p><b>Defensa</b></p> </div> <p><b>29 de noviembre de 2024</b></p> <p> <b>Firmado digitalmente</b>  <b>NO. RS20241129177784</b></p> <p>Bogotá D.C.</p> <p>Señores  <b>DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ</b>                  Secretario                  Comisión Segunda Senado  <a href="mailto:comision_segunda@senado.gov.co">comision_segunda@senado.gov.co</a>, <a href="mailto:comsegundsenado@yahoo.es">comsegundsenado@yahoo.es</a></p> <p><b>JUAN CARLOS RIVERA PEÑA</b>                  Secretario                  Comisión Segunda Cámara de Representantes  <a href="mailto:comision_segunda@camara.gov.co">comision_segunda@camara.gov.co</a></p> <p><b>Asunto:</b> Tercer Informe al Congreso de la República implementación de la Ley 2341 de 2023</p> <p>Respetados Secretarios, cordial saludo:</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2341 de 2023 "Por medio de la cual se establecen disposiciones especiales para resolver la situación militar de mayores de (24) años y los estudiantes universitarios que hayan superado los cinco (5) semestres de la carrera y se dictan otras disposiciones", que en su artículo 3, parágrafo 2, establece:</p> <p><b>Artículo 3. Cuota Única de Compensación Militar para mayores de veinticuatro (24) años, o estudiantes de carreras universitarias que cursen más de cinco (5) semestres.</b>                  (...)</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Defensa Nacional enviará un informe trimestral al Congreso de la República sobre la implementación de lo dispuesto en la presente ley incluyendo la población beneficiada y el recaudo conseguido. Dicho informe será presentado en una sesión ordinaria ante las Comisiones Segundas Constitucionales.</p> <p>Esta Secretaría presenta el Tercer Informe Trimestral de implementación de la norma de la referencia, de acuerdo con los insumos suministrados<sup>1</sup> en los siguientes términos:</p> <p><b>Actividades realizadas por parte del Comando de Reclutamiento y Control de Reservas del Ejército Nacional – COREC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de capacitaciones por parte del Comando de Reclutamiento y Control de Reservas al personal uniformado, Comandantes de Zona y de Distrito Militar sobre la normatividad y el procedimiento para la</li> </ul> <p><small><sup>1</sup> Oficio del Comando de Comando de Reclutamiento y Control Reservas (COREC) con radicado N° 2024380003198981: MDN-COGFM-COEIC-SECEL-IEMGF-COREC-EVASE-2957.</small></p>	<div style="text-align: center;">  <p><b>Defensa</b></p> </div> <p><b>29 de noviembre de 2024</b></p> <p><b>NO. RS20241129177784</b></p> <p>aplicación de la Ley 2341 de 2023. Como constancia de lo anterior mediante acta N° 2024380008455456 del 23 de julio del y del presente año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la presente campaña se realizaron láminas, videos y sinergias para publicarlas a través de redes sociales y medios de comunicación, con el fin de entregar de forma sencilla al ciudadano, la información requerida de los beneficios de la Ley 2341 de 2023 así:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Video donde se muestra el avance de la jornada de definición de la situación militar en el departamento de Vaupés el día 13 de septiembre de 2024, disponible en el siguiente enlace <a href="https://x.com/reclutamientoco/status/1834307243069567302?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ">https://x.com/reclutamientoco/status/1834307243069567302?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ</a></li> <li>• Pieza gráfica donde se muestra el paso a paso para inscribirse en la jornada de definición de la situación militar en el departamento de Vaupés, la cual se llevó a cabo entre los días 09 al 13 de septiembre de 2024, disponible en el siguiente enlace <a href="https://x.com/reclutamientoco/status/1831733491312083128?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ">https://x.com/reclutamientoco/status/1831733491312083128?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ</a></li> <li>• Pieza gráfica donde se realiza la convocatoria de la jornada de definición de la situación militar en el departamento de Guaviare la cual se llevó a cabo los días 02 al 06 de septiembre de 2024, disponible en el siguiente enlace <a href="https://x.com/reclutamientoco/status/1830970230652449093?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ">https://x.com/reclutamientoco/status/1830970230652449093?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ</a></li> <li>• Pieza gráfica donde se realiza la difusión de la Carpeta Ciudadana Digital donde se encuentra publicada toda la información que se requiere para la definición de la situación militar. . disponible en el siguiente enlace <a href="https://x.com/reclutamientoco/status/1826658088394637599?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ">https://x.com/reclutamientoco/status/1826658088394637599?s=46&amp;t=zOqNlpttAmdSEKuhdML5wQ</a></li> </ul> </li> <li>- De otra parte, el reporte realizado por el Comando de Reclutamiento y Control de Reservas del Ejército Nacional muestra que, durante el periodo de julio a septiembre, se obtuvo un total de 226.972 visitas a la página web donde los temas más consultados fueron la aplicabilidad de la Ley 2314 de 2023 y las exoneraciones establecidas en dicha Ley.</li> </ul> <div style="text-align: center;">  <p><small>Pública Reservada</small></p> </div>
--	---



**Defensa**

**29 de noviembre de 2024**

**NO. RS20241129177784**

**Valor total recibido por concepto de cuota única de compensación militar**

- Con corte al 30 de septiembre de 2024, el Ministerio de Defensa Nacional ha recibido MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE (\$1.247.049.000,00), que corresponden al pago de cuota de compensación militar de 7.690 ciudadanos beneficiados por la Ley 2341 de 2023.

Por último, se solicita de manera respetuosa que este Informe sea remitido a las y los congresistas que hacen parte de las Comisiones Segundas de Senado y Cámara de Representantes por su intermedio.

Cordialmente,



**ALEXANDRA PAOLA GONZALEZ ZAPATA**  
 Secretaria De Gabinete

# INFORMES MESA TÉCNICA

## INFORME MESA TÉCNICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 001 DE 2024 SENADO HONORABLE SENADORA LORENA RÍOS CUÉLLAR

*por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones ¡Con los niños NO te metas!*

<p>Bogotá, D.C. noviembre 26 de 2024</p> <p>Senadora <b>NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF</b> Presidente de la Comisión Séptima Constitucional</p> <p>Doctor <b>PRÁXERE JOSÉ OSPINO REY</b> Secretario Comisión Séptima Constitucional</p> <p>Asunto: Presentación Informe Técnico al Proyecto de Ley No. 001 de 2024 "Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones" ¡Con los niños NO te metas!</p> <p>Respetada presidente,</p> <p>En el marco de la rendición del informe de ponencia del Proyecto de Ley No. 001 de 2024 "Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones" ¡Con los niños NO te metas!, me permito dejar a consideración de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, informe técnico correspondiente a la Audiencia Pública realizada el pasado 09 de septiembre de 2024 y a la Mesa Técnica del 27 de septiembre del presente, con el fin de ser publicado en la Gaceta del Congreso ya sea dentro del acta de esta sesión o como un concepto técnico adicional al proyecto de ley.</p> <p>Con sentimiento de consideración y respeto.</p>  <p><b>LORENA RÍOS CUÉLLAR</b> Senadora de la República Partido Colombia Justa Libres</p>	<p>Contenido</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. OBJETO .....2</li> <li>2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY .....2</li> <li>3. CONCEPTOS Y TÉRMINOS .....5</li> <li>4. CONSIDERACIONES CIENTÍFICAS .....6</li> <li>5. MARCO TEÓRICO DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Epidemiología De Población Trans En Colombia .....6</li> <li>6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISFORIA DE GÉNERO .....8</li> <li>7. RELACIONES CAUSALES QUE DESENCADENA LOS SÍNTOMAS LA DISFORIA DE GÉNERO .....9</li> <li>8. TRASTORNOS ASOCIADOS A LA DISFORIA DE GÉNERO .....12</li> <li>9. RUTA DE AFIRMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFORIA DE GÉNERO (PROCESO DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO) .....12</li> <li>10. CONSECUENCIAS DE LA RUTA AFIRMATIVA DE GÉNERO .....20</li> <li>11. IMPOSIBILIDAD DE OTORGAR UN CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO FRENTE A LA REALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO .....32</li> <li>12. VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA AL UTILIZAR TRATAMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO .....36</li> <li>13. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL .....45</li> <li>14. FORMA EN LA QUE EL PROYECTO DE LEY DESARROLLA Y PROTEGE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS .....72</li> <li>15. INTERPRETACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES E INTERNACIONALES .....84</li> <li>16. JUSTIFICACIÓN DE LA PROHIBICIÓN DE REALIZAR EXPERIMENTOS .....86</li> <li>17. AFECTACIÓN DEL DERECHO NATURAL CON LA PRÁCTICA DE LOS BLOQUEADORES DE PUBERTAD PARA LA DISFORIA DE GÉNERO, LO TRATAMIENTOS HORMONALES Y LA CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN .....88</li> <li>18. JUSTIFICACIÓN DE LOS DEMÁS ARTÍCULOS .....92</li> </ol>
<p><b>1. OBJETO</b></p> <p>El objeto de la presente ley es establecer lineamientos en la prestación de la ruta afirmativa de género en menores de 18 años para lo que denominan infancia y adolescencia trans, además de prohibir tratamientos de reasignación de género tales como: bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de afirmación, en menores de 18 años en condición de discordancia / incongruencia o disforia de género y fortalecer las redes de apoyo en salud mental para los menores y sus familias.</p> <p>Se aclara que este proyecto de ley no interviene a los niños que tienen una condición genética y/o congénita que conduzca a la formación de genitales atípicos al nacimiento.</p> <p><b>2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY</b></p> <p>"En los últimos años, los diagnósticos de disforia de género (DG) han aumentado en los servicios para niños y adolescentes. Paralelamente, ha habido un aumento en la demanda de intervenciones de transición de género, particularmente en mujeres, incluyendo pre adolescentes. Estas transiciones han implicado cada vez más el uso de la supresión de la pubertad, hormonas cruzadas y procedimientos quirúrgicos, generalmente de acuerdo con el llamado 'modelo holandés', donde la intervención se organiza de acuerdo con la edad y el estado de desarrollo puberal del joven. Las demandas para mejorar la disponibilidad de intervenciones médicas a veces se han basado en informes de niveles mucho más altos de problemas de salud mental, incluidos intentos de suicidio, entre jóvenes con DG, y en afirmaciones de que los procedimientos médicos mencionados mejorarían los resultados en salud mental<sup>1,2</sup>. Por lo cual es necesario dictar lineamientos para las intervenciones en salud en esta población.</p> <p><b>El presente articulado del proyecto de Ley tiene por objetivo garantizar la protección física y psicológica ante el uso de intervenciones en salud que no han demostrado seguridad ni eficacia para tratar la condición de disforia / discordancia o incongruencia de género tales como bloqueadores de la pubertad, hormonización cruzada y cirugías de cambio de sexo, en menores de edad.</b></p> <p><b>Estas intervenciones en salud anteriormente mencionadas no cuentan con estudios clínicos suficientes que afirmen seguridad, eficacia o beneficio para el tratamiento o manejo en la condición de disforia / discordancia o incongruencia de género<sup>3,4,5</sup>. Ni tampoco se cuenta con</b></p>	<p>estudios que dejen claros los efectos adversos a largo plazo<sup>6,7</sup>.</p> <p><b>Los medicamentos usados en la ruta afirmativa no están aprobados ni indicados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para tratar discordancia/ incongruencia o disforia de género, por lo tanto su formulación y dispensación entra dentro de los tratamientos "off-label"<sup>8</sup>, lo cual también va en contravía de la ley estatutaria de salud<sup>9</sup> Artículo 15. Es decir, que son medicamentos que se han aprobado y utilizado para otras condiciones médicas diferentes a la disforia/ discordancia o incongruencia de género y por ende tienen estudios clínicos que describen riesgos de efectos adversos y contraindicaciones de uso claras. Riesgos clínicos y eventos adversos a los que se exponen los pacientes que reciben dichos medicamentos.</b></p> <p>Por su parte la Ley 1751 de 2015 (Referencia 9), deja en claro que el Sistema de Salud Colombiano no podrá destinar a financiar servicios y tecnologías en salud, en los que se advierta que no exista evidencia científica sobre efectividad clínica, seguridad y eficacia.</p> <p>Actualmente en Colombia instituciones prestadoras de Salud (IPS) como Fundación Valle de Lili (Cali), Hospital San Ignacio (Bogotá), Hospital San José (Bogotá), Clínica de Género (Bogotá) reconocen estar tratando pacientes en condición de disforia / discordancia o incongruencia de género e implementando la ruta afirmativa<sup>10</sup>.</p> <p>A través de la sentencia T-218 de 2022 quedó expuesto que no existe en Colombia un protocolo médico para atender los casos de disforia de género, ni <i>lineamientos para los profesionales de la salud para (...) prescribir, autorizar y suministrar (...) tratamiento hormonal para la reafirmación de género, los exámenes y tecnologías que comprende</i>. Es decir que IPS y entidades territoriales han adoptado por su cuenta guías médicas y protocolos de atención en estos casos, ante la falta de una guía definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.(Referencia 10).</p> <p>Por medio de la declaración promulgada por el Colegio Americano de Pediatría a principios del año 2024, más de 75 000 médicos y profesionales de la salud representados por organizaciones médicas firmantes, y 60 países representados por los firmantes, manifestaron la solicitud de detener de inmediato la promoción de la afirmación social, los bloqueadores de la pubertad, las hormonas cruzadas y las cirugías para niños y adolescentes que experimentan angustia por su sexo biológico, debido a los riesgos para la salud de los infantes y adolescentes<sup>11</sup>.</p>

<sup>1</sup> Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sjömfjord A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature. 1) Epidemiology. PLOS Glob Public Health. 2022;2(3):e0000245.

<sup>2</sup> Arnoldussen M, Steensma TD, Popma A, van der Miesen AIR, Twisk JWR, de Vries ALC. Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020;29(6):903-11.

<sup>3</sup> Ludvigsson JF, Adolfsson J, Höistad M, Rydelius PA, Kriström B, Landén M. A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. Acta Paediatr. 2023;112(11):2279-92.

<sup>4</sup> Drobnic Radobujac M, Groselj U, Kattilala R, Vermeiren R, Crommen S, Kotsis K, et al. ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(6):2011-6.

<sup>5</sup> Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. J Endocr Soc. 2021;5(4):bvab011.

<sup>6</sup> Baxendale S. The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review. Acta Paediatr. 2024;113(6):1156-67.

<sup>7</sup> Chen D, Simons L, Johnson EK, Lockart BA, Finlayson C. Fertility Preservation for Transgender Adolescents. J Adolesc Health. 2017;61(1):120-3.

<sup>8</sup> Bierzychudek L. Prescripción off-label de medicamentos: definición y consideraciones ético-regulatorias en Argentina. Revista de Bioética y Derecho. 2022:165-91.

<sup>9</sup> Colombia Cd. LEY ESTATUTARIA No. 1751 de 2015 POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. 2015.

<sup>10</sup> Colombiana CC. Sentencia T-218/22. 2022.

<sup>11</sup> CHILDREN DP. Declaración de los médicos que protegen a los niños2024. Available from:

Experiencias de otros países que han implementado la ruta afirmativa como el "método holandés" y ahora enfrentan graves demandas como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Finlandia<sup>12</sup>, Noruega, Rusia, Dinamarca, Francia y España, han implementado normativas similares a las planteadas en el presente proyecto de ley, como medidas de protección a la infancia y adolescencia.

**Por tales razones se considera necesario dictar lineamientos en la prestación de servicios de salud para lo que denominan infancia y adolescencia trans, además de prohibir tratamientos de reasignación de género tales como: bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de afirmación, en menores de 18 años** en condición de discordancia / incongruencia o disforia de género y fortalecer las redes de apoyo para los menores y sus familias y evitar así la afectación permanente e irreversible a nivel físico y mental de los menores de edad, que podrían generarse a partir de la continua implementación de la ruta afirmativa no regulada.

Cabe resaltar que el presente proyecto de ley no aplica para condiciones médicas relacionadas con alteraciones congénitas o cromosómicas que afecte directamente el desarrollo sexual del organismo, como es el caso de recién nacidos con genitales atípicos.

<https://doctorsprotectingchildren.org/>

<sup>12</sup> Kalliala R, Holttinen T, Tuisku K. Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. Eur Psychiatry. 2023;66(1):e93.

### 3. CONCEPTOS Y TÉRMINOS

**Sexo biológico:** Todas aquellas características genéticas y fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres que al ojo humano se caracteriza en la genitalidad. Para la mayoría de las personas que no tienen anomalías en los genitales externos, el sexo se documenta al nacer y, en la mayoría de la población, el sexo y el género son consistentes a lo largo de la vida. En cuanto a la característica genética se refiere a los tipos de cromosomas que determinan el sexo de un organismo sexual. En el caso del ser humano el individuo macho (hombre) contiene los cromosomas XY y la hembra (mujer) XX.<sup>13</sup>

**Género:** Son las actitudes, sentimientos y comportamientos vinculados a la experiencia y expresión del sexo biológico.<sup>14</sup>

**Disforia de Género (DG) o Incongruencia de Género :** En el Manual y Estadístico de los trastornos mentales versión cinco (DSM-V) (15) describe como diagnóstico dominante de los trastornos del desarrollo sexual. Lo define como una insatisfacción afectiva /cognitiva de un sujeto con el género asignado al nacer, pero se define más específicamente cuando se usa como categoría diagnóstica. Es decir, una marcada incongruencia entre el sexo biológico y el que siente, desea o expresa. También se utiliza como un término descriptivo general que se refiere al descontento de una persona con el género asignado al nacimiento.

**Transgénero:** Se refiere al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifica con un género diferente de su sexo biológico.<sup>15</sup>

**Transexual:** Denota a un sujeto que busca, o que ha experimentado, una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, lo que en muchos casos, pero no en todos, también conlleva una transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital (Referencia 15).

**Discordancia de Género:** La OMS en el CIE-11 (Código Internacional de Enfermedades Versión 11, incluyó una lista de **afecciones que probablemente no causen la muerte**, dentro de las cuales se encuentra la discordancia de género en la infancia. Se define como una marcada y persistente contrariedad o falta de correspondencia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado al nacer<sup>16</sup>.

La discordancia de género se incluye en el Capítulo 17 del CIE -11. Este capítulo ha sido formulado para agrupar enfermedades relacionadas con

<sup>13</sup> Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. The developing human : clinically oriented embryology. Eleventh edition / Keith L, Moore, T.V.N. (Vid) Persaud, Mark G. Torchia, ed. Edinburgh: Elsevier; 2020.

<sup>14</sup> Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016;388(10042):390-400.

<sup>15</sup> Badía Villaseca C. DSM-5-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : texto revisado. 5ª ed. Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana; 2024.

<sup>16</sup> García RR, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019;65-7.

el sexo y permite la categorización de las condiciones relacionadas con la identidad de género sin estigmatización, mientras se mantiene el reconocimiento de estas entidades como condiciones reales para que las intervenciones de salud relacionadas puedan acomodarse dentro del sistema de salud.(16) Se modificó el Trastorno de identidad de Género en la infancia por Discordancia de género en la infancia definiéndolo como una incongruencia marcada y persistente entre la experiencia/ expresión de género individual y sexo asignado en infantes pre-púberes.

Es de aclarar que el Código Internacional de Enfermedades tiene como objetivo clasificar a las enfermedades que generan morbilidad proponiendo un lenguaje común que permite a los profesionales de la salud puedan compartir información estandarizada en todo el mundo, **más no son guía diagnóstica.**

**Ruta afirmativa:** Es la ruta de atención en salud promovida para la validación positiva a nivel social y médico de la identidad de género auto-percibida, sin intentar modificarla, en donde se establecen intervenciones en salud mental y físico para la transición de género deseada por la persona<sup>17</sup>.

**Reasignación de género:** cambio oficial (y normalmente legal) de género (Referencia 15). Transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital.

**Bloqueadores de Pubertad:** Son medicamentos que se utilizan para retrasar o detener temporalmente los cambios físicos asociados con la pubertad. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales<sup>18</sup>. Su indicación de uso durante la infancia es para tratar la pubertad precoz y retrasar la aparición de caracteres sexuales secundarios (desarrollo de senos ,menstruación , crecimiento de vello facial y cambio de voz)<sup>19</sup>.

## I. CONSIDERACIONES CIENTÍFICAS

### 4. MARCO TEÓRICO DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Epidemiología De Población Trans En Colombia.

Primeramente es de mencionar que no hay suficiente información acerca de la incidencia y prevalencia de los casos de disforia de género en adolescentes a nivel mundial, sin embargo según una revisión sistemática sobre el tema, realizada en el año 2022 (Referencia 1) en donde se tuvieron en cuenta 6202

<sup>17</sup> 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. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-6259.

<sup>18</sup> Saleh FL, Taylor HS. Clinical applications of gonadotropin-releasing hormone analogues: a broad impact on reproductive medicine. F S Rep. 2023;4(2 Suppl):83-7.

<sup>19</sup> Yang EH, Jo HY, Park SJ, Yoo HW, Choi SH, Kim HY, et al. Effect of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment on near final height in girls with central precocious puberty and early puberty. Ann Pediatr Endocrinol Metab. 2023;28(1):49-53.

artículos que representaron entre 3000 y 4000 participantes. Se concluyó que la mayoría de los estudios fueron estudios de cohortes observacionales, en donde se identificó solapamiento de muestras y falta de poblacionales disponibles, por lo que no se pudo determinar la prevalencia. Sin embargo, este estudio sí pudo determinar que hay un aumento en la frecuencia de consultas a los servicios de salud y de un cambio en el sexo natal de los casos referidos. No hay datos sobre la edad de inicio del proceso de transición, pero la edad promedio de esta muestra fue de 13 años a 15 años.

En Colombia la información también es limitada, pues no hay estudios a gran escala ni datos poblacionales de adolescentes que permitan establecer cifras precisas. Los datos en los que se han basado las decisiones en la nación provienen de América del Norte, Europa y algunas regiones de Asia en población adulta.

Por otra parte, el DANE nos informa que durante el año móvil agosto 2023 - julio 2024, para el total nacional en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), se estima un total de 487 mil personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y no binarias (LGBT) que equivale al 1,3% de la población mayor de edad en el país. Por su parte, en el mismo periodo para las 23 ciudades y áreas metropolitanas se observa que la población LGBT fue de 349 mil personas, correspondientes al 1,8% de las personas de 18 años y más para este dominio<sup>20</sup>. Cabe anotar que en esta encuesta no se discrimina la identidad de género dentro del colectivo LGBTQ+, por lo que se desconoce el porcentaje de personas identificadas como trans.

Tabla 1. Distribución de la población de 18 años y más según dominio geográfico e identificación de población LGBT y no LGBT Año móvil agosto 2023 - julio 2024

Dominio	Proporción (%)	
	LGBT	No LGBT
Total nacional	1,3	98,7
23 ciudades y áreas metropolitanas	1,8	98,2

Fuente: DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018. Nota: se incluyen únicamente a las personas de 18 años o más.

Si se extrapola una de las estimaciones más bajas de la tabla, el 0.5% reportado como media global para personas asignadas como hombres y mujeres al nacer, a una población mundial de 5.1 mil millones de personas de 15 años o más (según estimaciones del US Census Bureau para mediados de 2011), se llega a una cifra de alrededor de **25 millones de personas transgénero en todo el**

<sup>20</sup> DANE. Mercado laboral de la población LGBT Año móvil agosto 2023 - julio 2024. 2024.

**mundo.**(Referencia 14)

Una revisión sistemática y meta-análisis de prevalencia sobre transexualismo publicado por la revista de psiquiatría Europea en el año 2015<sup>21</sup> reporta una prevalencia global para el transexualismo de 4.6 por 100.000 habitantes ; 6.8 mujeres trans ( hombres que cambian de sexo) y 2.6 para hombres trans ( mujeres que cambian de sexo. Se concluyó que la prevalencia general del transexualismo va en aumento. Para el año 2017 el estudio realizado con una muestra final de 1171 pacientes mayores de 15 años, que demandaron servicios sanitarios desde 2007 hasta finales de 2015 en la única Unidad de Identidad de Género (UIG) de Madrid, España, documentó una prevalencia de transexualismo de 22,1 por 100.000 habitantes, con una relación de 31,2 para mujeres trans y 12,9 para hombres trans. La tasa de incidencia fue de 2,5 por 100.000 habitantes, lo que representa una media anual de 130 demandas en salud<sup>22</sup>.

Teniendo en cuenta la población mayor de 13 años (41,6 millones de personas) en Colombia y la prevalencia mundial de entre el 0.5% y el 1.2% de personas trans, se estima una población entre 208,000 y 499,200 en Colombia. Por otro lado, tomando como referencia la incidencia reportada en España de 2.5 por cada 100,000 habitantes, se estima que aproximadamente 1300 personas trans podrían requerir atención en salud en Colombia. Sin embargo, es de resaltar que se desconocen los datos exactos en infancia y adolescencia.

**5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISFORIA DE GÉNERO**

Según el DSM-V lo clasifica en diferentes categorías. La primera es la disforia de género en niños; la segunda, disforia de género en adolescentes y adultos; La tercera, otra disforia de género especificada, y la última, disforia de género no especificada (Referencia15).

<b>Disforia de género en niños. 302.6 (F64.2)</b>
A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):
1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las

<sup>21</sup> Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*. 2015;30(6):807-15.  
<sup>22</sup> Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchi-Atfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46(5):1307-12.

chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.  
 7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.  
 8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.  
 B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.  
**Especificar si:** Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica). **Nota de codificación:** Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

**Disforia de género en adolescentes y adultos. 302.85 (F64.1)**

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:  
 1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos). 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).  
 3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.  
 4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).  
 5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).  
 6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).  
 B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Otra disforia de género especificada  
**Especificar si:** Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica). **Nota de codificación:** Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.  
**Especificar si:** Posttransición: El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastia en una paciente nacida mujer).

**6. RELACIONES CAUSALES QUE DESENCADENA LOS SÍNTOMAS LA DISFORIA DE GÉNERO**

**a. Experiencias traumáticas y problemas de salud mental**

Varios estudios constatan la existencia de diferentes relaciones causales para que se desarrolle los síntomas de la disforia de género, entre ellas se

Otras	19 (27.5%)	6 (19.4%)
*Puede seleccionar más de una respuesta		

Seguindo la misma línea un estudio llevado a cabo por Craig LS y colaboradores en el año 2020, con una muestra poblacional de 3.508 adolescentes que oscilaban entre los 14-18 años pertenecientes a la comunidad LGBTQ+, reportaron que el (58%) habían sufrido de negligencia emocional en la infancia; el (56%) padecieron de abuso emocional; el (51%) convivieron con un familiar que tenía problemas de salud mental. El presente estudio concluye que el (43%) de los adolescentes estuvieron expuestos a situaciones traumáticas en la infancia, el cual generó un alto impacto en su salud mental<sup>25</sup>.

**b. Influencia social**

Por otro lado, el aumento observado de tratamientos basados exclusivamente en las “variables biológicas” han eclosionado por diferentes motivos, como son, el fácil acceso a este tipo de tratamientos, la influencia de las redes sociales, la opinión pública y una mayor aceptación social<sup>26</sup>. En esta misma línea argumental, encontramos un estudio llevado a cabo por Fernández Rodríguez y colaboradores en España en el año 2022, en donde se encontró que el (44,4%) de los menores de edad con disforia de género pertenecían o tuvieron contacto con los grupos LGBTI; y el (39,7%) afirmó que las redes sociales tuvieron un papel importante para decidir iniciar los tratamientos trans<sup>27</sup>, en consecuencia, debemos reflexionar si las redes sociales se basan en criterios científicos para la difusión de estos tratamientos.

**c. Cambios ocasionados por la pubertad**

El comienzo de la pubertad es un periodo marcado por cambios físicos que generan estrés en los púberes tanto para hombres como mujeres, generando inseguridad en su imagen corporal<sup>28</sup>. Siguiendo esta misma línea argumental, un estudio llevado a cabo por McLean en el año 2020, con una muestra poblacional total de 735 adolescentes, de los cuales (n = 367; Mage = 12,8, SD = 0,7) corresponde a los hombres, (n = 368; Mage = 12,7, SD = 0,7) a las mujeres; Reportaron que el (37,9%) de los niños, y el (20,7) de las niñas experimentaron insatisfacción corporal moderada; El (6,8%) de los niños, y el (19,6%) de las niñas experimentaron insatisfacción corporal clínicamente significativa<sup>29</sup>. La escasa aceptación de la imagen corporal según Marchiano (2017), es una de las razones por las cuales los adolescentes que han adoptado la identidad transgenero, como una nueva forma de expresar la inconformidad con su cuerpo<sup>30</sup>.

<sup>25</sup> Craig SL, Austin A, Levenson J, et al. Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child Abuse and Neglect*. 2020; 107.  
<sup>26</sup> Monedero M del R. Disforia de género en menores. (Tesis de grado de medicina). Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019.  
<sup>27</sup> Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., Revuelta Fernández, A., Villaverde González, A., Concha González, V. La disforia de género en menores trans: nicho ecológico. *Rev. Internacional de Andrología*. 2022; 20(1): 41-48.  
<sup>28</sup> Guemes-Hidalgo, M., M. Ceñal, and M. Hidalgo. "Pubertad y adolescencia." *Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia* 5.1 (2017): 7-22.  
<sup>29</sup> McLean, Sián A., et al. "Clinically significant body dissatisfaction: Prevalence and association with depressive symptoms in adolescent boys and girls." *European Child & Adolescent Psychiatry* 31.12 (2022): 1921-1932.  
<sup>30</sup> Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychol Perspect*. 2017;60(3):345-366. doi:10.1080/00332925.2017.1350804

encuentran las experiencias traumáticas y problemas de salud mental<sup>23</sup>. Littman en el año 2021 reportó que el (58%) de las personas que tuvieron disforia de género tenían antecedentes de experiencias traumáticas o de trastorno afectivo<sup>24</sup>. En ese mismo estudio se indagó la razón por la cual varias personas decidieron detransicionar, entre ellas se halló que el (60%) (45 mujeres y 15 hombres) lo hicieron porque se sentían mejor identificándose con su sexo biológico; (49%) porque fueron conscientes de las complicaciones médicas que subyacen a los tratamientos, (38%) porque se dieron cuenta que la disforia de género estaba asociada a un abuso, trauma o problema de salud mental, (42%) porque los tratamientos médicos para la disforia de género no mejoraron sus síntomas relacionados a su salud mental; 33% porque vivieron de manera egodistónica con los cambios físicos que produjo la transición; y el (34%) porque sus síntomas mentales se agudizaron con los tratamientos para la disforia de género.

Razones para la detransición	Mujeres de nacimiento (%) N = 69	Hombres de nacimiento (%) N = 31
<b>Razones para la detransición*</b>		
Mi definición personal de mujer o hombre cambió y me sentí más cómodo identificándome con mi sexo de nacimiento	45 (65.2%)	15 (48.4%)
Me preocupaban las posibles complicaciones médicas de la transición	40 (58.0%)	9 (29.0%)
Mi salud mental no mejoró durante la transición	31 (44.9%)	11 (35.5%)
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición/sentí que el cambio era demasiado	35 (50.7%)	5 (16.1%)
Descubrí que mi disforia de género fue causada por algo específico (por ejemplo, trauma, abuso, condición de salud mental)	28 (40.6%)	10 (32.3%)
Mi salud mental empeoró durante la transición	27 (39.1%)	9 (29.0%)
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición / sentí que el cambio no fue suficiente	22 (31.9%)	11 (35.5%)
Encontré formas más efectivas de ayudar con mi disforia de género	25 (36.2%)	7 (22.6%)
Mi salud física empeoró durante la transición.	21 (30.4%)	11 (35.5%)
Me sentí discriminado	12 (17.4%)	11 (35.5%)
Tuve complicaciones médicas por la transición	12 (17.4%)	7 (22.6%)
Preocupaciones financieras sobre el pago de la atención de transición	11 (15.9%)	6 (19.4%)
Mi disforia de género resuelta	10 (14.5%)	5 (16.1%)
Mi salud física no mejoró durante la transición	9 (13.0%)	2 (6.5%)
Resolví el problema específico que era la causa de mi disforia de género.	6 (8.7%)	4 (12.9%)
Me di cuenta de que mi deseo de hacer la transición tenía una motivación erótica.	1 (1.4%)	5 (16.1%)

<sup>23</sup> D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care. *Australasian Psychiatry*. 2018;26(5):460-463.  
<sup>24</sup> Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav*. 2021;50(8):3353-3369. doi:10.1007/s10508-021-02163-w

**7. TRASTORNOS ASOCIADOS A LA DISFORIA DE GÉNERO**

Otro hallazgo importante, es la asociación y alta prevalencia de la disforia de género con los trastornos psicopatológicos<sup>31</sup>, como el trastorno de la conducta alimentaria<sup>32</sup>, trastorno de la personalidad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas<sup>33</sup>. En este sentido, un estudio que se llevó a cabo en Europa y en Estados Unidos, citado por Becerra Fernández en el año 2020, refiere que entre el (40-45%) de los jóvenes con disforia de género presentaban antecedentes de trastornos psicopatológicos<sup>34</sup>.

Siguiendo esta misma línea argumental, un estudio realizado por Lipson y colaboradores en el año 2019 con una muestra poblacional total de 65. 213 estudiantes, de los cuales 1.237 hacían parte de población transgénero de 713 campus universitarios de EEUU, hallaron que el (78%) de los estudiantes transgénero presentaban problemas de salud mental como el trastorno de depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, autolesiones y tendencia a la conducta suicida, en comparación con los estudiantes cisgénero; los autores reportaron que la población transgénero tiene 4,3 veces mayor probabilidad de padecer un problema de salud mental<sup>35</sup>. Por esta razón, es importante que dichos trastornos sean atendidos paralelamente con la disforia de género.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en este documento, podemos concluir, que es necesario que todos aquellos menores de edad que viven con disforia de género, deben recibir una intervención holística basada en el modelo biopsicosocial de Engel<sup>36</sup>. Adicionalmente, es relevante implementar políticas de prevención primaria (Dirigida a la población en general) y secundaria (Dirigida a la población directamente afectada por la disforia de género), para poder atender de manera integral esta condición.

**8. RUTA DE AFIRMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFORIA DE GÉNERO (PROCESO DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO)**

**8.1. Medicamentos**

Como se mencionó anteriormente en las definiciones, la ruta afirmativa además de concebir la afirmación social, también incluye la **reasignación de género**.

<sup>31</sup> Dhejne C, Van Vlierken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28 : 44-57.  
<sup>32</sup> Villaverde González A, Fernández Rodríguez M, Fontañil Gómez Y, Guerra Mora P, Camero García A. ¿Están Asociados Los Trastornos De La Conducta Alimentaria a La Disforia De Género En Población Clínica Adulta? *Trastor la Conduct Aliment*. 2018;27(27):2943-2967. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7114200.pdf>  
<sup>33</sup> Ocampo-Serna S, Gutiérrez-Segura JC, Vallejo-González S. Adult Gender Dysphoria with Coronary Disease: Case Report and Literature Review. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)*. 2020;49(3):211-215. doi:10.1016/j.rpseng.2018.10.008  
<sup>34</sup> Becerra Fernández A. Disforia de género/incongruencia de género: transición y detransición, persistencia y desistencia TT - Gender dysphoria/gender incongruity: Transition and discontinuation, persistence and desistance. *Endocrinol diabetes nutr (Ed impr)*. 2020;67(9):559-561. <https://pesquisa.bvsalud.org/portaol/resource/pdf/bc-197336>  
<sup>35</sup> Lipson, Sarah Kelchen, et al. "Gender minority mental health in the US: Results of a national survey on college campuses." *American journal of preventive medicine* 57.3 (2019): 293-301.  
<sup>36</sup> Serrade, Josué Veloz, Ana Betina Lacunza, and Carolina Greco. "Psicosomática y adolescencia: hacia un modelo biopsicosocial integrador Psychosomatics and adolescence: towards an integrative biopsychosocial model." *Interdisciplinaria* 41.1 (2024): 21-22.

Actualmente en Colombia no existe en Colombia un protocolo médico para atender los casos de disforia de género, ni *lineamientos para los profesionales de la salud para (...) prescribir, autorizar y suministrar (...) tratamiento hormonal para la reafirmación de género, los exámenes y tecnologías que comprende*. Es decir que IPS y entidades territoriales han adoptado por su cuenta guías médicas y protocolos de atención en estos casos, ante la falta de una guía definida por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Referencia 10). El documento principal que se usa a nivel nacional como referencia para llevar a cabo la ruta afirmativa, tiene baja evidencia científica, pues se trata de un consenso tipo Delphi modificado en donde participaron 10 especialistas clínicos (endocrinólogos, endocrinólogos pediatras, cirujanos plásticos estéticos y reconstructivos, urólogos y psiquiatras) y un grupo desarrollador. A partir del análisis de estos especialistas se presentaron las recomendaciones<sup>37</sup>. Es de aclarar que según el Ministerio de Salud las guías y protocolos en salud deben ser basadas en estudios clínicos que demuestren seguridad y eficacia en relación a las intervenciones en salud de la condición médica a tratar.

Por otra parte, el sistema de salud colombiano cuenta con entes de control, regulación y vigilancia estipulados en:

- Ley 100 de 1993. (Artículo 230) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud
- Ley 1122 de 2007 (Artículo 35 y 14) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud
- Ley 1751 de 2015 (Artículo 15 y 16) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud
- Decreto 780 de 2016. Sobre la **Superintendencia Nacional de Salud** para la vigilancia y control de la prestación de servicios e incluye los procedimientos para la vigilancia de medicamentos y dispositivos médicos regulados por el INVIMA
- Decreto 2462 de 2013, en donde se reglamenta las funciones del **INVIMA** y lo establece como el ente de control sanitario sobre medicamentos, alimentos, dispositivos médicos, entre otros. Define su papel en la vigilancia sanitaria a nivel nacional.

En el anexo se expone la tabla de medicamentos propuestos en la ruta afirmativa por el Consenso de Expertos en Colombia.

En las tablas se dejan claras las indicaciones y contraindicaciones de dichos medicamentos que han sido previamente autorizados por el INVIMA y se concluye que todos estos medicamentos han sido indicados y cuentan con registros sanitarios vigentes en Colombia para condiciones médicas distintas de la disforia o incongruencia de género.

La prescripción médica de estos medicamentos fuera de las indicaciones

<sup>37</sup> Sierra Osorio AM, Tovar, H., Inítilola Madero , A. M., Chahin , S., Angulo Mosquera, M. , Cantini, J., Rialiga Ibañez, D. A., Palacios Bayona, K. L., Bautista Alarcón , K. A. , & Alueta Fajardo, J. Y. Consenso sobre disforia de género o incongruencia de género. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*. 2022.

del ente de control sanitario (INVIMA) se le conoce como uso "off-label". La Organización Mundial de la Salud justifica su utilización siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios<sup>38,39</sup>:

**8.1.1. Evidencia científica disponible**

- Debe existir **evidencia científica suficiente** que respalde el uso del medicamento para la indicación no aprobada. Esta evidencia puede incluir estudios clínicos, ensayos controlados, revisiones sistemáticas o experiencia clínica.
- Los estudios deben demostrar que el uso off-label es **seguro y eficaz** para la condición médica específica que se está tratando.

**8.1.2. Justificación clínica**

- El uso del medicamento fuera de la indicación aprobada debe estar **justificado desde el punto de vista clínico**, es decir, que el médico debe considerar que no hay una alternativa terapéutica mejor disponible o que el medicamento podría proporcionar un beneficio significativo para el paciente.
- El paciente debe haber mostrado resistencia o falta de respuesta a tratamientos convencionales, o bien, el uso off-label debe representar una mejor opción terapéutica.

**8.1.3. Consentimiento informado del paciente**

- El médico debe **informar claramente al paciente** (o a su representante legal) sobre el uso off-label del medicamento, explicando:
  - Que el uso del medicamento no ha sido aprobado para la condición que se pretende tratar.
  - Los **riesgos** potenciales y beneficios esperados.
  - Las alternativas disponibles.
- Se debe obtener el **consentimiento informado** del paciente antes de proceder con el tratamiento.

**8.1.4. Monitoreo y seguimiento**

- El uso off-label de medicamentos requiere **monitoreo estricto** para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier efecto adverso o complicación.
- El médico debe estar preparado para ajustar o detener el tratamiento si se presentan eventos adversos o si no se observa el beneficio esperado.

**8.1.5. Consideraciones regulatorias**

- El uso off-label debe respetar las **normativas nacionales** o regionales de salud y estar en línea con las políticas locales sobre el uso de medicamentos no aprobados para ciertas indicaciones.

<sup>38</sup> WHO. Policy, Perspectives, Medicines o. Promoting rational use of medicines: core components. 2002.  
<sup>39</sup> World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*. 2013;310(20):2191-4.

- En algunos países, el uso off-label puede requerir la aprobación de **comités éticos** o de **autoridades regulatorias de salud**.

**8.1.6. Uso en poblaciones especiales**

- Si el uso off-label se realiza en **poblaciones vulnerables** (niños, personas mayores, embarazadas), se debe tener especial cuidado, ya que estas poblaciones pueden tener mayor riesgo de efectos adversos.
- En este caso, la justificación y el monitoreo deben ser más estrictos.

**8.1.7. Ética médica**

- El uso de medicamentos off-label debe realizarse de acuerdo con los principios éticos de la medicina, priorizando siempre la **seguridad y bienestar del paciente**.
- El médico debe considerar si el beneficio supera los riesgos potenciales antes de prescribir un medicamento fuera de su indicación aprobada.

**8.1.8. Acceso a información actualizada**

- El profesional de la salud debe mantenerse actualizado con la literatura médica y las **recomendaciones de guías clínicas** que apoyen el uso off-label de ciertos medicamentos.

**8.1.9. Documentación**

- Es fundamental que el médico **documente detalladamente** en la historia clínica del paciente:
  - La decisión de usar el medicamento off-label.
  - La información proporcionada al paciente.
  - El consentimiento informado.
  - Los resultados del monitoreo del tratamiento.

Los medicamentos usados en la ruta afirmativa no cuentan con la suficiencia de estudios de seguridad, eficacia ni beneficio para la mejoría de la condición de disforia o incongruencia de género y se desconocen sus efectos a largo plazo. Por su parte la ley estatutaria de salud 1751 Artículo 15 deja en claro que el Sistema de Salud Colombiano no podrá destinar a financiar servicios y tecnologías en salud, en los que se advierta que no exista evidencia científica sobre efectividad clínica, seguridad y eficacia.

Ante la falta de evidencia científica sobre sus beneficios, la prohibición del uso de estos tratamientos en menores de edad, actualmente se encuentra vigente en países como Finlandia, Noruega, Rusia, el Reino Unido, Estados norteamericanos entre otros, tras observar sus **resultados perniciosos e irreversibles** y la falta de investigación sobre los mismos.

**8.2. Otras Tecnologías en Salud diferentes de los medicamentos usados en la ruta afirmativa**

Por otro lado, se encuentran los procedimientos en salud necesarios para

la ejecución de la ruta afirmativa, es decir un camino hacia la transexualidad dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

- a. Consultas
- b. Terapias
- c. Procedimientos quirúrgicos
- d. Ayudas diagnósticas - laboratorios / paraclínicos

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO EN SALUD RUTA AFIRMATIVA
<b>CONSULTAS</b>	
890208	CONSULTA PRIMERA VEZ PSICOLOGIA
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
890285	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRICA
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA
890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA
890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA
943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL
<b>PARACLINICOS NECESARIOS PARA INICIO DE RUTA AFIRMATIVA</b>	
904508	GNONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903813	CLORO
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903818	COLESTEROL TOTAL
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)

903868	TRIGLICERIDOS
903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)
904107	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
904503	ESTRADIOL
904602	TESTOSTERONA TOTAL
904601	TESTOSTERONA LIBRE
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
904921	TIROXINA LIBRE
881302	ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
903833	FOSFATASA ALCALINA
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903856	NITROGENO UREICO
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
904108	PROLACTINA *
903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]*
886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCIÓN DUAL*
908404	CARIOTIPO CON BANDEO G*
904809	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA*
904501	ANDROSTENEDIONA*
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA*
<b>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS</b>	
853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO
643100	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL SOD
623002	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]
714002	RESECCIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS
706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL
706103	VAGINOPLASTIA ABDOMINOPERINEAL
706104	VAGINOPLASTIA POR LAPATOMIA
706105	VAGINOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA

\* ESTOS LABORATORIOS SE TOMAN SOLO EN CONDICIONES ESPECIFICAS DE SALUD DE LOS PACIENTES

717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES
717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN NO OBSTÉTRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINÉ (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO NI)
645001	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE MUJER A HOMBRE
645002	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE HOMBRE A MUJER
218603	RINOPLASTIA VA TRANSNASAL
218604	RINOPLASTIA VÍA ABIERTA
766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA
868204	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)
868306	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN
868308	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN
868310	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN
868312	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN
302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
302410	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA PERCUTÁNEA
302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ABIERTA
302412	LARINGOPLASTIA CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA
302419	LARINGOPLASTIA DE ELONGACIÓN O APROXIMACIÓN CRICOTIROIDEA VÍA ABIERTA
868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO
868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO
852300	MASTECTOMÍA SUBTOTAL SOD
854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA
854203	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN
683101	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR LAPAROTOMIA
683111	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA
684000	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
684003	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA
684020	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA
655101	OOFORRECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
651002	OOFORRECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
644300	CONSTRUCCIÓN .IDE NOVO) DE PENE SOD
627100	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR SOD
TODOS LOS CODIGOS SE ENCUENTRAN VIGENTES EN LA RESOLUCION 2336 DE 2023 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. TABLA REALIZADA TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES LA REFERENCIA (37, 40)	

Los procedimientos quirúrgicos y prescripción de medicamentos para tratar la disforia o incongruencia de género no cuentan con suficiente evidencia científica para tratar la condición de disforia o incongruencia de género, ya que no hay suficiencia de estudios para afirmar seguridad, eficacia o beneficio para los pacientes, lo que los clasifica como tecnologías emergentes, experimentales o no probadas. En Colombia estas tecnologías de la ruta afirmativa no cuentan con un proceso formal de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) que incluye aspectos como eficacia, seguridad, costo-efectividad e impacto en la equidad y acceso a la atención. Por lo tanto, estas tecnologías (procedimientos quirúrgicos y prescripción de medicamentos para tratar la DG) no se deben recomendar en guías clínicas oficiales y su uso debe limitarse para estudios de investigación.

Por otro lado, como tecnologías emergentes en menores de edad se requería de ensayos clínicos controlados antes de ser aprobados para su uso en la condición de disforia o incongruencia de género, panorama en donde la prescripción de dichas patologías, deben sujetarse a las normas éticas y regulatorias que exigen la protección del paciente, el consentimiento informado y la consideración de alternativas terapéuticas ya probadas.

El Manual de Legislación Europea sobre los Derechos del Niño, preparado conjuntamente por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) y el Consejo de Europa, junto con la Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, establece en su numeral 10.1.4. "ensayos clínicos con los niños" lo siguiente: "En virtud del Derecho de la UE, la Directiva 2001/20/CE477 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, incluye a los niños entre las personas vulnerables incapaces de prestar consentimiento legal para un ensayo clínico (considerando 3). Los niños sólo pueden participar en ensayos clínicos cuando la administración del medicamento les proporcione un beneficio directo superior a los riesgos (considerando 3). Los ensayos clínicos deben proporcionar la mayor protección posible a los sujetos que participan en el ensayo (artículo 4)." (Negritas fuera del texto original).

Además, al no existir la evidencia científica de los beneficios directos en su práctica, y al conocerse los significativos riesgos que generan en la salud de los menores, (de acuerdo con el informe de la UKOM, de la investigación culminada en el libro Time to Think, de las pautas finlandesas determinadas por PALKO, de la Academia Nacional de Medicina Francesa, entre otros) la participación de los menores de edad está dentro de la situación fáctica planteada en el manual de legislación europea.

Así mismo, carece de certeza la protección posible a los sujetos que participan en estos tratamientos de acuerdo con las investigaciones científicas recientes. Es de resaltar que la UKOM, en el numeral 11 de su informe llamada "nuestras recomendaciones", "(...) recomienda que los bloqueadores de la pubertad y el tratamiento hormonal y quirúrgico de afirmación de género para niños y adolescentes se definen como tratamiento experimental. Esto es especialmente importante para los

40 Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaquer 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. 2022;96(4):349.e11-e11

adolescentes con disforia de género” (97, p. 4). Por su parte el Tribunal de ética médica de Colombia no ha emitido conceptos o referencias específicas relacionados con la ruta afirmativa de género, es decir ni en cuanto al uso de medicamentos “off-label” ni a la realización de procedimientos quirúrgicos.

No es de obviar que los estudios que se han realizado con las tecnologías en salud referidas previamente han sido en su mayoría en los escenarios de la existencia de condiciones médicas específicas diferentes a la Disforia o Incongruencia de Género. Estas Tecnologías en salud no se han aplicado en cuerpos biológicamente sanos, como sería el caso del tratamiento de la Disforia o Incongruencia de género.

Por medio de este proyecto de ley se pretende establecer unos lineamientos adecuados para la atención integral de la disforia de género en menores de edad y se realiza un especial enfoque en su atención psicológica y social.

**8.3. Los menores de edad son vulnerables y con poca madurez mental para prestar un consentimiento legal para los ensayos clínicos**

Se observa cómo los niños son considerados como **vulnerables e incapaces para prestar un consentimiento legal para los ensayos clínicos**; solo se permite su participación si la administración proporciona un beneficio directo que supere a los riesgos y cuando estos ensayos proporcionan la mayor protección posible a los sujetos que participan en el mismo.

En ese sentido, se resalta que los tratamientos prohibidos en el presente proyecto de ley no encajan en las indicaciones del citado manual para permitir su realización en niños. El consentimiento no debe ser permitido para los ensayos clínicos en ellos, por cuanto se considera su protección como un principio superior, y con esta característica se definieron los tratamientos de reasignación de género con bloqueadores de pubertad y terapias hormonales de asignación.

**9. CONSECUENCIAS DE LA RUTA AFIRMATIVA DE GÉNERO**

Si bien aunque las consecuencias a largo plazo de la aplicación de la ruta afirmativa de género se desconocen, pues no hay suficientes estudios clínicos, ni estudios longitudinales que exploren los resultados, particularmente en jóvenes que comienzan estos tratamientos<sup>41,42</sup>. Estos tratamientos se relacionan directamente con los riesgos relativos previamente expuestos con el uso de los medicamentos, tales como enfermedad venosa tromboembólica, hipertrigliceridemia, litiasis biliar, aumento de peso, problema cardiovascular, hipertensión, hiperprolactinemia o prolactinoma y diabetes tipo 2, para el caso de hombres que desean transicionar; y si la transición es con punto de partida de ser mujer, aumenta el riesgo de policitemia, aumento de peso, alopecia androgénica, apnea del sueño, hiperlipidemia, hipertransaminemia, desestabilización de ciertos problemas

<sup>41</sup> Keuroghlian AS, Keatley J, Shaikh S, Radix AE. The context, science and practice of gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*. 2018;64(5):561-572. <https://doi.org/10.1016/j.jadhealth.2018.05.004>  
<sup>42</sup> Kimberly LL, Folkers KM, Friesen P, Sultan D, Quinn GP, Bateman-House A, et al. Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth. *Pediatrics*. 2018;142(6).

- h. En mujeres que han deseado hacer la transición el flujo de testosterona ha causado enfermedad pélvica inflamatoria
- i. Displacer sexual a consecuencia de: disfunción del piso pélvico, resequedad vaginal, atrofia uterina, dolor con el orgasmo dolor intenso con la erección del pene. También refieren atrofia de neovagina por dificultad en la dilatación, por ende, pérdida de vida sexual.

**9.1. Impacto de los tratamientos farmacológicos de la reasignación de género en el desarrollo cerebral de los niños y adolescentes**

El neurodesarrollo parte desde la concepción. El espermatozoide al fecundar el óvulo, dependiendo del tipo de cromosoma que contenga el espermatozoide Y o X, se va a dar lugar a la formación de las gónadas. La presencia del gen SRY dará lugar a la formación de los testículos en el hombre en la sexta semana del desarrollo embrionario y la ausencia de este gen conlleva a la formación de los ovarios o gónadas femeninas (Referencia 13).

Las gónadas secretan la mayor cantidad de esteroides sexuales, es decir, de los ovarios se produce los estrógenos y la progesterona; y de los testículos la testosterona, los cuales tienen efecto sobre el SNC (sistema nervioso central) mediante un mecanismo organizacional, y el otro de activación. En el transcurso de la vida hay una continua liberación de estos esteroides, pero **hay tres periodos críticos en el desarrollo cerebral en donde hay una alta secreción, el primero se da en el primer trimestre de gestación, el segundo en la etapa peri y posnatal y el tercero en la pubertad**<sup>43</sup>.

En el primer trimestre de gestación luego de la formación de los ovarios o testículos, la alta secreción hormonal da como resultado la diferenciación cerebral entre hombre y mujer anatómica y funcionalmente; además los esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y testosterona) optimizan el desarrollo de las diferentes estructuras y circuitos cerebrales; Adicionalmente estos actúan como factores neurotróficos permitiendo la supervivencia neuronal, crecimiento y plasticidad cerebral<sup>45</sup>.

En la etapa peri y posnatal favorece la continuidad del desarrollo de estructuras cerebrales dimorfas (diferentes entre hombres y mujeres) y la conectividad neuronal. En la pubertad que es la tercera etapa de alta secreción da lugar al desarrollo de los órganos sexuales secundarios; recordemos que desde los testículos y ovarios se produce la mayor cantidad de hormonas sexuales<sup>46</sup>.

Los bloqueadores hormonales disminuyen la producción y liberación de los estrógenos y la progesterona en la mujer y la testosterona en el hombre. En el cerebro femenino, por ejemplo, los estrógenos son importantes para el

<sup>44</sup> Schwarz, J. M., & McCarthy, M. M. (2008). Steroid-induced sexual differentiation of the developing brain: Multiple pathways, one goal. *Journal of Neurochemistry*, 105(5), 1561-1572. <https://doi.org/10.1111/j.1471-4159.2008.05384.x>  
<sup>45</sup> Gil-Verona, J. A., Macías, J. A., Pastor, Juan F., De paz, F., Barbosa, M., Maniega, M. A., Román, J. M., Lopez, A., Alvarez, I., Rami, L., & Boget, T. (2003). Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 3(2), 351-361.  
<sup>46</sup> Marquant, E., Plotton, I., & Reynaud, R. (2015). Pubertad normal. EMC - Pediatría. 50(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/s1245-1789\(15\)70112-5](https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)70112-5)

psiquiátricos, enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes tipo 2, además de aumentar el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamaros<sup>43</sup>.

Aun así, la ruta afirmativa ha seguido aplicándose en algunos países sustentada en las recomendaciones de la WPATH. La Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero o WPATH World Professional Association for Transgender Health por sus siglas en inglés, es una entidad privada fundada en 1979 en los EEUU y se ha encargado de realizar guías clínicas (17) para los profesionales de la salud que trabajan con personas transgénero y de género diverso. Y fundamentado en sus conceptos se han desarrollado las demás recomendaciones a nivel mundial, como es el caso de Colombia con el Consenso de expertos (Referencia 37). Sin embargo en Marzo de 2024, se dio a conocer un informe realizado por la periodista e investigadora Mia Hughes, titulado "WPATH Files" disponible en (<https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files>), en donde se critica las prácticas relacionadas con la atención médica transgénero, especialmente en menores de edad. Este informe ha generado controversia al exponer documentos internos de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), en donde se evidencia que ciertos tratamientos, como bloqueadores hormonales y cirugías, se realizan sin el respaldo científico adecuado o sin consentimiento pleno.

Algunos de los puntos más relevantes del informe son:

- a. Hay un efecto directo sobre la fertilidad de los menores de edad, causando infertilidad pero los menores no entienden a cabalidad lo que esto significa a largo plazo.
- b. En Holanda ya se han reportado casos de arrepentimiento reproductivo
- c. Se están realizando procedimientos quirúrgicos como vaginoplastia en menores de 18años
- d. Pese a la coexistencia de enfermedades mentales graves se inician hormonas
- e. Realización de modificaciones corporales sin justificación médica. En estos informes también se deja al descubierto que actualmente muchos de los pacientes intervenidos están optando por elegir cirugías no-binarias, es decir vaginoplastias (neovagina) con preservación del pene, o faloplastias con preservación de vagina.
- f. No están de acuerdo con una ruta de de-transición, por miedo a que esto reconozca que la disforia de género es una patología
- g. Las hormonas son procancerígenas, por lo tanto, se ha observado cáncer hepático

<sup>43</sup> Ovies Carballo G, Alonso Domínguez E, Gómez Alzugaray M, Duarte Caceres E. Tratamiento hormonal y sus complicaciones en el paciente con disforia de género. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2019;30

mantenimiento y conexión neuronal del hipocampo (área cerebral más grande en la mujer, que está encargada del proceso de memoria) la carencia de este, no permite un óptimo desarrollo de esta área cerebral conllevando a temprana edad a un deterioro y muerte neuronal, es decir, da como resultado pérdida de memoria, reduciendo de esta forma la capacidad intelectual<sup>47</sup>. Por otra parte, la progesterona funciona como neuroprotector, su carencia ocasiona neurodegeneración<sup>48</sup>.

Cabe resaltar que estas hormonas sexuales también producen y liberan diferentes neurotransmisores, tales como: acetilcolina, serotonina y dopamina, neurotransmisores que están inervados en la corteza prefrontal<sup>49</sup>. Al existir una carencia de estrógenos en la mujer (Por alteraciones del ciclo menstrual o ausencia de este) y testosterona en el hombre ocasiona alteraciones en las inervaciones de los neurotransmisores anteriormente mencionados<sup>5</sup>, entonces, la alteración colinérgica produce fallos de memoria e inatención<sup>50</sup>. La alteración serotoninérgica desencadena diversos trastornos neuropsiquiátricos, tales como trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos de estado de ánimo como la depresión y bipolar<sup>51</sup>. La alteración en la producción de dopamina produce serios trastornos en la función frontal y se ha relacionado con graves trastornos psicóticos como la esquizofrenia con mayor prevalencia en hombres que en mujeres; además su disminución desencadena el trastorno de déficit de atención<sup>52</sup>.

**9.2. No hay evidencia científica que demuestre que estos tratamientos ayudan a disminuir problemas de salud mental en los menores que presentan disforia de género**

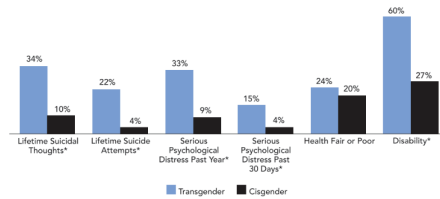
Para las comunidades trans es importante iniciar el proceso de transición de género desde la infancia, ya que según refieren “al resolver la DG” los menores de edad estarían más satisfechos y, por ende, se disminuiría la ideación autolítica, sin embargo, algunos estudios cuestionan esta afirmación. Un estudio llevado a cabo por el centro para investigación de políticas de la salud y el instituto Williams en el año 2016 concluyó que la población trans tiene **tres veces más riesgo de autolisis** en comparación con los cisgénero<sup>53</sup>. Fundamentan lo anterior ya que, al haber sido sometidos a los bloqueadores hormonales **suprimiendo el curso natural hormonal los cuales son importantes para el mantenimiento de una buena salud mental, están más propensos a desarrollar diversos trastornos mentales.**

<sup>47</sup> Moratalla, N. L., Alcalá, T. E., & Santiago, E. (2011a). Estrógenos Y Desarrollo Del Cerebro Femenino En La Adolescencia: Anticoncepción De Emergencia Estrogens and Feminine Brain Maturation During Adolescence. *Emergency Contraceptive Pills. Cuadernos de Biética*, 22(2), 185-200.  
<sup>48</sup> Beltrán-Campos, V., Padilla-Gómez, E., Palma, L., Aguilar-Vázquez, A., y Díaz Cintra, S. (2011). Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Revista Digital*, 12(3), 1-11. <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/index.html%3F>  
<sup>49</sup> Romeo, R. D., McCarthy, J. B., Wang, A., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2005). Sex Differences in Hippocampal Estradiol-Induced N-Methyl-D-Aspartic Acid Binding and Ultrastructural Localization of Estrogen Receptor-Alpha. *Neuroendocrinology*, 81(6), 391-399. <https://doi.org/10.1159/000089557>  
<sup>50</sup> Romeo, R. D., McCarthy, J. B., Wang, A., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2005). Sex Differences in Hippocampal Estradiol-Induced N-Methyl-D-Aspartic Acid Binding and Ultrastructural Localization of Estrogen Receptor-Alpha. *Neuroendocrinology*, 81(6), 391-399. <https://doi.org/10.1159/000089557>  
<sup>51</sup> Gómez Beldarrain, M., & Tirapu Ustároz, J. (2012). Neuropsicología de la corteza prefrontal y funciones ejecutivas: una visión panorámica. *Neuropsicología de La Corteza Prefrontal y Las Funciones Ejecutivas*, 672  
<sup>52</sup> Rebollo, M., Montiel, S. (2006). Atención y Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(2), 3-7.  
<sup>53</sup> Haberkorn Jennifer. Health Policy Brief. *Health Aff*. 2012;(October).



La testosterona en el hombre por ejemplo, permite mantener un estado emocional estable, por ende, la reducción de esta conlleva a que se desencadenan trastornos de ansiedad, depresión y bipolaridad<sup>54</sup>. Por otro lado, en el caso de las mujeres, la disminución de estrógenos está asociado a la depresión y pérdida de memoria, entre otros<sup>55</sup>.

Mental and Physical Health Indicators for Transgender and Cisgender Adults, 2015-2016 CHS



UCLA CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH & THE WILLIAMS INSTITUTE, UCLA SCHOOL OF LAW

En el año 2015, expertos en suicidio de Estados Unidos informaron que las causas principales de la autolisis son los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) y psicóticos (esquizofrenia) y otros. Además, reportaron que el 90% de las personas que consumaron el suicidio presentaban antecedentes de trastornos mentales<sup>56</sup>. En un estudio reportado por Shamer y colaboradores en el 2016 hallaron que el 41% de los adultos transgénero llevaron a cabo por lo menos un intento de autolisis. Otro dato relevante en este sentido, es que esta población se encuentra con mayor prevalencia e incidencia de problemas de salud mental con respecto a la población cisgénero<sup>57</sup>.

Otros estudios han contrastado que eventos traumáticos son los factores de riesgo para el suicidio llevando a una incidencia y prevalencia del 20% en adultos, tasa que llega a aumentar en la población adolescente<sup>58</sup>. En esta población se ha observado una concurrencia entre los abusos sexuales de infancia y problemas de salud mental, así lo corroboró un reciente estudio elaborado por Ilan H. Meyer y colaboradores en el año 2021 en donde hallaron que el 45% de las personas transgénero tenían antecedentes de abuso sexual

<sup>54</sup> Borrás-León JI, Herrera-Pérez JJ, Canda-Molina AL, Martínez-Mota LA. Testosterone and mental health: A review. *Psiquiatr Biol*. 2015;22(2):44-49. doi:10.1016/j.psb.2015.10.005  
<sup>55</sup> Vega-Rivera NM, Fernández-Guasti JA, Ramírez-Rodríguez GB, Castro-García M, Estrada Camarena E. Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: Su relación con la depresión. *Salud Mental*. 2012;35(6):527-533.  
<sup>56</sup> Kevin Caruso. "Suicide Causes," Suicide.org, accessed October 16, 2020, <http://www.suicide.org/suicide-causes.html>.  
<sup>57</sup> Shamer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the care of transgender children and adolescents. *Adv Pediatrics*. 2016;63:79-102.  
<sup>58</sup> Silke Bachmann. "Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, no. 7 (2018): 1425. accessed July 20, 2021.

en la infancia<sup>59</sup>.

Los estudios publicados avalados por la comunidad trans y la población LGBTI sobre las tasas de suicidio transgénero, intentan establecer una relación causal entre la discriminación social y dichas tasas de suicidio. Partiendo de esta hipótesis, demandan la aprobación de normativas y leyes que permitan el cambio de género como solución para reducir el riesgo de suicidio (Dando por sentado que su hipótesis es una teoría<sup>60</sup>, sin embargo, no tienen debidamente en cuenta las consecuencias que provocan los tratamientos farmacológicos en el funcionamiento cerebral<sup>61</sup>.

Con esto podemos concluir que **No hay evidencia científica suficiente ni de alta calidad que demuestre que la aplicación de la ruta afirmativa ayuda a disminuir los problemas de salud mental en los menores de edad que presentan Disforia de Género**. En cambio, los adolescentes que acuden a centros especializados en busca de apoyo o tratamiento relacionado con la disforia de género (DG) tienen una alta probabilidad de presentar otros problemas de salud mental (incluyendo trastornos del neurodesarrollo) (Referencia 1). Existe ahora una literatura sustancial que muestra que los adolescentes con disforia de género (DG) experimentan un bienestar mental deficiente en comparación con sus compañeros<sup>62,63</sup>, incluyendo pensamientos y comportamientos suicidas<sup>64,65</sup>. Por otro lado hay evidencia de que la mayoría de los niños prepuberales con DG dejan de experimentar dicha disforia una vez que llegan a la pubertad<sup>66</sup>.

9.3. Otras consideraciones

El Dr. Paul Rodney McHugh, médico de la Universidad de Harvard y Catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, realizó el Informe de expertos sobre la orientación transgénero de Cornwall para las escuelas el 5 de enero de 2019<sup>67</sup>.

<sup>59</sup> Ilan H. Meyer, Bianca D.M. Wilson, and Kathryn O'Neill. "LGBTQ People in the US: Select Findings from the Generations and TransPop Studies." UCLA School of Law - Williams Institute, June 2021.  
<sup>60</sup> Barrantes Delgado J, Espinoza-Tapia R, Meza Opazo P, 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. *Ter psicológica*. 2019;37(3):181-197. doi:10.4067/s0718-48082019000300181  
<sup>61</sup> Bauwens J. Do Not Sterilize Children. *Issue Anal*. 2021;(IS20J04).  
<sup>62</sup> 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*. 2022;96(4):349 e1-e11.  
<sup>63</sup> Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, 2nd, Johnson CC, Joseph CL. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-95.  
<sup>64</sup> Anderssen N, Sivertsen B, Lønning KJ, Maltterud K. Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*. 2020;20(1):138.  
<sup>65</sup> di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145-52.  
<sup>66</sup> Garcia-Vega E, Camero A, Fernández M, Villaverde A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psychothermia*. 2018;30(3):283-8.  
<sup>67</sup> The Johns Hopkins Hospital, M.D., Expert Report on Cornwall Transgender Guidance for Schools, prepared by Dr. Paul Rodney McHugh, instructed by Andrew Storch solicitors Ltd, January 5th 2019

A él se le encargó la elaboración de un informe pericial que abordara, con referencia a la política existente, los beneficios y riesgos para la salud física y/o mental de los menores de 16 años si son tratados como "transgénero" en la escuela, a través de la revisión de la "Schools Transgender Guidance" (más comúnmente conocida como la Cornwall de Cornualles).

En su informe, manifestó bajo la gravedad del juramento, no tener ningún conflicto de interés para elaborar el documento.

Una vez traducida del inglés al castellano, se tiene que este informe señala lo siguiente:

"12. No existen pruebas científicas de que los mandatos de afirmación del género, como las directrices que aquí se impugnan, ayuden en nada a los niños a los que pretenden ayudar. Por el contrario, sostengo firmemente que existen abundantes pruebas científicas de que políticas como las Directrices de Cornwall no hacen ningún bien real o duradero a ninguno de los niños a los que pretenden ayudar; que perjudican a la gran mayoría de ellos; y que conducen a resultados catastróficos para muchos de estos niños afectados.

(...)

14. El sexo y el género representan dos características muy distintas de nuestro mundo. Mientras que el sexo es binario y objetivo, determinado fundamentalmente por la constitución cromosómica de cada uno y, en última instancia, por unas capacidades reproductivas claramente definidas, el género es un sentido subjetivo de un papel social generado por normas culturales. El sexo es inmutable. La información genética que dirige el desarrollo de las gónadas masculinas o femeninas y otros rasgos sexuales primarios, que normalmente están codificados en los pares cromosómicos "XY" y "XX", está presente en la concepción. Ya en la octava semana de gestación, las hormonas sexuales producidas endógenamente causan una impronta cerebral prenatal que, en última instancia, influye en los comportamientos postnatales.

15. Por muy perturbadora que sea la condición de disforia de género, nada afecta a la realidad biológica de ese niño. Está ampliamente aceptado que la ciencia que subyace al sexo es simple y directa. El sexo biológico es un principio fijo, determinado en el momento de la concepción. Más del 20% de los genes del genoma humano son específicos de uno u otro sexo. En la mayoría de los tejidos, hay más de 6.500 genes codificadores de proteínas con expresión específica diferenciada por sexo. El tejido más diferenciado por sexo del cuerpo humano está relacionado con los órganos reproductores, siendo las glándulas mamarias las más diferenciadas para permitir la lactancia en las mujeres. Hombres y mujeres difieren en su predisposición a ciertas enfermedades precisamente por esta arquitectura genética de nuestros tejidos.10 Esta arquitectura también explica la fisiología corporal. Por ejemplo, la expresión génica para la construcción muscular es mayor en los hombres, mientras que en las mujeres es mayor en el tejido adiposo porque está relacionada con su capacidad biológica para tener hijos y, por tanto, para almacenar grasa.

16. La base subyacente central del sexo es la distinción entre las funciones reproductivas de machos y hembras. En biología, un organismo es macho o hembra si está biológica y fisiológicamente diseñado para desempeñar las funciones respectivas en la reproducción. La definición objetiva de macho o hembra no tiene nada que ver con características físicas amorfas, sentimientos internos de los individuos implicados o comportamientos. Científicamente hablando, los roles reproductivos proporcionan la base conceptual para la diferenciación de los animales en las categorías biológicas de macho o hembra. No existe ninguna otra clasificación biológica de los sexos creíblemente aceptada. El sexo es una realidad fisiológica que impregna cada célula de un organismo. Es así de innato e inmutable. (P 4 y 5)".

(Negrita dentro del texto).

De conformidad con lo expuesto en su informe, se tiene lo siguiente:

- i) No existe evidencia científica encaminada a demostrar que mandatos de afirmación del género, ayudan a los niños a los que pretenden ayudar, por el contrario, estas perjudican a la gran mayoría de ellos; y que conducen a resultados catastróficos para muchos de estos niños afectados.
- ii) El género es un sentido subjetivo de un papel social generado por normas culturales, mientras que el sexo es inmutable, objetivo y binario. La información genética que dirige el desarrollo de las gónadas masculinas o femeninas y otros rasgos sexuales primarios, que normalmente están codificados en los pares cromosómicos "XY" y "XX", está presente en la concepción.
- iii) Por muy perturbadora que sea la condición de disforia de género, esta no afecta a la realidad biológica de ese niño o adolescente. Está aceptado ampliamente que la ciencia que subyace al sexo es simple y directa. El sexo biológico es un principio fijo, determinado en el momento de la concepción.
- iv) La definición objetiva del sexo masculino o femenino no tiene nada que ver con características físicas amorfas, sentimientos internos de los individuos implicados o comportamientos.
- v) No existe ninguna otra clasificación biológica de los sexos creíblemente aceptada. El sexo es una realidad fisiológica que impregna cada célula de un organismo. Es así de innato e inmutable.

Más adelante, el informe señala en otro acápite sobre el diagnóstico de la disforia de género lo que a continuación se cita:

"19. Sin embargo, si nos fijamos en el diagnóstico del trastorno de identidad de género del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que tiene muchos de los mismos atributos diagnósticos sustantivos que la disforia de género, vemos una asombrosa cantidad de comorbilidades atribuidas a la confusión de género.17 Las políticas de afirmación de género, al limitarse a aceptar los deseos de un niño (o los de sus padres) de explorar su propio género sin cuestionar la causa fundamental de esa confusión, pueden de hecho estar ignorando los síntomas de cualquier otra serie de trastornos. Por lo tanto, en lugar de poder tratar la enfermedad real del niño, estas políticas aplazan el diagnóstico y pueden provocar graves daños a largo plazo y la persistencia de los síntomas. No hay ningún otro ámbito de la medicina en el que permitamos incondicionalmente a los niños elegir su propio diagnóstico." (Negrita y subraya fuera del texto).

De acuerdo con lo anterior, las políticas de afirmación de género no tratan la situación real del niño que padece de disforia de género, sino que aplazan su diagnóstico y le pueden irrogar graves daños a largo plazo y la persistencia de los síntomas. Además, pueden ignorar los síntomas de cualquier otra serie de trastornos, toda vez que se limitan a aceptar los deseos de los menores de edad o de los padres.

<p>En cuanto a los tratamientos que el presente proyecto de ley busca prohibir, el informe advirtió categóricamente:</p> <p><i>“24. Las hormonas inhibitoras de la pubertad impiden el desarrollo de las características sexuales secundarias, detienen el crecimiento óseo, disminuyen la acumulación ósea e impiden la organización y maduración completas del cerebro, e inhiben la fertilidad. Las hormonas transgénero aumentan el riesgo de enfermedad coronaria y esterilidad en los niños. Los estrógenos orales, que se administran a los niños disforicos, pueden provocar trombosis, enfermedades cardiovasculares, aumento de peso, hiperlipidemia, tensión arterial elevada, disminución de la intolerancia a la glucosa, enfermedades de la vesícula biliar, prolactinoma y cáncer de mama. La testosterona administrada a niñas con disforia de género puede afectar negativamente a su colesterol; aumentar su hepatotoxicidad y policitemia (un exceso de glóbulos rojos); aumentar su riesgo de apnea del sueño; provocar resistencia a la insulina; y tener efectos desconocidos sobre los tejidos mamaros, endometriales y ováricos. Las niñas también pueden llegar a someterse a una mastectomía, que conlleva su propio conjunto de problemas y es irreversible.</i></p> <p><i>25. El Directorio Hayes revisó toda la bibliografía relevante para estos diferentes tratamientos en 2014 y les otorgó la calificación más baja posible, a saber, que los resultados de la investigación eran "demasiado escasos" y "limitados" para sugerir conclusiones. Precisamente, todos los tratamientos previos a la reasignación de sexo se consideraron demasiado experimentales para considerarlos seguros o eficaces. Cuando el Ministerio de Educación o las escuelas proponen que el estilo de vida transexual es saludable, están utilizando a los niños británicos como conejillos de indias (sobre todo con la extensión natural de tomar diversos tratamientos para la reasignación de género). Los niños no son legal, psicológica o emocionalmente capaces de evaluar la gravedad de estos riesgos o de sopesar los riesgos con los beneficios percibidos de la afirmación de género (si los hay). Desde el punto de vista neurológico, el cerebro adolescente es inmaduro y carece de la capacidad adulta para evaluar los riesgos antes de mediados de los 20 años. Las políticas de afirmación de género instan a los niños con disforia de género, o incluso a aquellos que no tienen técnicamente disforia de género porque no muestran un nivel clínico de angustia por sentimientos de incongruencia con su sexo biológico, a renunciar a su fertilidad y poner en peligro su salud física para evitar la angustia del desarrollo físico natural.</i></p> <p><i>26. El resultado de estas políticas, a pesar de la falta de datos epidemiológicos sobre los resultados del retraso médico de la pubertad, ha sido la realidad de que las derivaciones para hormonas de reasignación de sexo y procedimientos quirúrgicos parecen ir en aumento, y hay una presión entre muchos defensores de la transexualidad para proceder a la reasignación de sexo a edades cada vez más tempranas. Según un artículo de 2013 en The Times, el Reino Unido vio un aumento del 50% en el número de niños derivados a clínicas de disforia de género de 2011 a 2012, y un aumento de casi el 50% en las derivaciones entre los adultos de 2010 a 2012. También se informa del mismo estudio que en 2012, 208 niños fueron derivados, mientras que sólo 64 fueron así derivados en 2008.33 Y asombrosamente, en 2013 hubo 18.000 personas tratadas en comparación con 4.000 hace 15 años. Sin duda, estos números han crecido significativamente desde que se realizó este estudio.</i></p> <p>(...)</p> <p><i>28. Tal vez lo más trágico sea que la tasa de suicidios entre quienes utilizan hormonas sexuales y se someten a cirugía de reasignación de sexo es veinte veces superior a la de la población general. La prevalencia del suicidio a este ritmo es universal, incluso en países como Suecia, que se encuentran entre las naciones que más afirman la comunidad LGBT en el mundo. Esto desmiente estadísticamente la idea de que la falta de aceptación es la causa del suicidio entre los transexuales.</i></p>	<p><i>29. Las políticas y protocolos que tratan a los niños que experimentan pensamientos o comportamientos atípicos de género como si pertenecieran al sexo opuesto interfieren en el progreso natural del desarrollo psicosexual. Aunque obligar a otras personas de la vida del niño a reforzar su disforia de género puede causarle menos angustia a corto plazo, el efecto a largo plazo de reforzar las creencias y conductas delirantes puede ser muy perjudicial. Es importante destacar que no existen estudios longitudinales de control a largo plazo que apoyen el uso de políticas y tratamientos de afirmación de género para la disforia de género. (p 8 a 11).”</i></p> <p>Bajo esta óptica, se puede afirmar lo siguiente sobre los tratamientos que el proyecto de ley busca prohibir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Las hormonas inhibitoras de la pubertad impiden el desarrollo de las características sexuales secundarias, detienen el crecimiento óseo, disminuyen la acumulación ósea e impiden la organización y maduración completas del cerebro, e inhiben la fertilidad.</li> <li>ii) Las hormonas transgénero aumentan el riesgo de enfermedad coronaria y esterilidad en los niños.</li> <li>iii) Los estrógenos orales, que se administran a los niños disforicos, pueden provocar trombosis, enfermedades cardiovasculares, aumento de peso, hiperlipidemia, tensión arterial elevada, disminución de la intolerancia a la glucosa, enfermedades de la vesícula biliar, prolactinoma y cáncer de mama.</li> <li>iv) La testosterona administrada a niñas con disforia de género puede afectar negativamente a su colesterol; aumentar su hepatotoxicidad y policitemia (un exceso de glóbulos rojos); aumentar su riesgo de apnea del sueño; provocar resistencia a la insulina; y tener efectos desconocidos sobre los tejidos mamaros, endometriales y ováricos.</li> <li>v) La mastectomía conlleva su propio conjunto de problemas y es irreversible.</li> </ul> <p>Y frente a los demás acápites del informe, se pueden extraer las siguientes ideas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) El Directorio Hayes revisó toda la bibliografía relevante para estos diferentes tratamientos en 2014 y les otorgó la calificación más baja posible, a saber, que los resultados de la investigación eran "demasiado escasos" y "limitados" para sugerir conclusiones.</li> <li>ii) Los niños no son legal, psicológica o emocionalmente capaces de evaluar la gravedad de estos riesgos o de sopesar los riesgos con los beneficios percibidos de la afirmación de género (si los hay). Desde el punto de vista neurológico, el cerebro adolescente es inmaduro y carece de la capacidad adulta para evaluar los riesgos antes de mediados de los 20 años.</li> <li>iii) Las políticas de afirmación de género instan a los niños con disforia de género, o incluso a aquellos que no tienen técnicamente disforia de género</li> </ul>
<p>porque no muestran un nivel clínico de angustia por sentimientos de incongruencia con su sexo biológico, a renunciar a su fertilidad y poner en peligro su salud física para evitar la angustia del desarrollo físico natural.</p> <p>iv) Hay una presión entre muchos defensores de la transexualidad para proceder a la reasignación de sexo a edades cada vez más tempranas.</p> <p>v) Según un artículo de 2013 en The Times, el Reino Unido vio un aumento del 50% en el número de niños derivados a clínicas de disforia de género de 2011 a 2012, y un aumento de casi el 50% en las derivaciones entre los adultos de 2010 a 2012.</p> <p>vi) La tasa de suicidios entre quienes utilizan hormonas sexuales y se someten a cirugía de reasignación de sexo es veinte veces superior a la de la población general. La prevalencia del suicidio a este ritmo es universal, incluso en países como Suecia, que se encuentran entre las naciones que más afirman la comunidad LGBT en el mundo. Esto desmiente estadísticamente la idea de que la falta de aceptación es la causa del suicidio entre los transexuales.</p> <p>vii) Aunque obligar a otras personas de la vida del niño a reforzar su disforia de género puede causarle menos angustia a corto plazo, el efecto a largo plazo de reforzar las creencias y conductas delirantes puede ser muy perjudicial.</p> <p>viii) No existen estudios longitudinales de control a largo plazo que apoyen el uso de políticas y tratamientos de afirmación de género para la disforia de género</p> <p>Finalmente, el informe colige los siguientes dos puntos:</p> <p><i>“49. Las políticas de afirmación de género promueven agresivamente la falsa noción de que un niño está atrapado en el cuerpo equivocado; éste es precisamente el tema central de la premisa de estas políticas. La consecuencia es que muchos niños disforicos de género buscarán (una vez que hayan alcanzado la edad de madurez) lo más cercano al cuerpo que deseen que la medicina moderna pueda proporcionarles. Dicho con precisión, estas políticas tendrán el efecto de causar que muchos adultos jóvenes que se habrían alineado naturalmente con su sexo verdadero intenten en su lugar cambiarlo a través de cirugía increíblemente invasiva e intervención médica. También recurrirá a terceros, incluidos otros niños pequeños, para perpetuar este status quo en detrimento de todos los involucrados.</i></p> <p><i>50. Por lo tanto, concluyo, en términos más firmes, que en ningún caso es beneficioso tratar a un niño como a un transexual en la escuela. Las políticas deben dirigirse a identificar las causas fundamentales del aumento del número de niños confundidos por el género y a ayudarles a reajustar sus creencias subjetivas sobre su género, con la realidad biológica de ese género. Las políticas existentes hacen mucho más daño que ayudan a los niños que están luchando con la confusión de género. La cuestión de la confusión entre los géneros es controvertida y</i></p>	<p>multidimensional. Un enfoque de afirmación y tolerancia de “una dimensión se ajusta a todos” no arranca la superficie de lo que se necesita en relación con la ayuda verdadera a los niños involucrados (p. 16 y 17)” (Negrita y subraya fuera del texto).</p> <p>Estas conclusiones son fundamentales, no solo para reforzar científica y jurídicamente la prohibición de estos tratamientos en los menores de edad, sino también para adoptar medidas pertinentes en el sector educativo y que este tenga en cuenta las consecuencias que estas intervenciones invasivas ocasionan en la salud.</p>

<p style="text-align: center;"><b>II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS</b></p> <p><b>10. IMPOSIBILIDAD DE OTORGAR UN CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO FRENTE A LA REALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO</b></p> <p>Se plantea un dilema con respecto al consentimiento que los menores de 18 años y sus tutores legales, pueden emitir para recibir estos tratamientos de reasignación de género debido a que:</p> <p><b>10.1. No están avalados científicamente los beneficios de los tratamientos frente a los riesgos</b></p> <p>No están avalados científicamente los beneficios que estas prácticas generan en los menores de 18 años que padecen de la disforia, ni está acreditada la manera en que los mismos mejoran su salud.</p> <p><b>10.2. Los tratamientos causan efectos negativos a nivel de salud</b></p> <p>Están demostrados por la ciencia los <b>efectos negativos</b> que dichos tratamientos causan en la salud de los menores de edad, muchos de los cuales son <b>irreversibles</b> y alteran tanto su salud física como mental.</p> <p><b>10.3. Mayor riesgo de suicidio</b></p> <p><b>El riesgo de suicidio es mucho mayor</b> en los menores que padecen de esta incongruencia (informe de la UKOM) y no se evidencia que esta tasa se reduzca como resultado del tratamiento de afirmación de género, o que el riesgo de suicidio aumente si no se proporciona tratamiento de afirmación de género;</p> <p><b>10.4. Falta de madurez neurológica del menor de edad</b></p> <p>La <b>falta de madurez neurológica</b> antes de los 25 años conlleva a que se determine la imposibilidad de consentir dichos tratamientos antes de la mencionada edad (pautas de PALKO).</p> <p><b>10.5. La ciencia no aprueba el consentimiento informado para menores de edad</b></p> <p>La ciencia ha <b>desacreditado cualquier intento por definir con claridad los requisitos del consentimiento en los menores de edad</b>, que lleven a concluir que los menores están listos para recibir tratamientos de reafirmación de género.</p> <p><b>10.6. Prevalece el derecho a la vida, salud, integridad física, emocional y desarrollo sano, derechos sexuales, reproductivos y a formar una familia de los menores de edad sobre cualquier otro derecho</b></p> <p>Estos planteamientos deben forzosamente <b>inclinarse en favor del interés general del menor de 18 años</b>, de la <b>prevalencia de sus derechos sobre los demás y de su vida, salud e integridad física y emocional y desarrollo sano</b></p>	<p>sobre el eventual derecho a emitir un consentimiento para estos procedimientos.</p> <p>Los pronunciamientos jurisprudenciales han avalado estos tratamientos en menores de edad con base en lo señalado por el artículo 16 de la Constitución Política que establece el derecho al libre desarrollo de la personalidad y por el artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño que reconoce la evolución de las facultades del niño y señalan que se apartan del concepto de incapacidad de naturaleza civil para estimar estas capacidades evolutivas y proteger su autonomía, por lo que, uno de los escenarios fundamentales en los que <b>se ha desligado la autonomía de los menores de edad de las reglas generales de incapacidad es en el ámbito médico.</b></p> <p>Sin embargo, esta última postura es demasiado debatible y debe replantearse para los tratamientos de reasignación de género mediante los bloqueadores de pubertad, cirugías de afirmación y terapias hormonales de asignación de género en los menores de 18 años, toda vez que la propia ciencia médica ha establecido recientemente los efectos adversos de estos tratamientos en la vida, en la dignidad humana, en la integridad personal, en la salud física y mental y en el desarrollo de ellos, de los derechos sexuales y reproductivos y a formar una familia, al tiempo que ha aseverado la falta de certeza de los beneficios para realizarlos.</p> <p>Se menciona lo anterior porque en estos casos la decisión de realizar el tratamiento no solo recae sobre el sexo o la identidad del menor de edad (y no puede compararse con otras decisiones como el cambio de la información registrada en un documento de identidad), sino que genera <b>consecuencias irreversibles</b> en su vida, en su desarrollo, en su salud mental y física y que no pueden ser retrotraídas.</p> <p>En ese sentido, los pronunciamientos de la Corte Constitucional no están teniendo en cuenta los <b>riesgos de una transición inapropiada</b> de género y las dificultades que el menor de edad pueda experimentar en su pubertad al querer regresar a su género original si la disforia de género no persiste en la adolescencia, lo cual ya fue alertado por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NSH).</p> <p>Se han demostrado las dificultades que tiene para un menor de 18 años <b>comprender y sopesar la información de lo que realmente implican este tipo de tratamientos</b>, en la medida en que, un niño puede comprender el concepto de la pérdida de fertilidad, pero no es lo mismo el comprender cómo ésta afectará su vida adulta. La actitud de un menor de 18 años sobre el hecho de tener hijos biológicos y la comprensión de lo que realmente significa es muy probable que cambie en el período de la infancia o adolescencia al de la adultez. Para muchos niños, no será posible conceptualizar lo que implicaría concebir hijos a través de su propio esperma o dar a luz en su etapa adulta. Lo mismo ocurre con el <b>desarrollo sexual</b> y la vida sexual, y las implicaciones que podría tener en la vida adulta, pues será imposible para ellos comprender esos efectos.</p> <p>En la Sentencia de Constitucionalidad C-507 de 2004 se advirtió que el desarrollo integral y armónico del niño se da de dos formas, así: <i>"La propia Carta establece la</i></p>
<p><i>finalidad que con ellas se debe buscar, a saber, garantizar a los niños (i) su desarrollo armónico e integral y (ii) el ejercicio pleno de sus derechos." El desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona (intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural). El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos."</i></p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, se afirma que los tratamientos prohibidos en este proyecto de ley impiden el desarrollo integral del menor, toda vez que ralentizan y afectan de forma negativa las esferas intelectual, física, cognitiva, sexual de los menores de edad, al alterarse la producción hormonal propia e incurrir en la intromisión en sus cuerpos de hormonas del sexo opuesto que disminuyen el crecimiento propio del menor en estas esferas con ocasión de los efectos que producen.</p> <p>También el armónico, por cuanto <b>se está privilegiando de forma absoluta y desproporcionada el libre desarrollo de la personalidad, en contravía de los demás aspectos de la formación y crecimiento del menor</b>, ya que, como se ha expuesto, <b>afectan el desarrollo del sistema nervioso (y con este la esfera intelectual y cognitiva), alteran el desarrollo del sistema óseo y tienen riesgos cardiovasculares (con este se afecta la esfera física) y generan esterilidad y riesgo de imposibilidad de tener una vida sexual plena (con lo que se afecta el aspecto sexual).</b></p> <p>Así las cosas, no puede considerarse que existe un desarrollo integral y armónico del menor con las intervenciones cuya prohibición se busca en este proyecto de ley y no deben realizarse con el fundamento de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y las capacidades evolutivas del menor, toda vez que se privilegia un aspecto en detrimento del menor de edad y se impide su desarrollo en las demás esferas.</p> <p><b>10.7. No hay cumplimiento de los requisitos para el consentimiento informado</b></p> <p>El consentimiento informado tiene que cumplir con dos <b>requisitos</b>, que no se cumplen con estas intervenciones, de acuerdo con lo expuesto y con lo que se concluirá:</p> <p>a. El consentimiento para realizar los tratamientos en menores de edad no es libre</p> <p>El consentimiento debe ser <b>libre</b>, es decir, debe ser <b>voluntario y sin que medie ninguna interferencia indebida, coacción o engaño.</b></p> <p>Se evidencia que el consentimiento para realizar estos tratamientos en menores de edad <b>no es libre</b>, habida cuenta de que se ha evidenciado la difusión de estos tratamientos en espacios públicos, centros educativos y redes sociales, basándose en información no científica que lleva al <b>engaño</b>. Aunado a lo anterior, la información que se brinda es engañosa, al <b>omitir la mención de lo que sí está demostrado científicamente, como lo es la ausencia de beneficios</b> en el cuerpo de los menores de 18 años y los <b>detrimentos</b></p>	<p><b>irreversibles en la salud</b> que causan y que han llevado al cierre de clínicas internacionales y de prohibiciones totales en otros países para proteger el interés superior del niño.</p> <p><b>b. El consentimiento no ha otorgado una información oportuna, completa y fidedigna sobre los beneficios y efectos negativos sobre la salud</b></p> <p>El consentimiento debe ser <b>informado</b>, en el sentido de que la información provista debe ser <b>suficiente</b>, esto es <b>—oportuna, completa, accesible, fidedigna y ofensiva—;</b></p> <p>En similar sentido, brilla por su ausencia el requisito de ser <b>informado</b>, habida cuenta que <b>no se está otorgando una información oportuna, completa ni fidedigna sobre los beneficios y efectos negativos sobre la salud</b>, toda vez que no existe la veracidad de su efectividad, por el contrario, se ha acreditado científicamente la existencia de graves consecuencias en la salud de los menores que alteran la salud física y mental, y esta información no les ha sido otorgada a los menores ni a sus tutores.</p> <p>Adicionalmente, si los menores de edad padecen de disforia de género, son altamente vulnerables, por ende, en esas circunstancias, las consecuencias de recibir los bloqueadores de pubertad en su fertilidad o en su vida sexual, por ejemplo, podrían ser vistas por ellos como un relativo pequeño precio que pagar para lo que ellos estarían percibiendo como una solución a sus inmediatos y reales desórdenes psiquiátricos, y <b>no sopesarían debidamente el peso de los riesgos y beneficios a largo plazo</b> cuando ellos inicien sus tratamientos con los bloqueadores de pubertad, tal y como en su momento advirtió el Tribunal Superior de Justicia del Reino Unido.</p> <p>De igual forma, <b>tampoco se respondería correctamente suministrando al menor de 18 años más información detallada</b>, debido a que, a pesar de recibirla, <b>no será capaz de sopesar las implicaciones de por vida que llevan con suficiente madurez</b>, pues no hay una edad definida para que ellos puedan comprender en todas sus dimensiones lo que la <b>pérdida de fertilidad y la función sexual</b> en sus cuerpos podrían representar cuando sobrepasen la mayoría de edad.</p> <p>A modo de ejemplo, en la sentencia de Bell vs Tavistock, en unos apartes es resaltado cómo en los testimonios muchos de los menores de 18 años que fueron tratados con los bloqueadores de pubertad jamás pensaron realmente acerca de la fertilidad al momento de ser intervenidos, por ende, es difícil para los adolescentes contemplar cómo la vida será cuando ellos sean adultos por cuanto no están siempre considerando los efectos permanentes de las acciones que se realizan sobre sus cuerpos.</p>

11. VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA AL UTILIZAR TRATAMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO

11.1. Contexto Normativo

En el marco normativo de la protección de los derechos del niño se tienen las siguientes normas:

El numeral 2 del artículo 25<sup>68</sup> de la Declaración Universal de Derechos Humanos indica que la infancia tiene el derecho a cuidados y asistencias especiales.

El Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959<sup>69</sup> resalta que el niño, "por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". A su vez, el Principio II<sup>70</sup> de esta última, reseña que el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atenderá será el interés superior del niño. El Principio IV<sup>71</sup>, a su turno, advierte que los niños tendrán derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse cuidados especiales y servicios médicos adecuados.

Por su parte, el artículo 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece en su numeral 1<sup>72</sup> que todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

68 Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

69 Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento,

70 Principio II :

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atenderá será el interés superior del niño.

71 Principio IV :

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

72 ARTICULO 24

1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

2. Todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre.

3. Todo niño tiene derecho a adquirir una nacionalidad

El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales determina en su numeral 3<sup>73</sup> que se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición.

La Convención Americana de los Derechos Humanos, aprobada en Colombia a través de la Ley 16 de 1972, regula en su artículo 17<sup>74</sup> los derechos del niño al establecer que todos ellos tienen derecho "a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado."

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por el Estado colombiano mediante la Ley 12 de 1991, significa en su artículo 1<sup>75</sup> por niño "todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad." El numeral 1 de su artículo 2<sup>76</sup> establece que "los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales."

El numeral 2 del artículo 6<sup>77</sup> indica que los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Frente a la salud, el artículo 24<sup>78</sup> de la Convención determina que los Estados

73 ARTICULO 10

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que 1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.

2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.

3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra de riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la Ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.

74 Artículo 19.Derechos del Niño.

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

75 ARTICULO 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

76 ARTICULO 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

77 ARTICULO 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

78 ARTICULO 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

El numeral 1 del artículo 27<sup>79</sup>, por su parte, prevé que Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, lo cual también es señalado por UNICEF<sup>80</sup> en su sitio web oficial.

En la Constitución Política de 1991, el artículo 44<sup>81</sup> establece como derechos fundamentales de los niños, entre otros, la salud y la seguridad social, y gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. El tercer párrafo de este artículo advierte que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

La Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, regula en su artículo 27<sup>82</sup> el derecho a la salud de los niños y prevé

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la asistencia primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable saludable, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

79 ARTICULO 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestido y la vivienda.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

80 10 derechos fundamentales de los niños, por Quino | UNICEF

81 Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

82 Artículo 27. Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro

que "(...) todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad."

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, determina en el literal f)<sup>83</sup> de su artículo 6 que el Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Similarmente, su artículo 11<sup>84</sup> prevé que los niños gozarán de especial protección por parte del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.

El artículo 15<sup>85</sup> de la citada Ley Estatutaria advierte que los recursos públicos

de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.

Parágrafo 1. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo 2. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud. El Gobierno Nacional, por medio de las dependencias correspondientes, deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de medio plazo y el plan de desarrollo.

83 Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

(...)

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

84 Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1°. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieren.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

85 Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o sustantivo no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;

b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: "b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; (...)."

**11.2. Contexto Jurisprudencial**

En el marco jurisprudencial de la protección de los derechos del niño se tienen los siguientes precedentes jurisprudenciales:

La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños, y en la Sentencia de Unificación SU-225 de 1998 advirtió que "d[el] artículo 44 se deriva claramente que, la Constitución, respetuosa del principio democrático, no permite, sin embargo, que la satisfacción de las necesidades básicas de los niños quede, integralmente, sometida a las mayorías políticas eventuales". Según la Corte "[p]or esta razón, la mencionada norma dispone que los derechos allí consagrados son derechos fundamentales, vale decir, verdaderos poderes en cabeza de los menores, que pueden ser gestionados en su defensa por cualquier persona, contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares". Advirtió además que "[s]e trata entonces de derechos que tienen un contenido esencial de aplicación inmediata que limita la discrecionalidad de los órganos políticos y que cuenta con un mecanismo judicial reforzado para su protección: la acción de tutela" (Negrilla fuera del texto).<sup>86</sup>

Sobre la protección adicional que tiene el derecho fundamental de la salud de los niños en la Ley Estatutaria de Salud, la Corte sostuvo en la Sentencia C-313 de 2014 que "El artículo 44 de la Carta, en su inciso último, consagra la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás. Este predominio se justifica, entre otras razones, por la imposibilidad para estos sujetos de participar en el debate democrático, dado que sus derechos políticos requieren para su habilitación de la mayoría de edad. Esta consideración de los derechos del niño, igualmente encuentra asidero en el principio rector del interés superior del niño, el cual, ha sido reconocido en la Convención de los derechos del niño, cuyo artículo 3, en su párrafo 1, preceptúa que en todas las medidas concernientes a los niños, se debe atender el interés superior de estos (...)" (Negrilla fuera del texto).<sup>87</sup>

En ese sentido, expuso también el Órgano de Cierre de la Jurisdicción Constitucional que "cualquier consideración en lo referente a la atención en salud de los niños y niñas debe verse determinada por la fundamentalidad de su derecho, la prevalencia de este sobre los derechos de los demás y la amplia jurisprudencia de la Corte en la materia encaminada a reconocer la protección reforzada de los menores de edad en lo referente a la satisfacción de sus derechos." (Negrilla fuera del texto)<sup>88</sup>

En similar sentido, recalcó la Corte mediante la Sentencia de Unificación SU-677 de 2017 que dicho principio supone aplicar la medida más beneficiosa para

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.  
 Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.  
 Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.  
 Parágrafo 3°. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.  
<sup>86</sup> Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.  
<sup>87</sup> Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.  
<sup>88</sup> Sentencia T-513 del 11 de diciembre de 2020.

salvaguardar al menor de edad que ve comprometida la garantía de sus derechos fundamentales.<sup>89</sup>

En la Sentencia C-507 de 2004, la Corte Constitucional, al estudiar una acción pública de inconstitucionalidad contra un aparte del artículo 34 del Código Civil, se encargó de determinar tres reglas del fundamento de la protección reforzada de los menores de edad, así:

"La jurisprudencia constitucional ha indicado que la protección reforzada de los derechos de los niños y de las niñas encuentra sustento en varias razones, entre las cuales se resaltan tres. La primera es que **la situación de fragilidad en que están los menores frente al mundo, en mayor o menor grado dependiendo de su desarrollo personal, impone al Estado cargas superiores en la defensa de sus derechos frente a lo que debe hacer para defender los de otros grupos que no se encuentran en tal situación**. La segunda es que es una manera de promover una sociedad democrática, cuyos miembros conozcan y compartan los principios de la libertad, la igualdad, la tolerancia y la solidaridad. La tercera razón tiene que ver con la situación de los menores en los procesos democráticos. La protección especial otorgada por el constituyente a los menores es una forma corregir el déficit de representación política que soportan los niños y las niñas en nuestro sistema político, al no poder participar directamente en el debate parlamentario." (Negrita y subraya fuera del texto).

Bajo esta óptica, a los niños se les debe proteger con ocasión de las circunstancias de fragilidad en las que se encuentran frente a los demás, lo cual le impone al Estado mayores cargas en la defensa de sus derechos en comparación con lo que debe hacer para defender a otros grupos que no están en la misma situación.

**11.3. Disposiciones vulneradas con la realización de tratamientos de reasignación de género**

A continuación, se procede a identificar las normas superiores que se desconocen al realizar tratamientos de reasignación de género sobre menores de 18 años con disforia de género:

Disposiciones vulneradas	Forma en que se vulneran
Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño	Se están desatendiendo los cuidados especiales y las medidas de protección especial que los menores de edad requieren por su falta de madurez física y mental, al permitirles realizarse esas prácticas sin tener en cuenta que científica y jurídicamente <b>carecen del criterio para comprender las consecuencias</b> que generarán en sus cuerpos y que no podrán retrotraer una vez sean adultos. Además, no es la misma interpretación que tienen de las consecuencias siendo menores de 18 años a cuando llegan a la edad adulta.
Numeral 1 del artículo 2 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado no está respetando los derechos de la Convención ni asegurando su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, porque no está atendiendo el <b>cuidado especial</b> que los menores de 18 años requieren para su desarrollo óptimo lejos de

<sup>89</sup> También citada en la Sentencia T-390 del 7 de septiembre de 2020.

	circunstancias que científicamente está comprobada la afectación negativa a su salud con efectos irreversibles.
Numeral 2 del artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado <b>no está garantizando en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo</b> del niño al permitir realizar esas prácticas que no generan beneficios, afectan su salud física y mental durante su crecimiento y cuyos efectos negativos perduran por toda la vida y no pueden revertirse, y en varios casos, pueden generar tendencia al suicidio, como fue demostrado en Noruega, Suecia y Dinamarca.
Numeral 2 del artículo 13 de la Convención de los Derechos del Niño	Se está vulnerando este artículo que establece la <b>libertad de expresión</b> del menor de edad, pero advierte de un límite en el literal b) de su numeral segundo, el cual es la <b>protección de la salud</b> , por ende, por disposición expresa de la Convención, debe prevalecer esta última y se vulnera al permitirles a los menores de edad recibir tratamientos de la reasignación de género porque se causa detrimento a su salud física y mental so pena de permitirles expresarse sobre la aceptación de estos tratamientos.
Numerales 1 y 3 del artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado desconoce su numeral primero al obviar que la realización de estas prácticas de reasignación de género en los menores de edad va <b>en detrimento del disfrute del más alto nivel posible de salud</b> que ellos pueden tener con ocasión de las consecuencias descritas por la evidencia científica y porque no cumplen con la finalidad de rehabilitar su salud ni de tratar las enfermedades que padezcan. Téngase en cuenta que las consecuencias pueden generarles, entre otros efectos, esterilidad, falta del desarrollo sexual, y, por lo tanto, no tendrían el más alto nivel posible de salud y una vez lleguen a la edad adulta pueden arrepentirse por carecer de las condiciones máximas de salud que su cuerpo y mente pudieron tener. Además, por el numeral tercero de este artículo es obligación del Estado abolir las prácticas que sean perjudiciales para la salud de los niños, y se desconocería al permitirlos so pena de cumplir con un eventual consentimiento que científicamente está descartado.
Artículo 27 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado vulnera este artículo por <b>no reconocer el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social</b> , en atención a que las prácticas de reasignación de género a través de los procedimientos indicados en el proyecto de ley <b>alterar gravemente su crecimiento y madurez, física y mental</b> , su desarrollo adecuado conforme al sexo de nacimiento, el término de su afectación es de por vida, no generan beneficios para su salud ni crecimiento y los efectos no pueden reversarse para cuando tengan mayor comprensión según la propia ciencia (25 años, edad en la que culmina el desarrollo neuronal, según las pautas de PALKO) o sean adultos. Con ocasión de lo anterior, estas prácticas desconocen expresamente lo sostenido por la Corte Constitucional en la Sentencia C-507 de 2004 al determinar sobre las medidas de protección en los menores de edad que "La propia

	Carta establece la finalidad que con ellas se debe buscar, a saber, garantizar a los niños (i) su desarrollo armónico e integral y (ii) el ejercicio pleno de sus derechos." <b>El desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona</b> (intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural). <b>El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos.</b> " (Negrita y subraya fuera del texto). Estas prácticas impiden un nivel de vida adecuado y afectan el desarrollo integral, toda vez que varias áreas, como la intelectual, la física (que incluiría la deportiva), la cognitiva y la emocional son alteradas con ocasión de las alteraciones en la anatomía que terminan disminuyendo y modificando de forma negativa estos procesos, so pena de garantizar el libre desarrollo de la personalidad de forma absoluta, con lo cual, tampoco sería un desarrollo armónico por privilegiarse uno en detrimento de los otros.
Artículo 1 de la Constitución Política	Se vulnera el respeto a la <b>dignidad humana</b> , habida cuenta que esta es entendida: i) como <b>ciertas condiciones materiales concretas de existencia</b> , las cuales no se respetan por el Estado al realizar prácticas invasivas en los cuerpos de los menores de 18 años que modifican sus estados y alteran esas condiciones mínimas de existencia, por los efectos que estos tratamientos conllevan, como la afectación en el crecimiento óseo, la esterilidad, la alteración en el intelecto, el aumento del deseo de suicidio, el deber de continuar con el mismo tratamiento por toda la vida con las consecuencias que esto lleva, y que no pueden retrotraerse y quedarán con esas alteraciones por toda la vida; ii) la dignidad humana como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, de la <b>integridad física y moral</b> , por cuanto esta integridad física y moral de los menores de 18 años es alterada con las prácticas invasivas en la forma descrita anteriormente y que esta última no puede ser retrotraída a su estado anterior.
Inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Política	Es desconocido al permitir estas prácticas por cuanto las autoridades están instituidas para <b>proteger a todas las personas en su vida y demás derechos y libertades</b> , y consentir sobre la realización de estos tratamientos en menores de 18 años, que son sujetos de especial protección, es una omisión a este artículo.
Artículo 11 de la Constitución Política	Es vulnerado, por cuanto <b>el derecho a la vida no se reduce a la mera existencia biológica</b> , sino que expresa una relación necesaria con la posibilidad que les asiste a todas las personas de <b>desarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano</b> . Estas facultades son reducidas al permitir las prácticas invasivas en el cuerpo de los menores de 18 años que ocasionan efectos de gravedad en sus cuerpos y que impiden que se desarrollen con todas las facultades, pues tendrán una reducción

	ósea, esterilidad, intenciones de suicidio, posibilidad alta de desarrollar tumores, insatisfacción psicológica pronunciada, autolesiones, mutilación de parte de su cuerpo, entre otras. Estas impiden la expresión autónoma y completa de las características de cada menor de 18 años en los campos de la experiencia humana.
<b>Inciso tercero del artículo 13 de la Constitución Política</b>	El Estado lo vulnera porque, so pretexto de aceptar la voluntad de los menores de 18 años, <b>no está protegiendo a aquellos que por sus condiciones físicas, mental o económica se encuentran en circunstancia de debilidad</b> , y en este caso, la propia ciencia ha establecido que no debe permitirse el consentimiento en los menores de 18 años para esas prácticas (informe de la UKOM) por su circunstancia de debilidad y de falta de comprensión relacionada con su edad que impide determinar los requisitos de este último para ser tomado por los menores, y además, en ellos debe adoptarse el requisito de prudencia.
<b>Artículo 16 de la Constitución Política</b>	Es quebrantado por el propio Estado porque <b>los límites del derecho al libre desarrollo de la personalidad se encuentran en los que impone el orden jurídico</b> , que, para el caso de los menores de 18 años, está soportado en todas las otras normas, y más, cuando se trata de estos últimos. De igual forma, se desconocen los <b>derechos sexuales</b> que hacen parte del libre desarrollo de la personalidad (C-131 de 2014), toda vez que las intervenciones invasivas del proyecto de ley tienen un alto riesgo de afectar la función sexual de los menores de edad que son tratados con estas prácticas y no podrán disfrutar plenamente de estos derechos.
<b>Artículo 42 de la Constitución Política</b>	Es desconocido por el Estado porque estas intervenciones afectan los <b>derechos reproductivos</b> de los menores de edad, los cuales van articulados a la progeneración responsable, y se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren tener hijos o no y cuándo tenerlos (C-131 de 2014). Al ocasionar la esterilidad en los menores de edad, estas prácticas afectan totalmente sus derechos reproductivos por la falta de fertilidad y les impedirá ejercer este derecho a futuro en una edad adulta. La esterilidad en los menores de edad fue estudiada ya por la Corte Constitucional. También afecta el <b>derecho a formar una familia</b> , el cual es también una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y de los derechos reproductivos, ya que al afectar la fertilidad en los menores de edad, les impide definitivamente materializar la elección libre entre las distintas opciones y proyectos de vida que, según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, puedan construir durante su existencia (C-131 de 2014) por no poder tener descendencia biológica.
<b>Artículo 44 de la Constitución Política</b>	Se vulnera porque <b>el derecho a la salud y la integridad física son fundamentales en los niños</b> , al igual que los reconocidos por los demás tratados internacionales ratificados por Colombia, entre los que se encuentran los identificados en este cuadro.

	De continuar permitiéndose la realización de estas prácticas en los niños, el Estado omitirá su deber de protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, puesto que estos tratamientos vulneran precisamente su desarrollo integral y armónico, conforme a lo expuesto, y afecta el ejercicio de sus derechos de la manera como se ha expuesto en los demás artículos. Esta obligación de asistencia no es solo del Estado, sino de la familia y de la sociedad, y cualquier persona puede exigir a las autoridades su cumplimiento y el castigo a los infractores.
<b>Artículo 45 de la Constitución Política</b>	Se vulnera con estas prácticas toda vez que se <b>desconoce el derecho que tienen los adolescentes de ser protegidos y formados integralmente</b> , y estos tratamientos atentan contra su propia salud física y mental, contra su desarrollo integral y contra su propia integridad, algunos retrasan su desarrollo, otros causan efectos irreversibles en su salud de forma permanente y la edad en la que se recomienda se realicen es después de los 25 años.
<b>Artículo 49 de la Constitución Política</b>	Se atenta contra el primer y quinto párrafo de este artículo, en consideración a que estas prácticas <b>no promueven, protegen ni recuperan la salud de los menores de edad</b> que las realizan, por el contrario, <b>causan detrimentos y perjuicios irremediables y de por vida</b> , y no está acreditada la recuperación de los menores que se someten a estos tratamientos. Además, es deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud, lo cual se desconoce al permitirle a los menores de 18 años, quienes requieren especial cuidado por la falta de desarrollo que tienen, a decidir la práctica de tratamientos que no benefician su salud pero que la perjudican gravemente, y que pueden generar consecuencias como la tendencia al suicidio, a la autolesión, y otras patologías de orden físico y mental.

**12. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL**

Debido a las consecuencias irreparables que los tratamientos de transición de género han generado en la población menor de edad y adulta, en varios países se han expedido leyes para proteger la vida y la salud física y mental de los niños y adolescentes, entre ellos, encontramos los siguientes:

**12.1. Estados Unidos**

Existe una creciente preocupación porque los medicamentos usados para tratar la transición de género, **no han sido aprobados por la FDA** y, por ende, se consideran **experimentales**. Hay diversas iniciativas que buscan prohibirlos:<sup>90</sup>

- **Arkansas H.B. 1570.** Ley denominada *“Safe Adolescents from*

<sup>90</sup> Verónica Silvery Pazos. Estos son los estados que han prohibido los tratamientos transgénero en menores de edad [Internet]. Voz Media. [Consultado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://voz.us/estos-son-los-estados-que-han-prohibido-los-tratamientos-transgenero-en-menores-de-edad/>

*Experimentation (SAFE)*”, fue uno de los primeros proyectos de ley promulgados.

- **Alabama S.B. 184.** *“The Alabama Vulnerable Child Compassion and Protection Act”*, estableció protecciones integrales para menores en Alabama y contiene disposiciones para prohibir que el personal docente retenga información a los padres relacionada con la identidad de género percibida de sus hijos.
- **Arizona S.B. 1138.** Ley denominada *“gender transition; prohibitions; public monies”*. La ley prohíbe la realización de cirugías de transición de género para menores.
- **Dakota del Norte H.B. 1254.** La norma prohíbe los bloqueadores de la pubertad, las hormonas y la cirugía de reasignación de sexo.
- **Dakota del Sur H.B. 1080.** Ley denominada *“An Act to prohibit certain medical and surgical interventions on minorpatients”*. Esta prohíbe la cirugía de reasignación de género como los “tratamientos” químicos, incluidos los bloqueadores de la pubertad y hormonas en menores de edad. Si un proveedor vulnera la ley, la junta de licencias revocará su certificado.
- **Florida S.B. 254.** En este estado las cirugías de cambio de sexo y los bloqueadores de pubertad serán ilegales para los menores de 18 años. Los profesionales de la salud que violen esta normativa podrían incluso perder su licencia médica.
- **Georgia S.B. 140.** Se prohibieron las cirugías de reasignación de género y los tratamientos hormonales para personas menores de 18 años en julio de 2023.
- **Idaho H.B. 71.** La ley prohibirá, a partir del 1 de enero de 2024 que los menores reciban bloqueadores de la pubertad, hormonas y cirugía transgénero; y penalizará a los profesionales que brinden atención a los jóvenes para cambiar su género.
- **Indiana S.B. 0480.** La ley prohibirá a los jóvenes acceder a medicación o intervenciones quirúrgicas transgénero. Adicionalmente, exigirá a quienes estén tomando medicación hormonal dejarla antes de finales del año en curso.
- **Iowa S.F. 538.** La ley prohíbe a los menores recibir tratamientos - incluidas cirugías- de reasignación de género. También prohíbe a los

profesionales de la salud administrar tratamiento “con el fin de intentar alterar la apariencia o afirmar la percepción del género o sexo del menor, si dicha apariencia o percepción es incompatible con el sexo [de nacimiento] del menor.”

- **Kentucky S.B. 150.** La ley entró en vigor a finales de junio de 2023 y prohíbe los bloqueadores de la pubertad, la terapia hormonal y la cirugía para menores.
- **Mississippi H.B. 1125.** La ley prohíbe explícitamente los bloqueadores de la pubertad, las hormonas y la cirugía para menores. Adicionalmente, permite a los pacientes demandar a las clínicas que realizan estas operaciones hasta 30 años después del hecho; tipifica como delito brindar atención médica relacionada con el cambio de sexo a menores de edad; bloquea la financiación pública para clínicas e instituciones que ofrecen este tipo de atención médica y libera a las compañías de seguro médico de tener que cubrir la atención médica relacionada con la afirmación de género para menores.
- **Missouri S.B. 49, 236 & 164.** La ley impide las cirugías de transición de género o la prescripción de drogas para la transición de género en menores de 18 y prohíbe que el programa Medicaid del estado financie cirugías de transición de género, hormonas cruzadas o los bloqueadores de pubertad.
- **Montana S.B. 0099.** La ley prohíbe la atención médica de reasignación de género para los menores de edad a partir del 1 de octubre de 2023 y cualquier médico que realice un procedimiento prohibido podrá ser demandado en los 25 años siguientes si las secuelas resultan en alguna lesión, “incluyendo daños físicos, psicológicos, emocionales o fisiológicos”.
- **Oklahoma S.B. 613.** La ley entró en vigencia en mayo de 2013, prohíbe la atención médica de reasignación de sexo para los menores y convierte en un delito grave para los trabajadores de la salud proporcionar a los niños estos tratamientos, que pueden incluir bloqueadores de la pubertad y las hormonas.
- **Tennessee.** Se firmó la ley que prohíbe la cirugía, las hormonas y los bloqueadores de la pubertad en menores de edad. También establece sanciones para los proveedores de estos tratamientos que la violen. Por una decisión de la Corte de apelaciones del Sexto Circuito se determinó que esa ley sería aplicada de forma inmediata en julio de 2023.
- **Texas S.B. 0014.** La ley prohíbe que los menores de 18 años puedan



- g. Las autoridades nacionales sanitarias de Suecia, Francia y Finlandia habían llamado a una gran precaución en el uso de los bloqueadores de pubertad.
- h. La información de aquellos adultos que transicionaron (quienes en la mayoría eran hombres) muestra que la mayoría viven como mujeres transexuales, aunque tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud mental, y la transición puede requerir **cirugías complejas y una medicación de por vida**.
- i. Para aquellos que inician con la transición, pero en el camino se arrepienten o detransicionan y escogen reidentificarse con el sexo de nacimiento, la **transición puede ser demasiado dolorosa**.

El texto también hace alusión en su capítulo de "An Uncertain Future"<sup>105</sup> al llamado que realizó la Academia Nacional de Medicina Francesa en marzo de 2022 a tener una gran cautela médica, considerando que si Francia permitiera el uso de bloqueadores de pubertad o de hormonas cruzadas con autorización de los padres y sin límites de edad, la más grande cautela es necesitada en ese uso, teniendo en cuenta los **efectos colaterales**, tales como el **impacto en el crecimiento, en la debilidad ósea, en el riesgo de esterilidad, en las consecuencias intelectuales y emocionales y, para las niñas, los síntomas de menopausia**.

La investigación compilada en el texto advierte sobre otros riesgos de los bloqueadores de pubertad en los jóvenes de sexo masculino, señalando que los mismos no serían capaces de lograr un orgasmo como adultos. En las conclusiones<sup>106</sup>, el libro señala que el servicio de la clínica será reemplazado por dos "Early Adopter services", uno en Londres y el otro en el noroccidente del Reino Unido, los cuales ofrecerán un tratamiento más holístico para los menores, entre los cuales habrá tratamiento de la salud mental y más servicios esenciales relacionados, incluyendo lo que se ofrecen a menores de edad con autismo. El acceso a los servicios de endocrinología y de fertilidad deberá ser ofrecido a aquellos menores a quienes les sea considerado apropiado.

La propuesta del Servicio de Salud Nacional del Reino Unido (NHS) fue puesta a consulta en octubre de 2022. Si bien la versión final no fue publicada al momento del lanzamiento del libro, se advirtió que en el borrador se identificó un **cambio fundamental en la dirección del cuidado de los niños y menores de edad con disforia de género**. Se resaltó lo siguiente:

- a. La atención primaria no será médica sino **psicológica y psicosocial**;
- b. Las clínicas deberán tener de presente que la incongruencia del género puede ser una **fase transitoria** para los menores de edad, particularmente los niños prepuberles y debe tenerse mucha cautela;
- c. El acercamiento de las clínicas deberá tener en cuenta los **riesgos de una transición inapropiada de género y las dificultades** que el menor de edad pueda experimentar en su pubertad al regresar a su género original si la incongruencia del género no persiste en la adolescencia.

Con base en estos fundamentos, entre otros, el Reino Unido restringió el uso de

<sup>105</sup> "HANNAH BARNES. ARE WE HURTING CHILDREN? En: Swift Press. Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children", "Essential Reading", Emily MAITLIS. 1st Edition. London. Swift. 2023. Disponible en Kindle Store, adquirido a través de Amazon.

<sup>106</sup> "HANNAH BARNES. Conclusion. En: Swift Press. Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children", "Essential Reading", Emily MAITLIS. 1st Edition. London. Swift. 2023. Disponible en Kindle Store, adquirido a través de Amazon. Page 432.

bloqueadores de la pubertad y hormonas para el cambio de sexo<sup>107</sup> y, adicionalmente, a inicios de año<sup>108</sup>, anunció la intención de bloquear la Ley Escocesa de cambio de género (la cual buscó permitir nuevamente el cambio de género a una edad inferior a los 18 años).<sup>109</sup>

En la última actualización del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS)<sup>110</sup>, este publicó unas especificaciones de servicio interino para servicios de incongruencia de género especializada en niños y adultos el 9 de junio de 2023, en la cual advirtió que **los bloqueadores de pubertad en menores de 18 años no serán practicados para la disforia de género**.

Luego, el 10 de mayo de 2024, se hizo público el "Cass Report", la investigación científica final adelantada por Hilary Cass, documento de 388 páginas, en el cual se concluyó, entre otros aspectos, que<sup>111</sup>:

- i) La justificación de la supresión temprana de la pubertad sigue sin estar clara, y la evidencia sobre el impacto en la disforia de género y la salud mental o psicosocial es débil. Se desconoce el efecto sobre el desarrollo cognitivo y psicosexual;
- ii) El uso de hormonas masculinizantes/feminizantes en menores de 18 años también presenta muchas incógnitas, a pesar de su uso prolongado en la población adulta transgénero. La falta de datos de seguimiento a largo plazo sobre aquellos que comenzaron el tratamiento a una edad más temprana significa que no tenemos información adecuada sobre la variedad de resultados para este grupo;
- iii) Para la mayoría de los jóvenes, una vía médica puede no ser la mejor manera de manejar su angustia relacionada con el género. Para aquellos jóvenes para quienes una vía médica está clínicamente indicada, no es suficiente brindarla sin abordar también problemas más amplios de salud mental y/o problemas psicosociales desafiantes.

La recomendación 10 consistió en que "a todos los niños se les debe ofrecer asesoramiento y preservación de su fertilidad antes de recibir

<sup>107</sup> Jill Lawless Associated Press, England health service won't give puberty blockers to children at gender clinics, ABC News, 11/06/2023. [Consultado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/englands-health-service-give-puberty-blockers-children-gender-99992674#-text=interest%20Successfully%20Added-England%20health%20service%20won%27t%20give%20puberty%20to%20children%20at%20gender%20clinics&text=LONDON%20-%20-%20The%20publicly%20funded%20potential%20benefits%20and%20harms>

<sup>108</sup> Gabrielle Colchen. Londres vetará una ley escocesa que facilitaría el reconocimiento del cambio de género, France 24, 17/11/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/europa/20230116-londres-vetara-una-ley-escocesa-que-facilita-el-reconocimiento-del-cambio-de-genero>

<sup>109</sup> Mundo. Ley escocesa sobre cambio de género en jaque: Gobierno británico la bloqueó. Revista Semana. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.semana.com/mundo/articulo/ley-escocesa-sobre-cambio-de-genero-en-jaque-gobierno-britanico-la-bloqueo/20230824>

<sup>110</sup> Implementing advice from the Cass Review, NHS England, Latest update: June 2023 [Consultado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-cqi/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>

<sup>111</sup> Final Report, The Cass Review, Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People. Consultado el 4 de octubre de 2024. Disponible en: [Final Report - Cass Review](https://www.cassreview.org.uk/final-report)

un camino médico", esto, teniendo en cuenta los riesgos de pérdida de fertilidad que conlleva la aplicación de estas intervenciones.

Poco tiempo después, se expidió la Orden 2024 No. 727 del 29 de mayo de 2024 del Gobierno del Reino Unido, aplicable en Inglaterra, Escocia y Gales, cuyo objeto fue **la prohibición de la venta y el suministro de los bloqueadores de la pubertad en menores de edad para la disforia de género como tratamientos de reasignación de género**, con ocasión de la falta de evidencia científica sobre sus beneficios y por los riesgos en la salud que configuran, al adoptarse con fundamento en el reporte Cass.

En esta decisión se advirtió en el numeral 5.2. que la prescripción de las medicinas estaba representando un riesgo para la seguridad de los pacientes menores de edad, por lo tanto, se enfocó en las acciones inmediatas para prevenir el daño, y cobró efecto a partir del 3 de junio de 2024.

En el documento anexo denominado "*Impact Assessments*" (los cuales normalmente acompañan toda intervención del Gobierno del Reino Unido de naturaleza regulatoria que afectan el sector privado, los servicios públicos y las organizaciones civiles), se advirtió categóricamente que el uso de los bloqueadores de la pubertad interrumpe la producción normal de hormonas que debería ocurrir en adolescentes, lo cual es esencial **para su desarrollo psicosexual y otros procesos del desarrollo físico, como el óseo, del cerebro y cognitivo; su uso tiene implicaciones negativas en la fertilidad y podría reducir el funcionamiento psicológico**.

Además, se indicó que incluso al aplicar los bloqueadores de la pubertad en una edad temprana puede afectar a que, cuando el menor de edad sea adulto, pueda desarrollarse una vaginoplastia, pues se estaría afectando el crecimiento del pene.

Con fundamento en el deber de evitar la concreción de los riesgos en daños a los menores de edad, se decidió prohibir los bloqueadores de la pubertad en el citado país.

Pese a ser demandada, la Sala Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia de Inglaterra y Gales profrizó la sentencia del 12 de julio de 2024, publicada el 29 del mismo mes y año por medio de la cual **declaró que la citada orden estaba acorde con el ordenamiento jurídico y negó las súplicas de la demanda**. Los principales motivos de su decisión enfatizaron en que con esta prohibición se evita la causación de los graves daños en la salud de los menores de edad y la alteración de sus derechos, por ende, la prohibición está actualmente vigente<sup>112,113</sup>.

**12.3. Suecia**

<sup>112</sup> : Bea Talegón, Sección Internacional, Diario 16 Plus, La justicia británica confirma la prohibición de los bloqueadores hormonales para menores, 30 de julio de 2024. Consultado el 4 de octubre de 2024. Disponible en: [La justicia británica confirma la prohibición de los bloqueadores hormonales para menores \(diario16plus.com\)](https://www.diario16plus.com).

<sup>113</sup> Rocío Ortizada, Hispanidad, Supremo asegura que es legal la prohibición de los bloqueadores de pubertad en menores, 30 de julio de 2024. Consultado el 4 de octubre de 2024. Disponible en: [Reino Unido marca el camino. El Supremo asegura que es le... \(hispanidad.com\)](https://www.hispanidad.com)

Pese a ser el primer país en reconocer la identidad trans en 1972, Suecia restringió el acceso de los menores a tratamientos hormonales para reasignar el género.<sup>114</sup> La causa se encontró en que la comunidad médica enfrentó el dilema de **actuar con precaución ante un aumento de los diagnósticos de personas que piden cambiar de género**.<sup>115</sup> Estos tratamientos para menores fueron suspendidos en febrero de 2022, con algunas excepciones, y en diciembre de ese año, la Socialstyrelsen (autoridad sanitaria de Suecia), **restringió drásticamente la práctica de masectomías en las adolescentes**.<sup>116</sup>

Thomas Linden<sup>117</sup>, responsable de la autoridad sanitaria sueca, y quien contribuyó al estudio que utilizó la autoridad sanitaria para emitir su recomendación<sup>118</sup>, reconoció y advirtió que **«el incierto estado de conocimiento en la materia incita a la prudencia»**, luego de identificar cómo el número de diagnósticos de disforia de género aumentó exponencialmente en los últimos años. Entre 1998 y 2021 el número de casos osciló los 8.900 y en 2021 se alcanzaron los 820 de forma alarmante.<sup>119</sup> La anterior tendencia es puntualmente identificada en el segmento de entre 13 y 17 años, en personas asignadas como mujeres al nacer. La cifra representa un **alza de 1.500 por ciento en comparación con el año 2008**. Las personas diagnosticadas tienen un **perfil complejo que combina otros desórdenes como autismo, problemas alimentarios o déficit de atención**.<sup>120</sup>

Adicionalmente, Suecia notó el número de casos de **«arrepentidos» que piden una «destransición»**. Mikael Kruse sostuvo, en línea con los fundamentos de varios psiquiatras y médicos, que lo que él consideró como una disforia de género que lo llevó a la transexualidad en la juventud acabó siendo un «trastorno del espectro autista, sumado a un déficit de atención».<sup>121</sup>

<sup>114</sup> E. Calvo. De Suecia al Reino Unido: los países que se arrepientieron de su 'Ley Trans'. ABC Sociedad, 20/10/2022. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.abc.es/sociedad/suecia-reino-unido-paises-arrepienteron-politicas-trans-20221020135833-nt.html>

<sup>115</sup> Sociedad. Suecia frena los tratamientos para los menores trans. DW Made for minds, 8/2/2023. Disponible en: <https://www.dw.com/es/suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans/a-64641393>. Roselyne Mind, As Spain advances trans rights, Sweden backtracks on gender-affirming treatments for teens. Euronews, 16/02/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [As Spain advances trans rights, Sweden backtracks on gender-affirming treatments for teens | Euronews](https://www.euronews.com/es/2023/02/16/sweden-backtracks-on-gender-affirming-treatments-for-teens)

<sup>116</sup> Sociedad. Suecia frena los tratamientos para los menores trans. DW Made for minds, 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans/a-64641393>

<sup>117</sup> Minuto a Minuto. Suecia frena los tratamientos para los menores trans. France 24, 8/02/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20230208-suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans>

<sup>118</sup> R.T.O. Suecia frena los tratamientos para los menores trans ante el alza de casos de disforia de género. The Objective, 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://theobjective.com/sociedad/2023-02-08/suecia-frena-tratamientos-menores-trans/>

<sup>119</sup> El debate AFP. Suecia se impone a la ideología y suspende los tratamientos hormonales a menores transexuales. El Debate, 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.eldiariodeldebate.com/sociedad/20230208/suecia-impone-ideologia-suspende-tratamientos-hormonales-menores-trans-92048.html>

<sup>120</sup> Sociedad. Suecia frena los tratamientos para los menores trans. DW Made for minds, 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans/a-64641393>. R.T.O. Suecia frena los tratamientos para los menores trans ante el alza de casos de disforia de género. The Objective, 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://theobjective.com/sociedad/2023-02-08/suecia-frena-tratamientos-menores-trans/>

<sup>121</sup> El debate AFP. Suecia se impone a la ideología y suspende los tratamientos hormonales a menores transexuales. El Debate, 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.eldiariodeldebate.com/sociedad/20230208/suecia-impone-ideologia-suspende-tratamientos-hormonales-menores-trans-92048.html>



Él, de 36 años, apoyó la nueva restricción sueca, pese a haber contemplado una transición hormonal. Cambió de género siendo joven y luego decidió hacer una "destransición". "Creo que está bien hacer una pausa para comprender que lo que pasa es algo bueno", señaló. Por siete (7) años, este sueco vivió como mujer, sin que esto interrumpiera su sufrimiento. Por ende, decidió realizarse un **segundo diagnóstico, el cual reveló que sufría un trastorno del espectro autista, junto a un déficit de atención. El sufrimiento que él percibía que venía de su género de nacimiento radicaba en otro lado, por lo que decidió volver a vivir como un hombre.**<sup>122</sup>

Para Carolina Jemsky, coautora del documental The Trans Train (2019) que puso sobre la mesa el tratamiento de niños y de adolescentes, **el debate actual "es más complejo de lo que el sistema de salud y la sociedad esperaban"** [70]. "Uno de los aspectos de este dilema es que se convirtió en un **tema político**", explicó a la AFP. "Esto no ayuda a este grupo que **necesita cuidados médicos probados científicamente para ayudarlos y darles una mejor vida**". [70].

Puntualmente, la Socialstyrelsen<sup>123</sup> advirtió en el título "For decision-makers" lo siguiente:

- a. La **evidencia científica existente es insuficiente para evaluar los efectos** de los supresores de pubertad y las terapias de afirmación de género para la disforia de género, salud mental y calidad de vida en los adolescentes con disforia de género.
- b. Se recomienda que estos tratamientos solo sean practicados en los contextos de investigación.
- c. Los **riesgos** de los bloqueadores de pubertad y de los tratamientos de afirmación de género **son mucho más probables de sobrepasar sus beneficios esperados.**
- d. Los tratamientos de mastectomía, terapias de hormonas de afirmación y los bloqueadores de pubertad solo serán administrados en casos **excepcionales.**
- e. Los cuidados deberán ser practicados con base en la **evidencia científica y experiencia y de acuerdo con el principio de hacer beneficios y no lastimar.**

Son 3 los factores que inclinaron la balanza entre los beneficios y los riesgos en una dirección negativa:

- a. El **resultado incierto de la falta de claridad sobre las causas** por las cuales el número de personas diagnosticadas con disforia de género ha seguido en aumento desde la publicación de las recomendaciones de 2015, particularmente, en los grupos entre los 13 y los 17 años y especialmente entre las personas con sexo femenino de nacimiento.
- b. La documentada **prevalencia de la detransición** entre los jóvenes adultos. No es posible evaluar cuán común es para los jóvenes  **cambiar con posterioridad la percepción de su identidad** de género o de no continuar un tratamiento de afirmación de género.

Adicionalmente, el estudio contiene otras recomendaciones en el numeral "other

<sup>122</sup> Sociedad. Suecia frena los tratamientos para los menores trans. DW Made for minds. 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.dw.com/es/suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans/a-64641393\\_R.T.O](https://www.dw.com/es/suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans/a-64641393_R.T.O). Suecia frena los tratamientos para los menores trans ante el alza de casos de disforia de género. The Objective. 8/2/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://theobjective.com/sociedad/2023-02-08/suecia-frena-tratamientos-menores-trans/>

<sup>123</sup> (Socialstyrelsen) Care of Children and adolescents with gender dysphoria. Summary of National Guidelines. December 2022. [Consultado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf>

recommendations"<sup>124</sup> que a continuación se transcriben:

- a. Ofrecer **apoyo psicosocial** para la exploración de la identidad de género durante la evaluación del diagnóstico.
- b. **Investigar sistemáticamente señales del desorden del espectro del autismo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad y de trastorno por déficit de atención** antes o en una etapa temprana de la evaluación. En caso de señales del desorden del espectro del autismo, se debe iniciar la evaluación neuropsiquiátrica.

**12.4. Finlandia**

La Autoridad de Salud de Finlandia (PALKO / COHERE) se desvió de los «Estándares de atención 7» de WPATH (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero) al proferir nuevas pautas en virtud de las cuales la **psicoterapia deberían ser el tratamiento de primera medida para los jóvenes que sufren de disforia de género, en lugar de los bloqueadores de la pubertad y las hormonas cruzadas.** Se efectuó esa modificación luego de una revisión sistemática, la cual coligió que **las evidencias que apoyan la transición pediátrica no eran concluyentes.**<sup>125</sup>

Las nuevas pautas instaron a ser precavidos debido a la naturaleza poco clara de los beneficios de estas intervenciones, "reservando en gran medida los bloqueadores de la pubertad y las hormonas del sexo cruzado para menores de edad con inicio de disforia de género en la primera infancia y sin trastornos mentales concurrentes." Se dejó de ofrecer cirugía a menores de 18 años.<sup>126</sup> Las directrices finlandesas advirtieron sobre la incertidumbre de proporcionar intervenciones irreversibles de «afirmación de género» para los menores de 25 años, debido a la **falta de madurez neurológica.**<sup>127</sup>

Estas pautas también establecieron una preocupación: los bloqueadores de la pubertad pueden **afectar de forma negativa la madurez cerebral** y afectar la capacidad del joven para emitir su consentimiento informado a las partes más sensibles de lo que indica el protocolo afirmativo holandés: las hormonas y la cirugía de sexo cruzado.<sup>128</sup> Adicionalmente, las pautas hicieron alusión a un estudio finlandés reciente, el cual llegó a la conclusión de que la reasignación médica de género **no es suficiente para mejorar el funcionamiento y aliviar**

<sup>124</sup> (Socialstyrelsen) Care of Children and adolescents with gender dysphoria. Summary of National Guidelines. December 2022. [consultado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf>

<sup>125</sup> Hemeroteca Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM). Finlandia prioriza la psicoterapia sobre las hormonas y rechaza las cirugías para los menores con disforia de género. Contra el borrado de las mujeres. 4/7/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://contraelborradodelasmujeres.org/finlandia-prioriza-la-psicoterapia-sobre-las-hormonas-y-rechaza-las-cirugias-para-los-menores-con-disforia-de-genero/>

<sup>126</sup> Hemeroteca Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM). Finlandia prioriza la psicoterapia sobre las hormonas y rechaza las cirugías para los menores con disforia de género. Contra el borrado de las mujeres. 4/7/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://contraelborradodelasmujeres.org/finlandia-prioriza-la-psicoterapia-sobre-las-hormonas-y-rechaza-las-cirugias-para-los-menores-con-disforia-de-genero/>

<sup>127</sup> Hemeroteca Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM). Finlandia prioriza la psicoterapia sobre las hormonas y rechaza las cirugías para los menores con disforia de género. Contra el borrado de las mujeres. 4/7/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://contraelborradodelasmujeres.org/finlandia-prioriza-la-psicoterapia-sobre-las-hormonas-y-rechaza-las-cirugias-para-los-menores-con-disforia-de-genero/>

<sup>128</sup> Hemeroteca Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM). Finlandia prioriza la psicoterapia sobre las hormonas y rechaza las cirugías para los menores con disforia de género. Contra el borrado de las mujeres. 4/7/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://contraelborradodelasmujeres.org/finlandia-prioriza-la-psicoterapia-sobre-las-hormonas-y-rechaza-las-cirugias-para-los-menores-con-disforia-de-genero/>

**12.5. Noruega**

En 2016 el entonces Ministro de Sanidad noruego, Bent Høie, aplicó en su país la ley que permite la autodeterminación de género mediante la voluntad expresa de la persona no solo para los mayores de edad, sino también para los menores, sin periodo de reflexión.<sup>133</sup>

Esto implicaba que los jóvenes de 16 y 17 años accedían a tratamientos sin tener el consentimiento de los padres, pero los menores de 15 y 16 debían tener una aprobación de los progenitores. **El «periodo de reflexión» fue eliminado porque era considerado un «obstáculo paternalista».**<sup>134</sup> En el país nórdico, la Junta de Investigación de Atención Médica (UKOM) anunció la **revisión de las pautas de la "afirmación de género" en menores de edad,** al considerar que **no están basadas en evidencias científicas** y que el creciente número de adolescentes identificados como hombres luego de la pubertad sigue sin estudio.<sup>135</sup>

Por lo anterior, en ese país el uso de bloqueadores de la pubertad, las hormonas y las cirugías **pasará a restringirse a contextos eminentemente investigativos y no en entornos clínicos.** Fundamentó la Junta de Investigación de Atención Médica que **estas técnicas tienen que prohibirse** en menores de edad (recomendando cautela y acompañamiento psicológico) por considerarse **experimentales.**<sup>136</sup>

En ese sentido, la base de conocimiento, especialmente centrado en la investigación para el tratamiento de afirmación de género (hormonal y quirúrgico), según un informe, es **«deficiente y los efectos a largo plazo son poco conocidos».** Para la UKOM esto debería replantearse y tenerse de presente porque estos factores podrían haber causado o podrían causar en un futuro daños a los pacientes.<sup>137</sup>

Además, la UKOM repara en la inestabilidad de la incongruencia de género de

**las comorbilidades psiquiátricas.**<sup>129</sup>

La frecuencia con la que los trastornos psiquiátricos acompañan a la disforia de género es muy evidente, y que los adolescentes y sus padres pueden creer que la solución de estos problemas está en la reasignación de género, cuando no es así, pues requieren un tratamiento clínico específico.<sup>130</sup>

El documento finlandés concluyó en que **no deben tomarse decisiones que puedan alterar de forma permanente el desarrollo mental y físico de un menor** que aún está madurando. Por consiguiente, inicialmente se debe tratar la disforia de género con apoyo psicosocial, y solo en caso de necesidad se acompañará de una terapia de reasignación de género, pero solo en relación con la gravedad de los síntomas y teniendo de presente que la aparición de la disforia de género puede ser predispuesta en un joven por los trastornos psiquiátricos y las dificultades de desarrollo. Por lo tanto, la **reasignación de género de los menores debe considerarse una práctica experimental, debiendo realizarse con extrema precaución y no debe iniciarse ningún tratamiento irreversible durante la minoría de edad.**<sup>131</sup>

SEGM<sup>132</sup>, grupo internacional de más de 100 médicos e investigadores preocupados por la falta de evidencia de calidad en el uso de intervenciones hormonales y quirúrgicas como tratamiento para los jóvenes con disforia de género, realizó la traducción del resumen oficial de las pautas al inglés, en donde concluyen:

- a. Los **desórdenes psiquiátricos y dificultades en el desarrollo** podrían predisponer a un menor de edad a padecer de disforia de género, por lo cual, **debería recibir tratamiento por sus problemas de salud mental y comportamental, y su salud mental debe estar estable previo a la determinación de su identidad de género.**
- b. La experiencia clínica revela que los **desórdenes del espectro autista (ASD)** se presentan con frecuencia entre los adolescentes que padecen de disforia de género, por lo tanto, incluso si esos adolescentes están presentando disforia de género, las intervenciones de rehabilitación para las ASD deben ser propiamente llevadas a cabo.
- c. Para el tratamiento de la disforia de género por la variación en la identidad de género en menores, debe **proveerse apoyo psicológico** en los cuidados de salud y debe tenerse la suficiente competencia para proveerse tal apoyo.
- d. Si el menor de edad que sufre de disforia de género tiene **otro sintoma psiquiátrico simultáneamente** que requiera cuidado médico especializado, serán llevados a cabo los **tratamientos requeridos de acuerdo con la naturaleza y severidad del desorden.** No se podrán llegar a conclusiones de la estabilidad de la identidad de género durante el periodo del desorden causado por una enfermedad psiquiátrica con síntomas que obstaculizan el desarrollo.

<sup>129</sup> Hemeroteca Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM). Finlandia prioriza la psicoterapia sobre las hormonas y rechaza las cirugías para los menores con disforia de género. Contra el borrado de las mujeres. 4/7/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://contraelborradodelasmujeres.org/finlandia-prioriza-la-psicoterapia-sobre-las-hormonas-y-rechaza-las-cirugias-para-los-menores-con-disforia-de-genero/>

<sup>130</sup> Segismundo Álvarez Royo Vilanova. El proyecto de Ley Trans y los nuevos protocolos de Suecia y Finlandia. Hay derecho. 22/10/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.hayderecho.com/2021/09/22/el-proyecto-de-ley-trans-y-los-nuevos-protocolos-de-suecia-y-finlandia/>

<sup>131</sup> Segismundo Álvarez Royo Vilanova. El proyecto de Ley Trans y los nuevos protocolos de Suecia y Finlandia. Hay derecho. 22/10/2021. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.hayderecho.com/2021/09/22/el-proyecto-de-ley-trans-y-los-nuevos-protocolos-de-suecia-y-finlandia/>

<sup>132</sup> (PALKO / COHERE Finland). Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland. Medical Treatment Methods for Dysphoria Related to Gender Variance in Minors. SEGM. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://segm.org/sites/default/files/Finland\\_Guidelines\\_2020\\_Minors\\_Unofficial%20Translation.pdf](https://segm.org/sites/default/files/Finland_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation.pdf)

<sup>133</sup> María Fernández. Noruega, país pionero en la ley trans, rectifica y prohibirá la autodeterminación de género en menores. El Debate. 9/06/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.eldebate.com/sociedad/20230609/noruega-pais-pionero-ley-trans-rectifica-prohibira-autodeterminacion-genero-menores\\_120387.html](https://www.eldebate.com/sociedad/20230609/noruega-pais-pionero-ley-trans-rectifica-prohibira-autodeterminacion-genero-menores_120387.html)

<sup>134</sup> María Fernández. Noruega, país pionero en la ley trans, rectifica y prohibirá la autodeterminación de género en menores. El Debate. 9/06/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.eldebate.com/sociedad/20230609/noruega-pais-pionero-ley-trans-rectifica-prohibira-autodeterminacion-genero-menores\\_120387.html](https://www.eldebate.com/sociedad/20230609/noruega-pais-pionero-ley-trans-rectifica-prohibira-autodeterminacion-genero-menores_120387.html)

<sup>135</sup> Rocio Orizaola. Noruega se arrepiente de su ley trans y da un paso atrás: la "afirmación de género" no está basada en "evidencias científicas". Algo es algo. Hispanidad. 23/05/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.hispanidad.com/noruega-se-arrepiente-de-su-ley-trans-y-da-un-paso-atras-120387.html>

<sup>136</sup> Rocio Orizaola. Noruega se arrepiente de su ley trans y da un paso atrás: la "afirmación de género" no está basada en "evidencias científicas". Algo es algo. Hispanidad. 23/05/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.hispanidad.com/noruega-se-arrepiente-de-su-ley-trans-y-da-un-paso-atras-120387.html>

<sup>137</sup> María Fernández. Noruega, país pionero en la ley trans, rectifica y prohibirá la autodeterminación de género en menores. El Debate. 9/06/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.eldebate.com/sociedad/20230609/noruega-pais-pionero-ley-trans-rectifica-prohibira-autodeterminacion-genero-menores\\_120387.html](https://www.eldebate.com/sociedad/20230609/noruega-pais-pionero-ley-trans-rectifica-prohibira-autodeterminacion-genero-menores_120387.html)

los menores, por **no estar ellos “completamente desarrollados corporal, mental, sexual o socialmente.”**<sup>138</sup> El informe critica que las directrices profesionales nacionales que regulan el tratamiento de afirmación de género en menores de edad con disforia de género **carecen de requisitos específicos para su evaluación e inicio de terapia.** Lo anterior conlleva un **riesgo para la seguridad del paciente, por faltar al principio de prudencia.** Además, se advierte de la lista de varios efectos secundarios subyacentes a esta práctica, los cuales se identifican a continuación:<sup>139</sup>

- a. La aparición de enfermedad hepática, reacciones psicológicas negativas en el caso de tratamiento de hombre a mujer, un mayor riesgo trombótico o hipertensión arterial;
- b. A la inversa, de mujer a hombre, aumento de glóbulos rojos, granos cicatriciales, edema o infertilidad resultante tanto de los procedimientos quirúrgicos como del tratamiento hormonal.

La UKOM declaró la necesidad de **ampliar el nivel de evidencia** sobre el abordaje de la disforia de género y plantear y organizar los servicios ofrecidos con base en estos conocimientos. Esta prohibición actualmente se encuentra en Finlandia, Noruega, el Reino Unido y estados norteamericanos, tras observar sus **resultados perniciosos e irreversibles**, según la psiquiatra infantil Caroline Eliacheff<sup>140</sup>, la cual se ha fundamentado en varios ejemplos y métodos completamente inconstitucionales del estatuto de la Ley de Afirmación de Género, aprobada en 2016 y que España pensaba adoptar mediante la Ministra de Igualdad, Irene Montero.

Una investigación llevada a cabo por Washington Examiner, sostiene que la mayor parte de los niños que padecen disforia de género se sienten cómodos con sus cuerpos cuando están en la pubertad y que quienes desean hacer la transición repentina luego de esta etapa pueden experimentar un **contagio social.**<sup>141</sup>

Se resalta que la narrativa activista que “favorece la transición en la infancia no tiene en cuenta el **efecto placebo.** Un artículo reciente en la revista académica Archives of Sexual Behavior discute cómo el efecto placebo no ha sido adecuadamente considerado al interpretar los nuevos hallazgos que apoyan la transición en niños. El término «efecto placebo» se refiere comúnmente a la **respuesta de un paciente a una intervención que es ineficaz, pero también puede describir los efectos psicológicos y físicos beneficiosos asociados con el tratamiento en sí.** Por ejemplo, participar en un estudio a menudo ofrece atención especial al paciente y la expectativa de que su condición (por ejemplo,

<sup>138</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Comisión de Salud noruega reclama más evidencia científica en los tratamientos transgénero. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.observatoriobioetica.org/2023/03/la-comision-de-salud-noruega-reclama-mas-evidencia-cientifica-en-los-tratamientos-transgenero/41571](https://www.observatoriobioetica.org/2023/03/la-comision-de-salud-noruega-reclama-mas-evidencia-cientifica-en-los-tratamientos-transgenero/).

<sup>139</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Comisión de Salud noruega reclama más evidencia científica en los tratamientos transgénero. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.observatoriobioetica.org/2023/03/la-comision-de-salud-noruega-reclama-mas-evidencia-cientifica-en-los-tratamientos-transgenero/41571>.

<sup>140</sup> D24 Redacción. Noruega prohíbe los cambios de género, hormonizaciones y mutilaciones en menores. Data 24. 9/6/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://data24.com.ar/internacional/noruega-prohibe-los-cambios-de-genero-hormonizaciones-y-mutilaciones-en-menores/>

<sup>141</sup> Jesús Carames. Noruega se une a Finlandia, Suecia y Reino Unido y restringe cambio de sexo en menores. BilbaoHiria. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://bilbaohiria.com/actualidad/cambio-sexo-menores-noruega-suecia/>

la disforia de género) mejorará.

Este efecto puede ser positivo en un entorno terapéutico, pero no es algo que los investigadores quieran confundir con los resultados de un estudio, ya que el propósito de la investigación es determinar objetivamente si un tratamiento funciona o no. Esto es especialmente importante cuando se evalúan intervenciones que pueden tener implicaciones para la fertilidad, el funcionamiento sexual futuro y la salud a largo plazo de un joven.”<sup>142</sup>

La UKOM<sup>143</sup> expresamente recomendó en su informe de marzo del presente año lo que a continuación se cita de la traducción al inglés y al castellano realizada para la propia página web del mencionado documento: “(...) *Que el tratamiento para retrasar la pubertad (bloqueadores de la pubertad) y el tratamiento hormonal y quirúrgico de confirmación de género para niños y adolescentes se definen como tratamiento experimental. Esto es especialmente importante para los adolescentes con disforia de género.*” (95, p. 6).

En el numeral 7<sup>144</sup> del informe, llamado “Nuestros hallazgos: conocimiento insuficiente”, se resalta sobre la seguridad y la eficacia del tratamiento, y la necesidad del trato de por vida en paciente de temprana edad, lo que a continuación se transcribe: “*Seguridad y eficacia del tratamiento: (...) Un estudio publicado muestra que las hormonas que retrasan la pubertad causan un crecimiento longitudinal más lento y aumentos más lentos en la densidad ósea. También se observa que los efectos sobre el desarrollo cognitivo no han sido mapeados. Los efectos secundarios inexplicables y los efectos a largo plazo tanto de los bloqueadores de la pubertad (terapia hormonal) como de los tratamientos hormonales de afirmación de género están siendo cada vez más cuestionados. Sin embargo, la experiencia con otros grupos de pacientes muestra que el uso a largo plazo de hormonas sexuales puede afectar el riesgo de enfermedad. Cuando se trata a personas con incongruencia de género, el tratamiento hormonal es sustancialmente más largo en duración e intensidad que los tratamientos hormonales para otras afecciones. Cuando el tratamiento se inicia a una edad temprana, tendrá que durar toda la vida. Se desconoce la satisfacción a largo plazo con los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género a nivel grupal y la necesidad de reoperaciones quirúrgicas.*” (96, p. 5).

Este numeral también desarrolla las tasas de suicidio en otros países, y, al respecto, advierte que este fue significativamente mayor en Suecia en los registrados con incongruencia de género en el 2020 que en la población mayoritaria, y en Holanda fue 4 veces mayor entre las personas transgénero en comparación con la mayoría de la población entre 2013 y 2017. Se transcribe a continuación: “*El informe de la Junta Nacional de Salud en 2020 mostró que el 0,6 por ciento de los registrados con el diagnóstico de incongruencia de género en Suecia (39 de 6334 personas) se habían suicidado (...) El riesgo de suicidio fue significativamente mayor que en la población general, pero al mismo nivel que el riesgo de suicidio de trastornos mentales comunes como la depresión, el trastorno bipolar y el autismo. Dado que estos trastornos mentales son tan comunes entre las personas con incongruencia de género, no es posible determinar si el aumento del riesgo de suicidio se debe a la incongruencia de género per se o es una consecuencia de trastornos mentales. Tampoco hay estudios que proporcionen evidencia de que el riesgo de suicidio se reduce como resultado del tratamiento de*

<sup>142</sup> Jesús Carames. Noruega se une a Finlandia, Suecia y Reino Unido y restringe cambio de sexo en menores. BilbaoHiria. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://bilbaohiria.com/actualidad/cambio-sexo-menores-noruega-suecia/>

<sup>143</sup> UKOM. Seguridad del paciente para niños y adolescentes con incongruencia de género. UKOM [Internet]. 1. Resumen. 09/03/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsskngruens/vare-funn-krav-til-forsvarlighet-saerlig-knyttet-til-barn-og-unge>

<sup>144</sup> UKOM. Seguridad del paciente para niños y adolescentes con incongruencia de género. UKOM [Internet]. 7. Nuestros hallazgos: conocimiento insuficiente.” 09/03/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsskngruens/vare-funn-krav-til-forsvarlighet-saerlig-knyttet-til-barn-og-unge>

**afirmación de género, o que el riesgo de suicidio aumente si no se proporciona tratamiento de afirmación de género.”** Los datos del seguimiento de una cohorte de personas derivadas de un centro especializado en los Países Bajos (1972-2017), también publicados en 2020, mostraron un **riesgo casi cuatro veces mayor de suicidio entre las personas transgénero para el periodo 2013-2017 en comparación con el riesgo general.** Los suicidios ocurrieron en todas las fases de transición, y dos tercios ocurrieron en personas que todavía estaban en la fase de tratamiento activo. (96, p. 6-7).

Adicionalmente, el informe hace relevancia en su numeral 8<sup>145</sup> al **interés superior del niño**, el cual es resaltado en el presente proyecto de ley; desarrolla el **requisito de prudencia** al concertarlo con este interés superior, y establece como **intervenciones de naturaleza invasiva con un riesgo potencialmente alto de lesión** los bloqueadores de la pubertad, las hormonas de afirmación de género y la cirugía de afirmación de género, al advertir: “*Al evaluar el requisito de prudencia, nos centramos principalmente en intervenciones de naturaleza invasiva con un riesgo potencialmente alto de lesión, como bloqueadores de la pubertad, hormonas de afirmación de género y cirugía. Las medidas no invasivas, como las conversaciones, las prótesis y la depilación, son ayudas que pueden contribuir a hacer frente a la incongruencia de género, pero que no tienen el mismo riesgo de lesión que las medidas más invasivas.*

*El requisito de prudencia tiene una amplia base en la legislación sanitaria. El requisito de prudencia se refiere a la evaluación, el tratamiento y el seguimiento. Las directrices profesionales nacionales a menudo serán útiles en el trabajo al describir medidas y soluciones basadas en conocimientos profesionales reconocidos actualizados y, a menudo, especificar cómo debe ser la práctica (...). El requisito de prudencia en relación con los niños y adolescentes presupone que toda evaluación, tratamiento y seguimiento deben estar en consonancia con “el interés superior del niño”. Para todas las decisiones adoptadas en relación con los niños y los jóvenes, debe hacerse una evaluación general de lo que redunde en el interés superior del niño sobre la base de la situación y las necesidades. El requisito de prudencia también incluye requisitos de asistencia compasiva.*” (97, p. 2-3).

Finalmente, el informe del presente año concluye señalando que las pautas de la “afirmación de género” en menores de edad son **demasiado riesgosas para la seguridad de los menores de edad**, como a continuación se observa: “*La evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes con incongruencia de género y disforia de género es complicada. Hay que tener en cuenta el hecho de que están en un desarrollo intenso, tanto físico como mental. Para que los niños y adolescentes puedan dar su consentimiento para el tratamiento de afirmación de género por sí mismos, no está claro qué se necesita para decir que el niño está listo para tomar tal decisión. ¿Qué requisitos debemos establecer para asumir que el niño tiene suficiente comprensión y perspicacia para comprender las consecuencias de las decisiones tomadas? Además, está la cuestión de qué información debe estar disponible para hacer la elección. La Ley establece requisitos claros de información para todos los pacientes que reciben atención médica. Esto se aplica a la información sobre el estado de salud, el contenido de la atención médica y los riesgos y efectos secundarios. Este conocimiento es importante para tomar decisiones informadas. Como se discutió en la base de evidencia, se sabe poco acerca de los efectos a largo plazo de los bloqueadores de la pubertad y los efectos secundarios del tratamiento con hormonas. Los pacientes deben ser informados sobre esto, y los pacientes deben ser capaces de entender las consecuencias de sus elecciones. Los encuentros y el diálogo con los terapeutas serán decisivos para las decisiones que tomen los niños y los jóvenes.*”

En conclusión, nuestros hallazgos muestran que es cuestionable si todos los niños y adolescentes con incongruencia de género y disforia reciben atención

<sup>145</sup> UKOM. Seguridad del paciente para niños y adolescentes con incongruencia de género. UKOM [Internet]. 7. Nuestros hallazgos: conocimiento insuficiente.” 09/03/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsskngruens/vare-funn-krav-til-forsvarlighet-saerlig-knyttet-til-barn-og-unge>

médica adecuada. El derecho de los niños a dar su consentimiento a la atención médica y el derecho de los padres a la información son cuestiones difíciles de decidir para el personal de salud, lo que se suma al hecho de que los niños y adolescentes pueden tener **diversos grados de madurez física y mental** y pueden estar en diferentes niveles de desarrollo a pesar de la misma edad. Para que los niños y adolescentes puedan dar su consentimiento para el tratamiento de afirmación de género por sí mismos, **no está claro qué se necesita para determinar que el niño está listo para tomar tal decisión.**

**12.6. Rusia**

El 14 de julio del 2023, la DUMA, la cámara baja del parlamento ruso, aprobó en su tercera y última lectura la ley que **prohíbe la transición de género** en el territorio ruso. La ley incluye la prohibición de la cirugía de transición y se restringe la hormonación, además, prohíbe la terapia hormonal.<sup>146</sup> La ley solo permitirá las intervenciones médicas relacionadas con el tratamiento de anomalías congénitas, enfermedades genéticas y endocrinas asociadas con la formación alterada de los órganos genitales en los niños tras la decisión de una comisión médica.<sup>147</sup>

El Presidente de la DUMA, Viacheslav Volodin, señaló expresamente en Telegram: “Esta decisión protege a nuestros ciudadanos, niños”. Piénselo: ha habido 50 veces más operaciones de reasignación de género en Estados Unidos en los últimos 10 años (...)”<sup>148</sup> Esta última afirmación recoge las inquietudes planteadas por la comunidad científica en los cuatro países anteriores sobre el **aumento exponencial de la identificación de personas menores de edad con disforia de género** y que llevó a alertar a sus sistemas normativos para prohibir o restringir las reasignaciones de género.

**12.7. Dinamarca**

Más recientemente, en agosto del 2023, Dinamarca se unió a los países que restringen la transición de género en menores de edad. La revista médica de la Asociación Médica Danesa *Ugeskrift for Læger*, confirmó el cambio notable en el planteamiento del país al momento de atender a los jóvenes que padecen de disforia de género. **Estos ya no reciben bloqueadores de pubertad, hormonas o cirugía, sino asesoramiento terapéutico y apoyo.**<sup>149</sup>

<sup>146</sup> D Mitri Lovetsky. Putin proscribire el cambio de sexo en Rusia. El Mundo. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/internacional/2023/07/25/54649196fc0e853548844570.html>

<sup>147</sup> Euronews con Agencia EFE. Rusia prohíbe el cambio de sexo para detener la “degeneración” de niños y adultos. Euronews. 14/07/2023. [Consultado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.euronews.com/2023/07/14/rusia-prohibe-el-cambio-de-sexo-para-detener-la-degeneracion-de-ninos-y-adultos>

<sup>148</sup> Amanda. Dinamarca se une a la lista de países que han restringido las transiciones de género en jóvenes. Amanda Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada. 18/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-pais-c3a3adpese-que-han-restringido-las-transiciones-de-g%C3%A9nero-en-%C3%B3venes>

<sup>149</sup> Michael Cook. Denmark changes course on gender medicine for teens. Bioedge. Bioethics News From Around The World. 30/08/2023. [Consultado el 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://bioedge.org/gender/transgender/denmark-changes-course-on-gender-medicine-for-teens/>

La Ministra de Sanidad Løhde afirmó que el tratamiento médico en la clínica central danesa de género en Copenhague –la Clínica de Sexología– sólo sería ofrecido «si el niño o joven ha tenido disforia de género desde la infancia».<sup>150</sup> Ella afirmó «Si la disforia de género ha comenzado en relación con la pubertad, el joven puede, entre otras cosas, ser remitido a un proceso de reflexión o clarificación». «Este proceso suele finalizar sin tratamiento médico, ya que no se considera que exista necesidad de tratamiento».<sup>151</sup>

En Dinamarca la petición de poner fin a la transición médica de menores fue liderada por uno de los mayores grupos LGBTI del país, el Consejo Danés Arco Iris, presidido por el transexual FtM Marcus Dib Jensen conocido por su canal de YouTube en inglés La Transexual Ofensiva, siendo la primera vez que la crítica a estas terapias procede de las propias personas transexuales. Esta organización se encuentra comprometida con la protección de la infancia, el reconocimiento de la disforia de género como un trastorno mental y se opone a las derivadas de la ideología de género.<sup>152</sup>

Luego de llevar a cabo las revisiones sistemáticas de las pruebas realizadas en Europa y la ulterior inversión del paradigma de "afirmación del género" en pro de un enfoque prudente, fundamentado en el desarrollo, que prioriza el apoyo psicosocial y la resolución no invasiva de la disforia de género en Suecia y Finlandia, Dinamarca parece haber efectuado una modificación silenciosa pero firmemente decidida para tratar a la mayoría de los jóvenes que padecen de disforia de género con asesoramiento de apoyo en lugar de bloqueadores de la pubertad, hormonas o cirugía de afirmación. Sólo al 6% de las personas enviadas a la clínica de género centralizada de Dinamarca se les prescribieron intervenciones endocrinas (hormonas sexuales cruzadas y/o bloqueadores de la pubertad)\* en 2022.<sup>153</sup>

Los fundamentos de este cambio se encuentran en la publicación reciente en Ugeskrift for Læger ("Revista semanal para médicos"), la revista de la Asociación Médica Danesa. El citado artículo se encarga de ofrecer uno de los debates más sobrios hasta la fecha sobre las incertidumbres éticas y médicas inherentes a la práctica de las intervenciones profundas que alteran y afectan la vida

<sup>150</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>151</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>152</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>153</sup> Aminda. Dinamarca se une a la lista de países que han restringido las transiciones de género en jóvenes. Aminda Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada. 18/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.

de los menores, en un contexto de conocimiento muy reducido del cambio epidemiológico de los menores de edad que solicitan asistencia, las elevadas y crecientes tasas de abandono y la profunda incertidumbre sobre los resultados a largo plazo.<sup>154</sup>

El vicepresidente del Consejo Danés Arco Iris, Jesper W. Rasmussen, publicó recientemente un artículo sobre las declaraciones de la ministra<sup>155</sup>. "Es importante comprender lo significativo que es que hasta el 80% de los niños que se sometían a cirugía de reasignación de sexo ahora, en palabras de la propia ministra, ya no podrán someterse a este tratamiento controvertido e irreversible." También señalaron del Consejo Danés Arco Iris: "Hemos recibido varios correos electrónicos de padres aliviados de niños con ROGD (disforia de género de aparición rápida) y en los próximos meses vigilarémos si estos niños siguen siendo libre de reasignación hormonal de sexo, solicitando regularmente el acceso a las estadísticas de tratamiento de la Clínica de Sexología".<sup>156</sup>

La disforia de género de inicio rápido en la adolescencia, que afecta primordialmente a las mujeres, es el perfil dominante de paciente a nivel internacional, no obstante, la base de pruebas (limitada y controvertida) de las hormonas sexuales cruzadas y de las hormonas sexuales cruzadas se deriva de estudios anteriores para la disforia clásica de inicio en la primera infancia, típicamente entre varones.<sup>157</sup>

Por otro lado, la angustia de género que aparece durante o después del inicio de la pubertad, a menudo después de la inmersión online y las declaraciones de identidad transgénero entre amigos de la escuela, comúnmente se conoce como disforia de género de inicio rápido (ROGD) siguiendo el estudio preliminar de 2018 llevado a cabo por la investigadora estadounidense de salud pública, la Dra. Lisa Littman.<sup>158</sup> "El trabajo de la Dra. Littman es bien conocido en los países nórdicos. La Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia hizo referencia el año pasado a su estudio de 2021 sobre detransicionadores y declaró que la bajísima tasa de arrepentimiento de tratamiento alegada por las clínicas de género juvenil «ya no se mantiene incontestable»".<sup>159</sup>

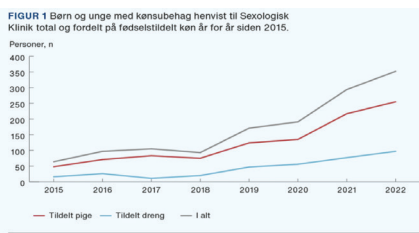
El artículo publicado en la revista Ugeskrift for Læger de la Asociación Médica de Dinamarca no deja lugar a dudas de que Dinamarca también ha corregido el camino en lo que respecta a las transiciones de género de los jóvenes, restringiendo esta opción a casos excepcionales y priorizando el asesoramiento

<sup>154</sup> Aminda. Dinamarca se une a la lista de países que han restringido las transiciones de género en jóvenes. Aminda Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada. 18/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>155</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>156</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>157</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>158</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>159</sup> Hemeroteca. Bernard Lane: Dudas en Dinamarca sobre la transición médica de menores. Contra el borrado de las mujeres. 16/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.

para la gran mayoría de los jóvenes que se presentan actualmente.<sup>160</sup>

SEGM (Society for Evidence Based in Gender Medicine)<sup>161</sup>, advierte que los autores del informe identifican explícitamente la "influencia social" como un factor que contribuye al preocupante cambio epidemiológico en la presentación de la disforia de género. La concepción de que los adolescentes son el resultado de su entorno social y pueden adoptar identidades transexuales por el impacto social no parece ser controvertida en el país danés.<sup>162</sup>

El artículo de la revista Ugeskrift for Læger<sup>163</sup> del 3 de julio de 2023, muestra en el gráfico que se cita el desbordante crecimiento de derivaciones, de 97 en 2016 a 352 en 2022, de las cuales las niñas de nacimiento de 11 a 18 años representan el 70% (línea roja), en comparación con los niños (línea azul).



(122, p. 5).

El artículo, en su título Antecedentes y Desarrollo<sup>164</sup>, señala la elevada tasa de comorbilidades psiquiátricas en los casos actuales, indicando lo que a continuación se cita: "Mientras que en los Países Bajos no hay otros cambios en la base de pacientes, otros países han reportado una mayor proporción de personas remitidas con diagnósticos psiquiátricos [2, 11]. No se han investigado los antecedentes de la amplia variación en la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos: 75% de los remitidos en Finlandia [11] frente a 33% en los Países Bajos [8]. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes son depresión, ansiedad, pensamientos suicidas / autolesiones, autismo y TDAH [2, 8, 11, 12]. Varios países también informan que, en comparación con los primeros estudios holandeses, hay más referencias donde se produjo malestar de género después de la pubertad [11, 13]." (123, p. 4).

<sup>160</sup> Aminda. Dinamarca se une a la lista de países que han restringido las transiciones de género en jóvenes. Aminda Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada. 18/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>161</sup> Denmark Joins the List of Countries That Have Sharply Restricted Youth Gender Transitions. SEGM (Society for Evidence Based in Gender Medicine). 17/08/2023. [Consultado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.segm.org/Denmark-sharply-restricts-youth-gender-transitions>.  
<sup>162</sup> Aminda. Dinamarca se une a la lista de países que han restringido las transiciones de género en jóvenes. Aminda Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada. 18/08/2023. [Consultado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.amandafamilias.org/post/dinamarca-se-une-a-la-lista-de-paises-que-han-restringido-las-transiciones-de-genero-en-los-adolescentes-y-ninos-con-disforia-acelerada>.  
<sup>163</sup> Mette Vinther Hansen, Annamaria Giraldi, Katharina Maria Main, Jonas Vrublovsky Tingsgård & Mette Ewers Haahr. Health professional services for children and adolescents with gender discomfort. Ugeskrift for Læger. 03/07/2023. [Consultado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsultation>.  
<sup>164</sup> Mette Vinther Hansen, Annamaria Giraldi, Katharina Maria Main, Jonas Vrublovsky Tingsgård & Mette Ewers Haahr. Health professional services for children and adolescents with gender discomfort. Ugeskrift for Læger. Background and Development. 03/07/2023. [Consultado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsultation>.

También el mencionado documento expone el incremento en la cantidad de arrepentidos entre aquellos que iniciaron cambios inducidos por hormonas realizados en su adolescencia: "Por otro lado, el artículo advierte que, en los últimos años, ha habido informes de arrepentimientos de cambios duraderos inducidos por hormonas en el cuerpo iniciados en la adolescencia entre adolescentes y adultos [14-16]. No hay informes sistemáticos de la frecuencia o las razones de la interrupción hormonal. En general, los cambios han llevado a varios países, incluidos Suecia y Finlandia, a recomendar un enfoque cauteloso para el tratamiento médico, con énfasis en la duración de la incomodidad de género [2, 17]. Un desarrollo similar en Dinamarca ha llevado a que la terapia hormonal se ofrezca actualmente a muchas menos personas que antes." (123, p. 5).

De forma expresa, el artículo advierte, en el título Tratamiento Médico y Quirúrgico<sup>165</sup>, las graves contraindicaciones para la terapia hormonal en menores de 18 años de la siguiente forma: "La hormona sexual se administra en forma de testosterona a las niñas asignadas al nacimiento y estrógeno a los niños asignados al nacimiento a partir de los 15-16 años, posiblemente precedido por el tratamiento con el análogo de la GnRH. Los cambios corporales del tratamiento con hormona sexual ocurren después de meses, mientras que el efecto completo puede tardar hasta años. Algunos cambios son permanentes, incluyendo la voz profunda (testosterona) y el crecimiento de los senos (estrógeno), y ambos tipos de hormonas sexuales causan una reducción de la fertilidad, aunque su grado y reversibilidad siguen siendo desconocidos [18]. Las contraindicaciones para la terapia hormonal son abuso, pensamientos suicidas / autolesiones, insatisfacción psicológica pronunciada y condiciones somáticas preocupantes (por ejemplo, cáncer, enfermedad tromboembólica)." (124, p. 7).

En el título Discusión<sup>166</sup>, los autores recalcan sobre el impacto social, la accesibilidad del tratamiento y la mayor conciencia del transgenerismo como causas de la creciente disforia de género, así: "Es probable que el creciente número de referencias sea tanto el resultado de una mayor conciencia del transgenerismo como de la desestigmatización parcial, la accesibilidad del tratamiento y el impacto social [9, 23]. Se ha prestado especial atención a la evolución de la proporción de género entre los jóvenes, con predominio de niñas asignadas al nacer [7-9]. La justificación del cambio no está suficientemente dilucidada, pero se discute la importancia del impacto social, la mayor prevalencia del comportamiento no normativo de género entre las niñas y la baja tolerancia al comportamiento no normativo de género en los niños [2, 9, 24]."

12.8. Francia

En el caso del país galo se advierte que la Academia Nacional de Medicina de Francia emitió un comunicado de prensa el 25 de febrero de 2022, con 59 votos a favor, 20 votos en contra y 13 abstenciones, resaltando el alarmante incremento en el número de casos de identidad transgénero en los jóvenes, afirmando que, "a menudo, están relacionados con la influencia del entorno social y que debe extremarse la prudencia al instaurar tratamientos de bloqueo hormonal y transición de género, porque pueden resultar contraproducentes y, en muchos casos, irreversibles".<sup>167</sup>

<sup>165</sup> Mette Vinther Hansen, Annamaria Giraldi, Katharina Maria Main, Jonas Vrublovsky Tingsgård & Mette Ewers Haahr. Health professional services for children and adolescents with gender discomfort. Ugeskrift for Læger. TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO. 03/07/2023. [Consultado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsultation>.  
<sup>166</sup> Mette Vinther Hansen, Annamaria Giraldi, Katharina Maria Main, Jonas Vrublovsky Tingsgård & Mette Ewers Haahr. Health professional services for children and adolescents with gender discomfort. Ugeskrift for Læger. Discusión. 03/07/2023. [Consultado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsultation>.  
<sup>167</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023.

La Academia llamó la atención sobre la **dificultad en diferenciar una tendencia transexual duradera de una fase pasajera del desarrollo de un adolescente**. Esto, por cuanto *"La identidad transgénero, identificarse con un género diferente al biológico, es persistente y dura más de 6 meses. Esta experiencia puede causar una angustia significativa y prolongada, lo que puede contribuir a un mayor riesgo de suicidio."*<sup>168</sup> Esta institución, a su vez, advirtió que no hay evidencia científica de la predisposición genética a padecerla.<sup>169</sup>

Se advierte en el documento, como **potenciales causas de la disforia de género, el excesivo uso de las redes sociales, la influencia de otros en círculos sociales o la mayor aceptabilidad social**, y se señala que *"(...) este fenómeno epidémico se manifiesta en la aparición de casos o incluso grupos de casos en el entorno inmediato de los adolescentes (...) Este problema primordialmente social se debe, en parte, al cuestionamiento de una visión demasiado dicotómica de la identidad de género por parte de algunos jóvenes."*<sup>170</sup>

La precaución médica en niños y adolescentes se debe extremar, debido a la **vulnerabilidad, especialmente psicológica, de esta población y los múltiples efectos indeseables, irreversibles e incluso por las complicaciones graves** que pueden ocasionar algunas de las terapias disponibles. Así, la academia en mención recordó la decisión de mayo de 2021 del Hospital Universitario Karolinska de Estocolmo de prohibir el uso de bloqueadores de la pubertad.<sup>171</sup>

Si bien no fueron prohibidos los bloqueadores de pubertad ni las hormonas cruzadas en su totalidad en su momento, se advirtió que se necesita la mayor precaución en su uso, teniendo en cuenta los efectos secundarios como el impacto en el crecimiento, el debilitamiento de los huesos, el riesgo de esterilidad, consecuencias emocionales e intelectuales y, para las niñas, síntomas parecidos a la menopausia.<sup>172</sup> En cuanto a las cirugías de afirmación,

[Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

<sup>168</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

<sup>169</sup> Hemeroteca. La Academia Nacional de Medicina de Francia recomienda precaución en la transición de género pediátrica. Contra el Borrado de las Mujeres. 05/04/2022. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-recomienda-precaucion-en-la-transicion-de-genero-pediatrica-1-contra-el-borrado-de-las-mujeres>

<sup>170</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

<sup>171</sup> Hemeroteca. La Academia Nacional de Medicina de Francia recomienda precaución en la transición de género pediátrica. Contra el Borrado de las Mujeres. 05/04/2022. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-recomienda-precaucion-en-la-transicion-de-genero-pediatrica-1-contra-el-borrado-de-las-mujeres>

<sup>172</sup> Hemeroteca. La Academia Nacional de Medicina de Francia recomienda precaución en la transición de género pediátrica. Contra el Borrado de las Mujeres. 05/04/2022. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-recomienda-precaucion-en-la-transicion-de-genero-pediatrica-1-contra-el-borrado-de-las-mujeres>

tales como la mastectomía, permitida en Francia a partir de los 14 años, y las relativas a los genitales externos (vulva, pene), subrayó que estos procedimientos son irreversibles.<sup>173</sup>

En el documento se determinó que, si se brinda atención médica por este motivo, *"(...) es fundamental asegurar el apoyo médico y psicológico, primero a los niños y adolescentes afectados, pero también a sus padres, sobre todo porque no existe una prueba que distinga entre disforia de género persistente y disforia adolescente transitoria. Además, el riesgo de sobrediagnóstico es real, como lo demuestra el creciente número de adultos jóvenes que desean la "detransición" o reversión del proceso. Conviene, por tanto, prolongar al máximo la fase de atención psicológica."*<sup>174</sup>

Finalmente, la Academia Nacional de Medicina de Francia<sup>175</sup> llamó la atención de la comunidad médica sobre la creciente demanda de atención en el contexto de la identidad transgénero en niños y adolescentes, y recomendó:

- Los niños y adolescentes que expresen un deseo de transición, así como sus familias, deben recibir **apoyo psicológico extendido**. Si persiste el deseo de transición, la decisión de tratar con bloqueadores de la pubertad o hormonas sexuales cruzadas debe considerarse cuidadosamente y en el marco de **consultas multidisciplinarias**.
- Los estudios médicos deben incluir **información clínica específicamente adaptada para informar y orientar** a los jóvenes y sus familias.
- Es necesario **seguir investigando** tanto los aspectos clínicos y biológicos como los éticos de este asunto, con evidencias todavía insuficientes.
- Los padres que respondan a las preguntas de sus hijos sobre la identidad transgénero o la angustia asociada deben permanecer atentos al **papel aditivo del compromiso excesivo con las redes sociales**, que es perjudicial para el desarrollo psicológico de los jóvenes y es responsable de una parte muy importante del creciente sentido de incongruencia de género.

**Borrado de las Mujeres.** Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

<sup>173</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

<sup>174</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

<sup>175</sup> Plateforme de Communication Rapide de l'Académie. Académie Nationale de Médecine. Medicine and gender transidentity in children and adolescents - Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps (academie-medicine.fr). Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

### 12.9. Alemania

En Alemania la 128ª Asamblea Médica aprobó el 10 de mayo de 2024 dos resoluciones, una encaminada a restringir los bloqueadores de la pubertad, las hormonas cruzadas y las cirugías de afirmación para menores de 18 años con disforia de género a ensayos clínicos controlados. **Los tratamientos fueron declarados experimentales y se indicó que no mejoran la disforia de género**<sup>176</sup>.

Esta resolución, identificada como la IC-48, fue adoptada por una votación de 120 médicos a favor, 47 en contra y 13 abstenciones<sup>177</sup>.

De conformidad con la citada resolución, las pruebas médicas actuales determinan claramente y sin dubitaciones que los fármacos bloqueadores de la pubertad, los tratamientos hormonales del sexo opuesto (la llamada administración hormonal cruzada y la cirugía de reasignación de sexo (a modo de ilustración, una mastectomía) no mejoran los síntomas de incongruencia de género o disforia de género ni la salud mental de los menores. Estas son intervenciones irreversibles en el cuerpo de menores fisiológicamente sanos en primera instancia, que no pueden dar su consentimiento informado en ausencia de pruebas para tales medidas. Tales intervenciones también influyen en la psiquis humana, especialmente en menores durante su desarrollo.

Este documento advierte que el uso de intervenciones como la administración de bloqueadores de la pubertad y las hormonas de sexo cruzado es una forma de medicina experimental en menores, que probablemente irá acompañada de intervenciones en el cuerpo del niño, como la amputación del pecho o el pene, y **que tiene como efecto la pérdida de la capacidad reproductiva y la reducción de la capacidad de experimentar el sexo, incluida la anorgasmia**.

En cuanto al tema de la madurez del menor para consentir estas prácticas, resalta la resolución que un menor de 18 años (niño o adolescente) no está en condiciones de decidir por sí mismo -sin consejo médico y consentimiento paterno- sobre la utilización de bloqueadores de la pubertad o de hormonas cruzadas antes de finalizar la pubertad y del proceso de maduración física y antes de que se hayan superado los conflictos de roles típicos de la edad o los trastornos de imagen corporal de la pubertad, en especial, en la carencia de pruebas médicas de sus respectivos beneficios claros y sostenibles en esta misma población.

A su vez, se determina que la insatisfacción con el sexo o el género es más común en torno a los once años, y la frecuencia de esta sintomatología se reduce con la edad. La evidente mayoría de los menores que no muestran una insatisfacción de género o de sexo persistente a lo largo de su vida.

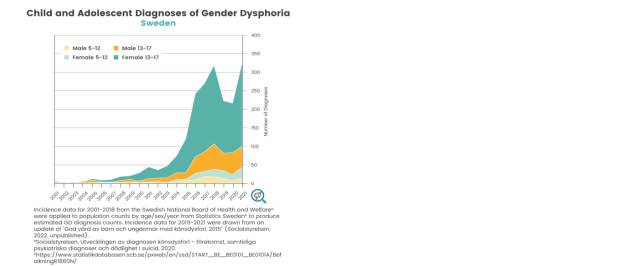
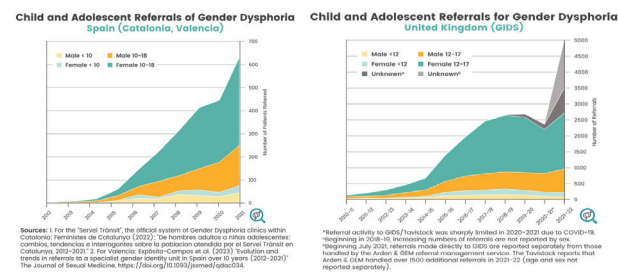
<sup>176</sup> Hemeroteca. Contra el Borrado de las Mujeres. La Asamblea Médica Alemana, contra bloqueadores, hormonas y cirugías para menores autodiagnosticados trans. 11 de mayo de 2024. Consultado el 3 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.observatorbioetica.org/2024/05/la-asamblea-medica-alemana-contra-bloqueadores-hormonas-y-cirugias-para-menores-autodiagnosticados-trans-1-contra-el-borrado-de-las-mujeres>

<sup>177</sup> The German Medical Assembly Passes a Resolution to Restrict Youth Gender Transitions to Controlled Research Settings. SEG. Society for Evidence Based Gender Medicine. 10 de mayo de 2024, consultado el 4 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.segm.org/en/news/the-german-medical-assembly-passes-a-resolution-to-restrict-youth-gender-transitions-to-controlled-research-settings>

Se señala también que la administración de bloqueadores de pubertad, hormonas cruzadas y la realización de cirugía de **reasignación de sexo** no deben hacerse depender únicamente de la voluntad de un niño o adolescente en desarrollo. **Dada la evidencia existente sobre el tratamiento de la disforia, se concluye que debe prevalecer la preocupación por el bienestar de la/el menor o adolescente.**

### 12.10. Estadísticas en algunos países

SEG. (Society for Evidence Based Gender Medicine)<sup>178</sup>, identificó el crecimiento exponencial en los últimos años en los menores de 18 años que padecen de disforia de género que preocupa de sobremanera. Estas se traen a colación a continuación:



<sup>178</sup> Sharp Increase in Incidence of Gender Dysphoria in Children and Young People. SEG. (Society for Evidence Based in Gender Medicine). 03/03/2022. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.segm.org/>

13. FORMA EN LA QUE EL PROYECTO DE LEY DESARROLLA Y PROTEGE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

El presente proyecto de ley busca materializar la protección de los derechos del niño en nuestro ordenamiento jurídico a través de la prestación del servicio de salud, en virtud del cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por el Estado colombiano y las disposiciones constitucionales y legales vigentes al evitar la aplicación de tratamientos médicos que recientemente la ciencia ha advertido no tienen respaldo científico para mejorar la salud de los menores de 18 años, y que, por el contrario, les causan graves efectos en su salud y en su integridad.

Este proyecto de ley cumple con las disposiciones constitucionales y del bloque de constitucionalidad, tal y como a continuación se sustenta:

- a. Este proyecto de ley desarrolla el numeral 2 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Principio II de la Declaración de los Derechos del Niño, por cuanto al tener los niños el derecho a cuidado y asistencias especiales, se evita que estos sean tratados con procedimientos descalificados recientemente por la ciencia por la falta de evidencia científica y por los efectos nocivos e irreversibles que causan en la salud de los niños.
b. El proyecto de ley da cumplimiento al Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, debido a que ellos, por su falta de madurez física y mental, necesitan protección y cuidado especiales, los cuales son otorgados por esta norma evitando la realización de estos procedimientos en su cuerpo y salud que generan efectos irreversibles para toda la vida - como el caso de Keira Bell -, y que, incluso, de acuerdo con las propias pautas de la Autoridad Sanitaria de Finlandia, existe mucha incertidumbre de proporcionar esas intervenciones irreversibles para los menores de 25 años (incluso una edad muy superior a la señalada en esta norma), con ocasión a la falta de madurez neurológica, por lo que necesariamente requieren una edad superior para poder ser conscientes de su decisión en un verdadero consentimiento informado con la suficiente información ni le advirtieron ni la previnieron de las irreversibles consecuencias de por vida tras las intervenciones.
c. También se lleva a cabo lo plasmado en el Principio IV de la Declaración de los Derechos del Niño, por cuanto permite que los niños crezcan y se desarrollen en buena salud al prohibir la práctica de procedimientos médicos no adecuados de acuerdo con las investigaciones de la medicina recientemente estudiada por la comunidad internacional, en virtud de la cual, se resaltó la falta de evidencia científica de estos y se advirtieron los efectos secundarios negativos en la aplicación de esas prácticas en los menores de edad - un mayor riesgo trombótico o hipertensión arterial, granos cicatriciales, pérdida de atención, entre varios más -.
d. Se da cumplimiento a los artículos 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 10 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y 19 de la Convención Americana de

- Derechos Humanos, habida cuenta que deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños que por su condiciones de menores se requiere, al prohibir la reasignación de género en ellos por los efectos nocivos y negativos que generan en su salud.
e. Se da aplicación a los artículos 2, 6, 24 y 27 de la Convención de los Derechos del Niño, toda vez que se garantiza en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño en el territorio colombiano y se le permite al niño el disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud que están avalados por la comunidad científica, al prohibir los procedimientos de reasignación por su falta de respaldo en la ciencia y por afectar de forma negativa y en muchas ocasiones irreversible su desarrollo y su nivel de salud con los efectos que estos procedimientos generan en los menores de edad y que han sido documentados a lo largo de esta exposición de motivos. Ellos, se reitera, necesitan cuidados médicos probados científicamente para ayudarlos y darles una mejor vida, según lo expuesto por Carolina Jemsky.
f. El proyecto de ley desarrolla el artículo 44 de la Constitución Política, en atención a que protege el derecho fundamental de la salud de los niños, les permite gozar de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales ratificados por Colombia previamente identificados y, por prevalecer sus derechos sobre los demás, establece una prohibición que no afecta sus derechos ni de otros, y en caso de hacerlo frente a estos últimos, la justificación es constitucional e internacionalmente válida para proteger su derecho a la salud y al crecimiento de forma sana e íntegra, evitando la realización de estos procedimientos.
g. A su vez, se da cumplimiento al artículo 27 del Código de la Infancia y la Adolescencia, por cuanto se busca la ausencia de la enfermedad en los niños con la prohibición de estos procedimientos médicos no avalados por la ciencia, y se propende por el estado de bienestar físico, síquico y fisiológico de ellos al evitar que con estas cirugías y terapias se generen los efectos secundarios ya descritos anteriormente que alteran la salud de los menores de edad, inclusive, de por vida.
h. También desarrolla la norma el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, en consideración a que al prohibir la práctica de cirugías de afirmación en menores de edad, los bloqueadores de pubertad y las terapias hormonales de afirmación de género en menores de 18 años, se deriva que no se destinarán los recursos públicos de la salud a financiar servicios de los cuales no existe evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica, ni que se encuentren en fase de experimentación.
i. A su turno, se siguen los parámetros establecidos en las sentencias de unificación, ya que no se somete a las mayorías políticas eventuales que apoyen la reasignación del género en los menores de edad a través de las cirugías de afirmación del género y de las terapias hormonales de asignación del género por cuanto el interés superior del niño debe predominar y sus derechos siempre prevalecen sobre los demás, y la mejor forma de materializar sus derechos, en estos casos, es a través

de la prohibición de estos procedimientos por todos los argumentos científicos y jurídicos expuestos en la exposición de motivos del presente proyecto de ley que ya han sido adoptados por países que van a la vanguardia en estas regulaciones.

13.1. Los tratamientos farmacológicos generan esterilidad y por ende se debe brindar protección de los derechos sexuales y reproductivos de los menores de edad.

La decisión de constitucionalidad C-131 de 2014 advirtió sobre la afectación de los derechos sexuales, reproductivos y de conformar una familia con la esterilización definitiva de los menores de 18 años, puntualmente en los considerandos 5.2.2., 5.2.3., 5.2.4. y 5.2.6<sup>179</sup>.

La práctica de intervenciones invasivas que generen esterilidad definitiva en los menores de 18 años contraría la Constitución Política y las sentencias de constitucionalidad, y, adicionalmente, deben ser prohibidas porque, estos derechos son una manifestación del libre desarrollo de la personalidad principalmente, pero también se encuentran implícitos en otros derechos, tales como la vida digna, a la igualdad, a la información, a la salud y a la educación, y son alterados de forma grave con esas intervenciones.

En ese sentido, se advierte que los derechos reproductivos son incluso protegidos en las personas adultas que hayan decidido modificar su género y transicionar, por lo tanto, con más razón, deben ser protegidos en Colombia estos derechos en los menores de 18 años con ocasión de su interés superior y de la falta de madurez para consentir en decisiones que afecten totalmente su capacidad de reproducirse con esterilidad.

179 [1] 5.2.2. El derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que se desea tener, es a su vez una de las expresiones de los denominados derechos sexuales y reproductivos en los que se encuentran implícitos otros derechos de rango fundamental como el derecho a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad, a la igualdad, a la información, a la salud y a la educación.

5.2.3. De un lado, los derechos reproductivos protegen la autodeterminación reproductiva asociada con la progeneración responsable consagrada en el artículo 42 Superior, y que se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren o no tener hijos y en qué momento. Este derecho supone la prohibición de cualquier interferencia externa en la toma de este tipo de decisiones personales, por lo cual se considera vulnerado cuando la persona es sometida a cualquier tipo de violencia física, psicológica o a actos de discriminación, como embarazos, esterilizaciones o abortos forzados. Los derechos reproductivos también amparan el derecho de las personas a acceder a servicios de salud reproductivos lo cual incluye tratamientos médicos para enfermedades del aparato reproductor, embarazos libres de riesgos y acceso a información y métodos de anticoncepción.

5.2.4. Por otra parte, los derechos sexuales reconocen la libertad sexual o bien el derecho que le asiste a cada persona para decidir si quiere o no tener relaciones sexuales y con quién, sin que exista violencia, coacción o interferencias arbitrarias de terceros. Asimismo, protegen el acceso a servicios de salud sexual[32]. Al respecto, la Corte ha destacado que "la protección constitucional de la persona en su plenitud, bajo la forma del derecho a la personalidad y a su libre desarrollo (C.P., arts. 14 y 16), comprende en su núcleo esencial al proceso de autónoma asunción y decisión sobre la propia sexualidad. Carecería de sentido que la autodeterminación sexual quedara por fuera de los linderos de los derechos al reconocimiento de la personalidad y a su libre desarrollo, si la identidad y la conducta sexuales, ocupan en el desarrollo del ser y en el despliegue de su libertad y autonomía, un lugar tan destacado y decisivo"[33]. (...)

5.2.6. Por su parte, el derecho a fundar una familia también es una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y de los derechos reproductivos. Por este motivo, la jurisprudencia no ha dudado en considerar el derecho a conformar una familia como fundamental. Así, ha señalado, con respecto a la familia que esta es "una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y, en concreto, de la libre expresión de afectos y emociones", ya que "su origen se encuentra en el derecho de la persona de elegir libremente entre las distintas opciones y proyectos de vida, que según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, puedan construir y desarrollar durante su existencia"[35].

Por otro lado, también la afectación de los derechos sexuales con estas prácticas debe impedirse. Michael Biggs<sup>180</sup>, sociólogo de la Universidad de Oxford, advirtió que "Las consecuencias para la función sexual son severas, porque se pone en riesgo la sexualidad y la fertilidad de las personas que toman esos medicamentos."

Observando lo anterior, la Sección Tercera del Consejo de Estado<sup>181</sup> ya ha condenado en sentencias en ejercicio del medio de control de reparación directa por fallas en la prestación del servicio médico al Estado que le ocasionaron al paciente un daño a la salud con la afectación de sus derechos sexuales con disfunción eréctil y, como consecuencia, ordenado el pago de perjuicios a favor, no solo de la víctima, sino también de su cónyuge.

Así las cosas, ya existen antecedentes de condenas a entidades estatales con ocasión de intervenciones invasivas que generaron daño a la salud en la alteración de la función sexual y, con base en la falla del servicio, se le imputó a la entidad la alteración causada, lo cual, puede ocurrir con la práctica de los procedimientos que este proyecto de ley está prohibiendo.

13.2. Protección de los derechos y bienes jurídicos de los menores de edad sin detrimento de su libre desarrollo de la personalidad ni de la evolución de sus facultades

En el caso de los tratamientos de reasignación de género, ante los graves efectos comprobados científicamente, se debe proteger los derechos y bienes jurídicos de los menores de edad sin detrimento de su libre desarrollo de la personalidad ni de la evolución de sus facultades, tal y como de manera idéntica se protege al menor de 14 años de los maltratos sexuales, en los cuales no se evalúa si el menor otorgó o no su consentimiento como si fuera adulto, porque el ordenamiento no permite que este ni siquiera sea otorgado, en pro de su protección.

En la T-512 de 2016, la Corte advirtió: "Cuando la agresión se da entre adultos existe una diferencia considerable, ante la capacidad que tiene la persona mayor de manifestar su rechazo o aceptación, mientras que cuando se trata de niños no existe la misma posibilidad, dado que la norma dispone que el menor de edad no puede ofrecer su consentimiento." (Negrilla fuera del texto).

En la C-674 de 2005, el mismo órgano de cierre de la jurisdicción constitucional indicó: "Resulta en esta materia relevante destacar que el maltrato sexual tiene distinta connotación según se trate de conductas entre adultos, o eventos en los que haya participación de menores, en la medida en que, entre adultos, la afectación del bien jurídico se produce, fundamentalmente, por la ausencia de consentimiento, al paso que, tratándose de menores, el ordenamiento se orienta a la proscripción general de toda conducta de índole sexual por incapacidad de consentir" (Negrilla fuera del texto).

En vista de lo anterior, los eventuales conflictos deben definirse en el sentido de

180 Salvador Martínez Mas, Berlín. Michael Biggs: "Los bloqueadores de pubertad dañan a menudo a los homosexuales". Telecinco. 10 de abril de 2023. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: Michael Biggs: "Los bloqueadores de pubertad dañan a menudo a los homosexuales" (telecinco.es).
181 Administrativo. Pareja de víctima de daño a la salud sexual también debe ser reparada: Consejo de Estado. 7 de febrero de 2014. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: Pareja de víctima de daño a la salud sexual también debe ser reparada: Consejo de Estado | Ambito Jurídico (ambitojuridico.com)

<p>establecer de forma definitiva la falta de consentimiento de los menores de edad para decidir la práctica de estos tratamientos, según la ciencia y por los efectos que causan en su salud, como se prohíbe en los maltratos sexuales, y, en gracia de discusión, en caso de considerarse que sí pueden tener consentimiento, de igual manera una interpretación sistemática conlleva a concluir que <b>no debe prevalecer sobre los demás artículos de la Constitución Política y del Bloque de Constitucionalidad que son desconocidos gravemente con la permisión de la realización de estos tratamientos en los menores de 18 años.</b></p> <p>La propia Corte Constitucional, en la Sentencia C-246 de 2017, al estudiar la <b>prohibición de procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos</b> para menores de edad y el consentimiento informado que ellos pueden otorgar, expuso lo que a continuación se cita: <i>“Esta Corporación ha sostenido que las medidas de carácter paternalista pueden justificarse a la luz del orden constitucional, siempre que: (i) procuren el bienestar y protección de las personas, en relación con derechos que la misma Constitución haya privilegiado como objeto de garantía reforzada; y (ii) sean medidas proporcionales en sentido estricto, esto es: a) que busquen el cumplimiento de una finalidad afincada en los principios constitucionales; b) que el grado de restricción del derecho de autonomía, sea acorde a la importancia del principio constitucional que se pretende garantizar; c) que la medida resulte necesaria porque no existe otra para lograr la misma finalidad; y d) que su implantación no implique el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden proteger. Esta Corporación ha denominado a la metodología de análisis anterior, <b>“test de proporcionalidad”</b> (Negrilla fuera del texto).</i></p> <p>Así las cosas, y teniendo en cuenta lo expuesto por esta sentencia, se tiene que las medidas de este proyecto de ley se justifican a la luz del orden constitucional y también internacional, con el siguiente test de proporcionalidad, toda vez que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Procuran el bienestar de los menores de edad</b>, en consideración a que con ellas se protegen todos los derechos de la Constitución Política, y de la Convención de los Derechos del Niño, aplicable en Colombia por el bloque de constitucionalidad.</li> <li>Son medidas <b>proporcionales en sentido estricto</b>, habida cuenta que:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Buscan una <b>finalidad afincada en los principios constitucionales e internacionales</b>, la cual es la defensa del interés superior del niño desde una interpretación sistemática y no individualista de una disposición que termina desconociendo a los demás derechos;</li> <li>El <b>grado de restricción a la autonomía es acorde con la importancia de los principios</b> constitucionales que se pretenden garantizar, en este caso, a la vida, a la dignidad humana, al desarrollo, a la salud física y mental, y a la integridad de los menores de 18 años, conforme a lo que se expuso en el cuadro mencionado y a la evidencia científica;</li> </ol> </li> <li>La <b>medida es necesaria</b>, por cuanto no existe otra para la protección de los demás principios constitucionales y la protección del interés superior del niño, ya que cualquier medida que permita la realización de las prácticas invasivas en sus cuerpos siendo menores de 18 años, conlleva la afectación de los demás derechos consagrados en la carta que tienen un resorte importante y deben prevalecer para el presente caso;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Su implantación <b>no implica el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden defender</b>, por el contrario, son más los principios y valores que se protegen y más importantes que aquellos que eventualmente se limitan con esta restricción, y adicionalmente, la permisión de estas prácticas conlleva a la alteración de todos los demás derechos tales como la dignidad humana, la vida, la salud física y mental, la integridad y el desarrollo, entre otros.</li> </ol> <p>El citado fallo sostuvo que <b>el derecho de los niños al libre desarrollo de la personalidad en las intervenciones médicas no es absoluto</b>, como lo es tampoco el consentimiento sustituto (el cual es el consentimiento de los padres por los hijos). En ambos espectros, las limitaciones están dadas por las <b>capacidades evolutivas de los menores de edad</b>, pero también por el <b>tipo de intervención</b> que se va a realizar con el objetivo de maximizar siempre el ejercicio de su autonomía presente y futura, con las excepciones indicadas.</p> <p>Sobre estas, se indicó que para sopesar el valor de la opinión del menor de edad acerca del tratamiento que quiere le sea practicado, se debe tener en cuenta (criterio también compartido en la Sentencia C-182 de 2016): (i) la <b>urgencia e importancia misma del tratamiento</b> para sus intereses; (ii) los <b>riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento</b> sobre la autonomía actual y futura; y (iii) su <b>edad</b>.</p> <p>Para el presente caso, no se cumplen los requisitos del consentimiento del menor de 18 años por lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>La importancia y la urgencia del tratamiento para sus intereses es desacreditada.</b> Si el menor de edad padece de disforia de género, la evidencia científica demostró que estas prácticas en nada mejoran la condición de salud del menor de 18 años que es intervenido, tal y como se ha expuesto en este proyecto de ley. Si el menor de edad decide realizarse una de esas intervenciones, puede que tenga una disforia de género que no ha sido detectada, la cual, a su vez, puede ir acompañada de otros problemas de salud mental que fueron identificados en este proyecto de ley.</li> <li><b>Los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura son catastróficos</b>, habida cuenta que las consecuencias de estos tratamientos generan alteraciones altamente negativas en la vida, en la dignidad humana, en la salud física y mental, en la integridad y en el desarrollo del menor de edad, que ya han sido descritas, tales como la debilidad y la lentitud en el desarrollo óseo, las autolesiones, la posibilidad de sufrir cáncer u otros tumores, la esterilidad, la elevada probabilidad de no tener órganos, los problemas en el desarrollo de sus capacidades intelectuales, problema cardiovascular, hipertensión, la tendencia al suicidio.</li> <li><b>La edad no debe ser inferior a los 18 años</b>, toda vez que la evidencia</li> </ol>
<p>científica demuestra que el desarrollo neuronal va hasta los 25 años y que estos tratamientos afectan también la capacidad cognitiva e intelectual del menor, así como este desarrollo del sistema neuronal, por ende, incluso la ciencia sugiere que en caso de practicarse sea hasta esa última edad.</p> <p>En el citado pronunciamiento, se hace alusión a la doctrina de UNICEF, en la cual, se señala que en la toma de decisiones en materia de salud, entre los elementos esenciales para determinar la competencia se encuentra la <b>habilidad de evaluar los potenciales beneficios riesgos y daños</b>, lo que implica que el niño debe ser <b>capaz de comprender las consecuencias de las diferentes líneas de conducta</b>, cómo lo afectarán, cuales riesgos se presentan y cuáles son las implicaciones a corto y largo plazo.</p> <p>Esta habilidad, para el caso presente, no se acredita, toda vez que los menores de 18 años carecen de ella, primero por lo expuesto en el presente proyecto de ley, no hay forma de establecer los criterios para evaluar el consentimiento de ellos para estas prácticas ni que determinen los riesgos (de acuerdo con lo establecido por la UKOM en el presente año), y, además, todavía hay muchos riesgos en estos procedimientos que fueron clasificados como experimentales y que, de hecho, la evidencia científica todavía no ha establecido (al margen de los ya definidos), ya que se adelantan todavía investigaciones para dilucidar los demás peligros que pueden generar en los menores de 18 años, por lo que <b>ellos no pueden evaluar los potenciales riesgos que a la fecha no han sido definidos</b>.</p> <p>A modo de ejemplo, en el Reino Unido se estableció la <b>“Gillick Competence”</b><sup>182</sup>, la cual es usada para evaluar si un niño tiene la madurez de su propia decisión y para comprender las implicaciones de esas decisiones. Esta no es válida si el joven está siendo <b>presionado o influenciado</b> por alguien más, y se advierte que el consentimiento de ellos puede ser <b>afectado por diversos factores</b>, tales como el <b>estrés, las condiciones de salud mental y la complejidad de la decisión que están tomando</b><sup>183</sup>.</p> <p>En ese orden de ideas, se menciona que según aquel contexto, la complejidad de las decisiones, como en este caso la aplicación de las intervenciones invasivas descritas en este proyecto de ley con sus respectivas consecuencias de por vida; las demás condiciones de salud mental que, por lo general, padecen quienes sufren de disforia de género (según la evidencia científica concluida en diferentes países); y el <b>estrés que tienen quienes padecen de esta enfermedad</b>, afectan el consentimiento de los jóvenes.</p> <p>En otro pronunciamiento de constitucionalidad, la Sentencia C-131 de 2014, la Corte Constitucional declaró exequible la <b>prohibición de la anticoncepción quirúrgica en menores de 18 años</b>. En esa ocasión, se afirmó que <i>“la institución de la capacidad jurídica busca permitir el desarrollo de las personas en el marco de las relaciones que surgen de la sociedad. Es también un instrumento de</i></p>	<p><i>protección de sujetos que, por varias razones, como la edad, no están en condición de asumir determinadas obligaciones.”</i></p> <p>En ese sentido, la sentencia indicó sobre la limitación al libre desarrollo de la personalidad en los menores de 18 años lo que a continuación se cita: <i>“2) En términos generales, la regla es la de presumir la incapacidad del menor de edad. La ley civil reconoce la diferencia entre niños, impúberes y menores adultos estableciendo que las dos primeras categorías carecen de capacidad legal. De otra parte, reconoce capacidad relativa a los menores adultos. 3) La capacidad se encuentra estrechamente relacionada con el ejercicio pleno del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Aunque cada caso debe ser evaluado individualmente, los extremos de la ecuación son los siguientes (i) A menor edad y mayor implicación de la decisión en relación con el goce efectivo de los derechos fundamentales, se presume la incapacidad total o relativa del menor, por lo cual mayor será la intensidad de las medidas de protección restrictivas de sus libertades. Por ejemplo, en temas relativos a la salud del niño que impliquen un riesgo para su vida o integridad, se hace más riguroso el examen de la capacidad del menor para decidir sobre tratamientos o intervenciones médicas, ampliando el alcance de la representación de sus padres o representantes legales. (ii) Por el contrario, cuando se trata de menores adultos o púberes, se hace necesario armonizar el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su libertad de autodeterminación. (...)</i></p> <p><i>“5) Ni la Constitución Política ni la jurisprudencia son completamente neutrales a la hora de evaluar las restricciones al libre desarrollo de la personalidad y la autonomía. Se reconocen ciertos valores superiores que deben primar en nuestra sociedad. Se constata una tendencia a proteger la decisión que mejor preserve la integridad de las condiciones físicas necesarias para que la persona que aún no cuenta con la autonomía suficiente para tomar decisiones sobre su propia vida y salud, pueda decidir cómo va a ejercer dicha libertad en el futuro. Es lo que la jurisprudencia ha denominado como protección mediante la figura del consentimiento orientado hacia el futuro.”</i> (Negrilla fuera del texto).</p> <p>Bajo esta óptica, se advierte que, en la ecuación prevista por la jurisprudencia constitucional, <b>se presume la incapacidad total o relativa del menor a mayor implicación de la decisión con el goce efectivo de sus derechos fundamentales</b>, por lo cual mayor será la intensidad de las medidas de protección restrictivas de sus libertades, como ocurre con los efectos que los tratamientos expuestos en este proyecto de ley generan en los menores de 18 años, motivo por el cual, se debe <b>presumir su incapacidad absoluta para consentir su práctica</b>.</p> <p>Como lo sostuvo la Corte Constitucional en este último pronunciamiento, <b>“no se puede asegurar que una persona de 18 años sea plenamente madura”</b> para comprender estas consecuencias, no obstante, existe una presunción en la Constitución y en la ley, teniendo de presente que la capacidad va evolucionando, motivo por el cual, el límite mínimo de la mayoría de edad, que fue válido para aquel momento con la prohibición de la anticoncepción quirúrgica, también lo es para estas disposiciones.</p> <p>En ese sentido, también se menciona que la Corte Constitucional ha determinado la <b>prohibición de la anticoncepción quirúrgica en los menores de 18 años como una práctica totalmente acorde con la Constitución Política</b>. Por ende, al derivar los tratamientos invasivos de la reasignación de género descritos en el presente proyecto de ley en varias consecuencias en la vida de los menores de 18 años, entre ellas, la esterilidad, se tiene que la prohibición de esta norma obedece, también, a un fin constitucional y convencional debido, porque la</p>

<sup>182</sup> Gillick competence. NSPCC Learning. Gillick competency and Fraser guidelines. 05/08/2022. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: [Gillick competence and Fraser guidelines | NSPCC Learning](#).

<sup>183</sup> Gillick competence. NSPCC Learning. Gillick competency and Fraser guidelines. 05/08/2022. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: [Gillick competence and Fraser guidelines | NSPCC Learning](#).

realización de estas prácticas genera una consecuencia sobre la cual ya existe un pronunciamiento de constitucionalidad en pro de la protección de sus derechos.

Adicionalmente, los citados fallos desarrollan el concepto del **consentimiento orientado hacia el futuro**, en virtud del cual, se debe **proteger la decisión que mejor garantice íntegramente las condiciones físicas** indispensables para que el menor de edad que no tiene la autonomía necesaria para adoptar decisiones sobre su vida y salud, pueda comprender y decidir la forma en la que ejerce su libertad en el futuro.

También se ha significado por este consentimiento que la decisión se funda en aquello que *"los hijos verán con beneplácito al ser plenamente autónomos, no sobre aquello que ven en la actualidad con beneplácito"*<sup>184</sup>, por ejemplo, cuando un niño se opone a una vacunación, no se vulnera su autonomía, por cuanto es lícito suponer que, en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la corrección de la intervención paternal.

El Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia<sup>185</sup>, al referirse a la tendencia en varios países de facilitar jurídicamente todo lo negativo que advierten los expertos, expuso que: *"Persistir, como hacen muchos políticos desde posiciones ideológicas mal fundamentadas y en actitud intransigente, en negar la evidencia científica, empujando a muchos jóvenes a intervenciones lesivas e irreversibles, constituye un acto maleficente e imprudente, que debe ser denunciado en aras de la protección de la salud de los implicados, su autonomía y, en último término, su libertad, para lo que es necesario informales debidamente del alcance y riesgos de estas intervenciones, así como de las alternativas disponibles."*

En cuanto a las cirugías de afirmación en menores de edad, de acuerdo con lo expuesto en la Sentencia de Tutela T-477/1995, la Asamblea Nacional Constituyente fue particularmente cuidadosa del interés jurídico superior del menor al advertir expresamente: *"Muchas violaciones o atentados sexuales, mutilaciones o destrozos físicos o psicológicos se podrán evitar en el futuro gracias a la resuelta determinación de reconocer que la sociedad debe rodear y salvar a los niños, si pretende mejorar sus futuras generaciones..."* (Negrilla fuera del texto).

En ese sentido, para el Constituyente la razón de ser del inciso tercero del artículo 44 de la Constitución Política implica el deber de cualquier persona de denunciar abierta o discretamente las mutilaciones o destrozos físicos o psicológicos que padecen los niños, situación esta última que, lastimosamente, ocurrió con el caso que dio origen a la tutela mencionada.

La Academia de Medicina, en la mencionada sentencia, advirtió que *"La pérdida del pene en cualquier momento de la vida tiene consecuencias devastadoras. Aún los niños más pequeños saben que ya no son normales y tendrán miedo*

<sup>184</sup> Corte Constitucional, SU-337 de 1999, T-850 de 2002, T-560 de 2007, C-131 de 2014 y C-246 de 2017.  
<sup>185</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. (Consultado el 23 de septiembre de 2023). Disponible en: <https://www.observatoriobioetica.org/2023/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticas-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355>

**experimentos médicos o científicos"** (subrayas no originales).

*"1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. (...)*

*Toda persona..... será tratada con el respeto debido a la dignidad humana."* (Negrita y subraya fuera del texto).

Bajo esta óptica, se reitera que los procedimientos de bloqueadores de la pubertad, terapias de hormonización cruzada y las cirugías de afirmación no mejoran la salud de los menores que padecen disforia de género y, por el contrario, causan efectos negativos en su anatomía y en su integridad ya expuestos a lo largo del proyecto de ley.

La Asociación Española de Bioética y Ética Médica advirtió que personas transgénero que se someten a una cirugía de reasignación de sexo y se les extirpan los órganos reproductivos quedan permanentemente infértiles.

En línea con lo expuesto, deben tenerse en cuenta también otros pronunciamientos, en este caso, de sede de constitucionalidad, sobre la capacidad que tienen los menores de edad para consentir en intervenciones altamente invasivas en su anatomía con riesgos elevados que generan consecuencias irreversibles.

La Sentencia C-131 de 2014 establece la pauta con la que debe entenderse el consentimiento de los menores de edad para estas intervenciones. En aquella ocasión, se decidió declarar exequible la prohibición de realizar las esterilizaciones definitivas en los menores de 18 años a través de la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio.

En el proceso que culminó con el mencionado fallo, la Facultad de Psicología de la Universidad Javeriana, del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional y la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes emitieron conceptos en idéntico sentido exponiendo la **falta de madurez de los menores adultos o personas entre los 14 y los 18 años para adoptar estas decisiones que tienen implicaciones permanentes** en el considerando 5.3.5.

La Pontificia Universidad Javeriana afirmó que: los adolescentes entre 14 y 18 años *"son vulnerables en el desarrollo cognitivo, encontrándose en un proceso que busca el equilibrio de sus estructuras cognitivas y una transición de formas de pensamiento concreto a pensamiento abstracto. Como resultado de lo anterior, no es posible garantizar que adolescentes comprendidos en dichos rangos de edad, tengan la madurez psicológica necesaria para tomar una decisión con implicaciones permanentes ya que aún persisten fantasías de esterilidad, distorsión en la información, controversias entre sistemas de valores de padres y adolescentes; existen importantes inconsistencias y argumentos de sus decisiones a largo plazo a propósito de su sexualidad, genitalidad e identidad sexual".* El grado de vulnerabilidad social de cierta población, puede dificultar la toma informada y conciente de este tipo de decisiones. Algunos autores señalan que, dado que en la **adolescencia se consolida la identidad sexual, no sería el momento para tomar decisiones que tengan que ver con el cuerpo de los jóvenes. Es importante anotar que en la adolescencia los jóvenes "tienen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, lo cual les lleva a adoptar conductas de riesgo, con el consiguiente aumento del embarazo adolescente, ITS e infección de VIH"**. (Subrayado fuera del texto)

A renglón seguido, La Universidad Nacional advirtió: *"la adolescencia es un periodo*

*acerca de su futuro. En el adulto, la pérdida de actividad sexual puede tener consecuencias catastróficas."*

En la citada sentencia, a un niño de sexo de nacimiento masculino un perro le destruyó sus genitales a los 6 meses de nacimiento y el equipo médico, al atenderlo, decidió practicarle una cirugía de reasignación de sexo. Sin embargo, con su crecimiento empezó a rebelarse contra el cambio al que fue sometido y afirmó: *"A mí me operaron cuando estaba pequeñito, me operaron la vagina dizque para ponerme mujer, pero uno grande ya tiene más pensamiento y decide. Yo decidí ser un hombre, porque hombre era yo desde chiquitico. Yo decidí ser hombre, porque uno es hombre como nació."*

La gravedad del caso llevó a que, además de tutelar sus derechos fundamentales a la identidad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, decidió en la orden quinta remitir copia del expediente al Tribunal de Ética Médica y en la sexta copia a la Defensoría del Pueblo para que le fuese asignado un abogado, en caso de aceptarlo, para iniciar un proceso de responsabilidad civil por la "reeducación del sexo" o "transformación de los órganos sexuales".

De forma categórica, la Sala de Revisión de Tutelas enfatizó en este pronunciamiento lo que a continuación se trae a colación:

*"El sexo constituye un elemento inmodificable de la IDENTIDAD de determinada persona y sólo ella, con pleno conocimiento y debidamente informada puede consentir en una reeducación de sexo y aún de "género" (como dicen los médicos) porque el hombre no puede ser juguete de experimentos despersonalizados ni tampoco puede su identidad ser desfigurada para que el contorno dentro del cual vive se haga a la idea del "género" que unos médicos determinan con la disculpa de que era lo "menos malo". (...) En conclusión, los padres no pueden permitir que se altere la IDENTIDAD (EN LO SEXUAL) DE SU HIJO. Y los médicos no podían basarse en esa autorización paterna para hacer el tratamiento."* (Negrilla fuera del texto).

Así las cosas, solo una persona **con pleno conocimiento y capacidad y debidamente informada** puede, a la luz del ordenamiento jurídico, consentir en una reeducación a través de una intervención altamente invasiva como las cirugías de afirmación, toda vez que el sexo es un elemento que hace parte del corazón de la identidad humana, tal y como se señaló en la Sentencia de Bell vs Tavistock en el célebre caso en el Reino Unido.

Tampoco se debe permitir que los padres autoricen la modificación anatómica de sus hijos ni los profesionales de la salud deben realizar esas intervenciones con esa autorización, pues, en virtud de la prevalencia de los derechos de los menores sobre los demás es un interés y es deber de la sociedad rodear y salvar a los niños, si pretende mejorar sus futuras generaciones, tal y como recaló la Asamblea Nacional Constituyente y la mencionada sentencia.

El citado fallo resaltó las siguientes disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto de San José de Costa Rica, como base de la protección a la dignidad humana que le fue vulnerada al menor con la cirugía de afirmación:

*"Artículo 7º.- "Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a*

*de formación de la personalidad en el que se carece de la capacidad de razonar a largo plazo de modo que el joven parece vivir en el presente permanentemente "como si no pudiera pensar lo que hay más allá de las alegrías y frustraciones actuales."* (Subrayado fuera del texto)

Así las cosas, se concluye de lo expuesto en los conceptos citados lo siguiente:

- a) Los adolescentes tienen **vulnerabilidad y riesgos en el desarrollo cognitivo**, toda vez que se encuentran en una etapa que persigue equilibrar sus estructuras cognitivas y llegar a una transición de formas de pensamiento concreto a pensamiento abstracto.
- b) No se puede garantizar que los adolescentes tengan la **madurez psicológica necesaria para tomar una decisión con implicaciones permanentes**.
- c) Aún persisten fantasías de esterilidad, distorsión en la información, controversias entre sistemas de valores de padres y adolescentes
- d) Existen relevantes **inconsistencias** y argumentos de sus decisiones a largo plazo acerca de su identidad sexual, genitalidad y sexualidad.
- e) La adolescencia no es el momento para adoptar **decisiones irreversibles** que afecten el cuerpo de los jóvenes, habida cuenta que en ella se consolida la identidad sexual.
- f) Los jóvenes tienen **sentimientos de inmortalidad y omnipotencia** que les hace obviar los riesgos de conductas peligrosas, como enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos.
- g) En la adolescencia se echa de menos la capacidad de razonar a largo plazo, de tal suerte que el joven parece vivir en el presente permanentemente.
- h) Existe **evidencia corroborada de los arrepentimientos** que ocurren en los menores de edad en intervenciones irreversibles como en las anticoncepciones quirúrgicas.

Por consiguiente, la decisión de recibir una intervención invasiva, como lo son los bloqueadores de la pubertad para la disforia de género, los tratamientos de hormonas cruzadas y las cirugías de afirmación debe postergarse, con base en esta decisión y en los conceptos emitidos, a una edad en la cual **se presume legalmente que la persona tiene la madurez y el desarrollo cognitivo para sopesar las consecuencias irreversibles, permanentes y los riesgos que generan en su salud estas intervenciones**.

Adicionalmente, se expuso que la edad no es un criterio semi sospechoso de discriminación, ya que las prohibiciones previstas en la norma determinan una edad mínima para las realizaciones de las intervenciones, y los años de la persona no configuran un rasgo permanente de la personalidad, toda vez que cuando cumplan la mayoría de edad, podrán acceder a estas intervenciones. La edad se convierte en un criterio semi sospechoso cuando impone máximos, por cuanto se configura en un rasgo permanente de la persona del que esta no puede prescindir voluntariamente.

Siendo así, en aquella ocasión y para este proyecto de ley, no puede afirmarse que la edad señalada como mínimo para realizarse las intervenciones prohibidas constituyen una discriminación, ya que, al llegar a la mayoría de edad, se habilitará al menor para decidir sobre si desea que se lleven a cabo estas prácticas en su cuerpo.

Así, se debe tener de presente que sobre la esterilización definitiva en menores de 18 años ya existe una **cosa juzgada constitucional**, y si bien en aquella ocasión las intervenciones invasivas que se prohibieron fueron otras, los resultados y los riesgos que generan en el cuerpo son los mismos a las que se prohíben en esta norma, tal y como se ha expuesto con evidencia científica a lo largo del proyecto de ley, por consiguiente, una de las consecuencias de las protecciones que busca la norma, que es evitar también la esterilización de los

menores de edad, ya fue objeto de un pronunciamiento de constitucionalidad.

**14. INTERPRETACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES E INTERNACIONALES**

Las disposiciones constitucionales y de la Convención, que hace parte del bloque de constitucionalidad, deben ser objeto de una interpretación sistemática para abogar por la finalidad de este proyecto de ley que es la prestación del servicio de salud para la protección del interés superior del niño.

La propia Corte Constitucional ha resaltado el deber de interpretar la Constitución Política (y, por ende, las normas que la componen por el bloque de constitucionalidad) como un **todo coherente y armónico**, y no de forma contradictoria, lo cual se deriva de lo sostenido en la Sentencia C-535 de 2012, la cual reitera lo desarrollado en las Sentencias C-255 de 1997, SU-047 de 1999, C-649 de 2001, C-064 de 2003 y T-030 de 2005:

*"5.2. En ese orden de ideas, la propia jurisprudencia ha dejado sentado que la Constitución, vista como un sistema de normas ímite, que guardan correspondencia lógica entre sí, tiene que ser abordada, para efectos de su interpretación y aplicación, conforme a los principios de unidad constitucional y de armonización, de tal manera que la aplicación de una norma superior no debe contradecir o agotar el contenido de otras disposiciones constitucionales, sino que debe buscarse, en lo posible, interpretaciones que permitan la máxima efectividad de todas las normas de la Constitución [12]."*

*5.3. El principio de la unidad constitucional, como se ha dicho, exige la interpretación de la Constitución como un todo armónico y coherente, por oposición a una interpretación aislada o contradictoria de las disposiciones que la integran. Lo que manda este principio es que la Constitución sea vista y entendida como una unidad, como un sistema con sentido lógico y, por tanto, que sus disposiciones no sean abordadas a partir de una visión puramente individualista de sus textos. En cuanto al principio de armonización, el mismo implica la mutua delimitación de los bienes contrapuestos, mediante la concordancia práctica de las respectivas normas constitucionales, de manera que se garantice a todas ellas su máximo nivel de eficacia y efectividad[13]. Es normal que, por su condición de normas de textura abierta, las disposiciones constitucionales puedan verse en situación de tensión recíproca, al momento de su aplicación e interpretación. Por ello, se hace necesario que las mismas sean armonizadas y puestas en concordancia las unas con las otras para lograr su optimización, cuando las circunstancias así lo exigen[14]. En relación con la aplicación de tales principios, en la Sentencia T-030 de 2005, la Corte hizo la siguiente precisión: "La Corte Constitucional en desarrollo de la función de guarda de la integridad y supremacía de la Carta Política (Art. 241 C.P.), ha reiterado el deber que tienen todos los operadores jurídicos de interpretar la Constitución como una norma dotada de unidad de sentido, esto es, que en la aplicación de las normas fundamentales del Estado debe optarse por una interpretación sistemática cuyos efectos irradian al resto del ordenamiento jurídico. [15]" (Negritas fuera del texto).*

De acuerdo con lo anterior, una lectura armonizada y sistemática de las disposiciones de la Constitución Política y de la Convención de los Derechos del Niño no permite inferir que, so pretexto de preservar el libre desarrollo de la personalidad y la evolución de las facultades del niño, se les permita a ellos decidir libremente y emitir un consentimiento para realizarse reasignaciones de género a través de las prácticas identificadas en este proyecto de ley que, de acuerdo con lo claramente acreditado por la ciencia médica, les van a generar graves consecuencias en su vida, en su desarrollo, en su salud física y mental y en su integridad, en total detrimento y afectación de las demás disposiciones de la Convención y de la Constitución Política que les

reconocen sus derechos y obligaciones al Estado.

El Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño cita expresamente el texto de la Declaración de los Derechos del Niño, en virtud del cual, *"el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento."* Por otro lado, el numeral 2 del artículo 31 de la Convención de Viena de 1.969, señala sobre las reglas de interpretación de los tratados que, *"Para los efectos de la interpretación de un tratado, el contexto comprenderá, además del texto, incluidos su preámbulo y anexos"*.

En ese orden de ideas, es indispensable para interpretar la Convención de los Derechos del Niño, tener de presente que ellos requieren de la protección y cuidados especiales por carecer de madurez física y mental, lo cual es desconocido al permitirles consentir sobre intervenciones en sus cuerpos que científicamente está demostrado les acarrearán consecuencias nefastas en su vida, salud física y mental, desarrollo e integridad, en su dignidad humana y con imposibilidad de retrotraerlas para cuando tengan la madurez necesaria según las pautas de PALKO y los informes de la UKOM, entre otras evidencias; y se desconocen los beneficios de esos tratamientos.

Entonces, una interpretación armónica de la Constitución Política y de la Convención de los Derechos del Niño debe dar aplicación al Preámbulo de esta última y a sus artículos 2, 6, 24 y 27, para **garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño en el territorio colombiano y permitirle el disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud que están avalados por la comunidad científica**, evitando aquellos que no lo están pero que se han acreditado las consecuencias negativas e irreversibles en su desarrollo.

Se fundamenta lo anterior, también con las razones expuestas por la propia Corte Constitucional al momento de interpretar la Convención de los Derechos del Niño, en un caso en el que se solicitó el retiro de un rector de una institución educativa por el riesgo que representaba a los estudiantes sus antecedentes por delitos sexuales con menores de edad, de la siguiente forma:

*"Los artículos 8 y 9 establecen la definición del interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes y la prevalencia de sus derechos. Se entiende por interés superior, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes. En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño. Sobre la prevalencia, la norma dicta que todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe un conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona."<sup>186</sup> (Negritas fuera del texto).*

En ese sentido, se obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos humanos del niño, que son prevalentes, universales e interdependientes, y no solo uno en detrimento de los otros, como está ocurriendo con la autorización de los menores de edad a

<sup>186</sup> Corte Constitucional, Sala de Revisión de Tutelas, T-512 del 16 de septiembre de 2016.

realizarse tratamientos médicos que perjudican su vida, salud, integridad personal y desarrollo so pretexto de garantizar su libre desarrollo de la personalidad.

Aunado a lo anterior, en el evento en que entren en conflicto dos o más disposiciones normativas, debe aplicarse la más favorable al interés superior del niño, y en ese sentido, en un eventual conflicto entre la disposición del artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño que reconoce la evolución de las facultades del niño y del artículo 16 de la Constitución Política que indica el libre desarrollo de la personalidad, contra las demás disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño, de la Norma Superior y demás normas que hacen parte del bloque de constitucionalidad para establecer si pueden elegir la realización de la reasignación de género siendo menores de 18 años, debe inclinarse a una **satisfacción integral y simultánea y a las disposiciones que son más favorables a los derechos de los menores las cuales serían la prohibición de la realización de estos tratamientos hasta que cumplan la mayoría de edad porque no se afectaría su vida, su integridad, su salud física y mental, su desarrollo, su dignidad humana, sus derechos sexuales, reproductivos y a formar una familia, y podrá, eventualmente, decidir cuando cumpla la mayoría de edad**, mientras que si se argumenta una protección a aquellos derechos para el caso en particular, se afectarán los demás derechos fundamentales y humanos de los menores de 18 años de forma irreversible.

**15. JUSTIFICACIÓN DE LA PROHIBICIÓN DE REALIZAR EXPERIMENTOS**

Varios tratados internacionales **prohíben expresamente la experimentación médica ilícita**, la cual es definida como *"toda alteración física y/o psicológica producida a través de operaciones quirúrgicas o inyección, ingestión o inhalación de productos, realizada por un funcionario público o por otra persona a su instigación o de la que resulta responsable un funcionario público, y para la que la persona sometida no haya prestado su consentimiento..."<sup>187</sup>*

La Unidad de Humanidades y Ética Médica de la Universidad de Navarra<sup>188</sup> lo explica de la siguiente forma: *"Sólo son lícitos aquellos experimentos en los que hay certeza de que no se causará daño y tiene utilidad para aumentar los conocimientos científicos; o, en el caso de que se cause este daño, que el experimento realmente no sea tal, sino un tratamiento incierto a falta de un medio curativo cierto. Serían ilícitos los experimentos en los que hay peligro grave de hacer daño y no tienen utilidad para el bienestar corporal de la persona; y sería también ilícito ceder el propio cuerpo para experimentos peligrosos, a cambio de una cantidad de dinero."* (152, p. 4). (Negritas fuera de texto)

De acuerdo con lo expuesto, los tratamientos descritos en la presente norma pueden cumplir con estas definiciones y la validez del consentimiento de los menores de edad ha sido desacreditada para que ellos lo presten y permitan la realización en sus cuerpos tanto científica como jurídicamente (no es solo un tema de identidad sexual, es de la propia vida, salud, integridad y desarrollo de los menores de 18 años, de sus derechos sexuales, reproductivos y de formar

<sup>187</sup> Malo Garizabal, Mario Madrid, Derechos Fundamentales, Conózcalos, ejérzalos y defiéndalos, Temas Jurídicos 3R Editores, 3ª edición, 2004, Colombia, página 490.  
<sup>188</sup> G. Herranz, Deontología Biológica, Universidad de Navarra, Unidad de Humanidades y Ética Médica, Material de Biética, Deontología Biológica Índice, Capítulo 17, (consultado el 8/7/2023). Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bietica/deontologia-biologica/capitulo-17#sc.tab=0>

una familia). Además, existe grave peligro de hacer daño en la salud física y mental de los menores de edad y no existe la utilidad para su propio bienestar corporal, de conformidad con la evidencia científica.

La experimentación médica ilícita está prohibida en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el literal b) del numeral segundo del artículo 11 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra, en el literal e) del artículo 5 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra y en el inciso segundo del literal a) del numeral segundo del artículo 8 del Estatuto de la Corte Penal Internacional.

También, la Declaración De Helsinki, Recomendaciones para guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos<sup>189</sup> establece como principios, entre otros, los siguientes que son relevantes para el presente proyecto de ley: *"5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. 6. Siempre debe respetarse el derecho a la integridad del ser humano sujeto a la investigación y deben adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad. 7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles. Igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios."*

En ese sentido, tampoco para investigaciones podrían permitirse los tratamientos prohibidos en el presente proyecto de ley, por cuanto:

- a. Debe **prevalecer la preocupación del interés de los menores de 18 años** sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, y ya se sabe los efectos que estas prácticas causan en ellos, aun cuando se quiera avanzar científicamente;
- b. **Permitir estas prácticas conllevan a un irrespeto en la integridad del menor** de 18 años porque no está probado el beneficio, pero sí las diferentes formas en que se afecta su integridad física, mental y el desarrollo de su personalidad con esas intervenciones en sus cuerpos;
- c. **Está acreditado que los riesgos son mucho mayores que los beneficios** en los menores de 18 años, y, por consiguiente, no pueden realizarse proyectos de investigación en ellos con esas prácticas, teniendo en cuenta, entre otras razones, que los riesgos se concretan en efectos para toda la vida y que pueden ser irreversibles.

Por otro lado, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, del 4 de abril de 1997\* del Consejo de Europa, en su artículo 2, advierte sobre la primacía del interés y el bienestar del ser humano sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia, como a continuación se transcribe: *"Artículo 2. Primacía del ser humano. El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia."*

<sup>189</sup> Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989). Disponible en: [v108n\(5-6\)j626.pdf \(naho.org\)](https://www.unhcr.org/refugees/108n(5-6)j626.pdf)



El artículo 6, para efectos de análisis, regula la protección de quienes no tengan capacidad para expresar su consentimiento: *"Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo. 2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley."* (Negritas fuera del texto)

En ese orden de ideas, al establecer la comparación entre esta norma no aplicable con nuestro sistema y el presente proyecto de ley, se interpreta que al no tener los menores de 18 años la capacidad para consentir las intervenciones de reasignación de género indicadas en esta norma, sólo podría efectuarse con autorización si redundara en su beneficio directo, lo cual fue enervado con toda la evidencia científica y las razones jurídicas expuestas en el proyecto de ley que impedirían que, incluso, con el consentimiento de los padres, pudieran ellos realizarse esas prácticas que atentan gravemente contra su vida, integridad personal, desarrollo, salud física y mental y dignidad humana.

De hecho, es tan delicado el tema en Europa que inclusive el mismo convenio prohíbe a los médicos la utilización de técnicas para elegir el sexo del ser humano que va a nacer, como se observa en el artículo 14, (en la Convención de los Derechos del Niño se define por estos a todo ser humano menor de 18 años, el cual requiere de cuidados especiales desde antes del nacimiento): *"Artículo 14. No selección de sexo. No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada a sexo."*

Al igual que el Manual de Legislación Europea sobre los Derechos de los Niños, este convenio no es aplicable en Colombia pero también permite identificar la forma en la que los demás Estados desarrollan la protección de los derechos de los niños cuyo interés superior es primordial en las medidas legislativas y administrativas de Colombia. Esto lleva a hacer constitucional y convencionalmente razonable y necesaria la prohibición de estos tratamientos en los menores de 18 años.

**16. AFECTACIÓN DEL DERECHO NATURAL CON LA PRÁCTICA DE LOS BLOQUEADORES DE PUBERTAD PARA LA DISFORIA DE GÉNERO, LO TRATAMIENTOS HORMONALES Y LA CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN**

Por derecho natural se entiende el "conjunto de normas o principios ético-jurídicos primarios de validez universal existentes con independencia de la voluntad humana", de acuerdo con lo definido en el Diccionario pan hispánico del español jurídico.

Este, a su vez, afirma frente al iusnaturalismo lo siguiente:

"T. der. Concepción filosófica que proclama una idea unitaria y global del derecho como conjunto de valores universales previos al derecho positivo en los que debe este inspirarse.

Según el Diccionario Panhispánico del español jurídico de la RAE, e

deberes estatales- contenidos en los artículos 20, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 61, 67, 69, 79 y 366 de la Carta Política, entre otros

La Corte reconoce, sin embargo, que en este caso y ante el vacío jurídico existente, el derecho que permite al Estado el cumplimiento de sus 39 deberes no está expreso. Pero como el deber si lo está, hay, por lo menos una facultad tácita como derivación natural de un deber que no sólo es irrenunciable, sino -se repite- inaplazable, pues así como el Constituyente quiso que las normas referentes al plan nacional de desarrollo se aplicaran a partir del próximo período presidencial, también quiso y exigió que el Estado cumpliera con sus deberes esenciales consagrados en los artículos señalados. Se trata, pues, de un claro caso en que es aplicable el artículo 40, de la ley 153 de 1887 que señala: "Los principios del derecho natural y las reglas de la jurisprudencia servirán para ilustrar la Constitución en casos dudosos" (...)"59 (Negrita y subraya fuera del texto).

En similar sentido, la Sentencia C-059 de 1994, también referida en la C-284 de 2015, indicó la posibilidad oficiosa de examinar constitucionalmente las leyes aprobatorias de tratados internacionales no remitidas por el Gobierno Nacional en el término previsto por la Carta. En esa ocasión, se señaló que era aplicable el principio según el cual aquello que es deber -en este caso adelantar el control - es siempre derecho - en este caso iniciar de oficio el control cuando el Gobierno no cumpla con su obligación de remisión-

En las conclusiones, la Corte determinó, entre otros puntos, que:

- i) Los principios del derecho natural son compatibles con los principios generales del derecho y que la función que le es conferida por el artículo 4 de la Ley 153 de 1887 -recurso interpretativo en casos dudosos, subordinado y auxiliar - coincide con la calificación que la Carta hace de los principios generales como criterio auxiliar de la actividad judicial;
- ii) acudir a los principios del derecho natural solo puede ocurrir cuando la dificultad interpretativa ya existe y lo único que se pretende es identificar algún criterio que permita superar la duda sin desconocer, en ningún caso, las normas objeto de aplicación, y la remisión a los principios del derecho natural tiene por objeto arribar a una solución razonable y proporcionada -tal y como de tiempo atrás lo ha admitido esta Corporación- que, una vez adoptada, se integra a al conjunto de precedentes judiciales

Una vez desarrollada la anterior noción, se resalta que las intervenciones invasivas que el proyecto de ley busca prohibir - estas son, bloqueadores de la pubertad para la disforia de género, la terapia hormonal de asignación de género y las cirugías de afirmación -, conllevan a una modificación biológica que desconoce totalmente el derecho natural y, a su vez, las normas del verdadero derecho positivo que afecta los derechos humanos y libertades contenidos en normas como la Ley Aprobatoria de la Convención Americana de Derechos Humanos 16 de 1972, la Ley 1098 de 2006, los artículos 5, 93 y 94 de la Constitución Política.

Los derechos naturales no son otorgados por el Estado, son inalienables y preceden a la formación de las sociedades y de la creación del aparato estatal. Por medio de la acción de instrumentalizar del derecho positivo, el Estado reconoce su existencia y salvaguarda su ejercicio.

manifiesta el derecho natural en dos aspectos o momentos: el derecho natural (derecho justo, derecho correcto) y el derecho positivo (impuesto por las autoridades humanas). Según esta concepción teórica, el derecho positivo, para ser verdadero derecho, no puede contradecir las exigencias del derecho natural." (Negrita y subraya fuera del texto).

En el ordenamiento jurídico colombiano, el artículo 4 de la Ley 153 de 1887 establece que "Los principios de derecho natural y las reglas de jurisprudencia servirán para ilustrar la Constitución en casos dudosos. La doctrina constitucional es, a su vez, norma para interpretar las leyes." (Negrita y subraya fuera del texto).

Con la actual Constitución Política, esta norma fue objeto de una acción pública de inconstitucionalidad, y la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-284 de 2015 la declaró exequible.

En este pronunciamiento, el Tribunal Constitucional sostuvo que la citada norma constituye "una especie de "positivización" o reconocimiento legislativo de los principios de derecho natural, como recurso legítimo para aclarar u orientar el sentido de la Constitución, cuando quiera que los métodos principales para la comprensión de sus disposiciones no sean suficientes."

A su vez, afirmó que, si bien la caracterización e identificación de los que pueden calificarse como principios de derecho natural, puede suscitar agudas disputas relacionadas, por ejemplo, con el procedimiento para su identificación o con su contenido, esa dificultad no constituye un fundamento para declarar su inconstitucionalidad.

En el párrafo 5.3.3.5. se expuso:

"5.3.3.5. En quinto lugar, la Corte considera que el texto de la Constitución no fue ajeno al empleo de categorías que, tradicionalmente, se encuentran vinculadas a las doctrinas del derecho natural. En esa medida, es posible identificar esa orientación (i) en el artículo 5º del Carta al aludir a la primacía de los derechos inalienables de la persona; (ii) en el artículo 94 al indicar que la enunciación de los derechos en la Constitución y en otros instrumentos no puede interpretarse como la negación de otros que siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ella e incluso; (iii) en el literal c) de la Convención Americana de Derechos Humanos al prescribir que su interpretación no puede excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano. Estas disposiciones con valor constitucional, exigen fijar el alcance de locuciones tan complejas como inherencia e inalienabilidad, alrededor de las cuales gira una parte importante de los esfuerzos por fundamentar filosóficamente la existencia y reconocimiento de los derechos." (Negrita y subraya fuera del texto).

De hecho, la propia Corte Constitucional, como mencionó en el citado fallo, se refirió a las veces en que utilizó el mencionado artículo 4 de la Ley 153 de 1887 para interpretar la Constitución, entre ellas, al proferir la Sentencia C-337 de 1993, de la cual, se trae a colación el extracto pertinente:

"Todo fin exige un medio proporcionado para su realización. De ahí que es natural que si el Estado tiene unos deberes esenciales, tenga también unos deberes para cumplir su misión. Aquí, pues, los deberes son el título jurídico de los derechos consecuentes. En otras palabras, si existe un deber esencial e inaplazable, existe también el derecho a cumplir con ese deber, el cual está prescrito a cargo del Estado. Luego el Estado, y en este caso el Gobierno, cuenta con un título jurídico válido para realizar las acciones pertinentes encaminadas a la realización de los propósitos -que a su vez son

En ese sentido, se advierte el desconocimiento del derecho natural con:

- i) la aplicación de intervenciones invasivas en la anatomía de los niños, niñas y adolescentes, encaminadas a alterar el normal funcionamiento de sus cuerpos, a impedir la pubertad y el desarrollo que, biológica y genéticamente los seres humanos tenemos en el curso de la vida con todas las consecuencias que les irrogan un detrimento en su estado físico y mental, las cuales ya han sido expuestas con claridad;
- ii) la introducción de agentes endocrinos exógenos (terapia hormonal de asignación de género) para afectar anatómicamente el desarrollo normal del cuerpo humano en menores de edad, también con las consecuencias mencionadas en este proyecto de ley;
- iii) la realización de la amputación de órganos sanos en menores de edad, con la imposibilidad de una detransición al estado anterior.

Estas constituyen prácticas que atentan totalmente contra el derecho natural de todo ser humano por el hecho de ser miembro de la especie humana, los cuales son anteriores a la creación de cualquier estructura social y no requieren ser creados ni otorgados por el Estado, ya que son propios de cada individuo y no es necesaria su regulación expresa en una norma de derecho positivo para su reconocimiento y poder identificar que están siendo desconocidos con estas prácticas invasivas.

No se requiere de una norma expresa en el ordenamiento jurídico, es decir, con la naturaleza del derecho positivo, para entender que todo ser humano, y con mayor razón los niños, niñas y adolescentes, necesitan de un desarrollo integral y armónico, tiene el derecho a crecer conforme con todo lo que la anatomía humana lleva consigo para alcanzar la edad adulta de acuerdo con su sexo de nacimiento, y cualquier alteración de este desarrollo biológico, que deviene en alteraciones graves para la vida y la salud, entre otros derechos fundamentales, conlleva a un desconocimiento del derecho natural.

Así las cosas, también se desconoce, de contera, el contenido de los numerales 1 de los artículos 4 y 5 de la Ley 16 de 1972, los cuales plasman el derecho a la vida y a la integridad personal, en los menores de 18 años.

En esa línea, también se desconocen los artículos 5 de la Constitución Política, que reconoce la primacía de los derechos inalienables de cada persona, y el 93 *ibidem*, cuyo contenido establece que "La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos" (Negrita y subraya fuera del texto).

Esto se articula con el desconocimiento de las demás disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño y de la Constitución Política, al igual que del Código de la Infancia y de la Adolescencia, que se realizan con la práctica de estas intervenciones invasivas en la anatomía de los menores de edad y que ya fueron descritas en la exposición de motivos. Así, se encuentra evidente una transgresión profunda al derecho natural, junto al derecho positivo, por parte de estas prácticas.

**17. JUSTIFICACIÓN DE LOS DEMÁS ARTÍCULOS**

**17. 1. Justificación de la no orientación, apología ni difusión de estas prácticas**

Las restricciones se aplican también a su apología, difusión y orientación. En el ámbito educativo, se advierte que no existen derechos absolutos en los estados sociales de derecho, entre esos, la libertad de cátedra, la cual tiene unos límites constituidos por los fines del Estado, entre los cuales se encuentra la **protección de los derechos, como la paz, la convivencia y la libertad de conciencia**, entre otros, de acuerdo con las Sentencias T-493/92, T-092/94, T-588/98 y C-829/10 y los Conceptos 99151 de 2016 y 82438 de 2022 del Ministerio de Educación Nacional.

Esos límites implican *"la resistencia del docente a cualquier mandato de dar a su enseñanza una orientación ideológica determinada"*<sup>190</sup> y *"requiere al mismo tiempo responsabilidad en cuanto a los conceptos que se transmiten y se debaten, por lo cual exige del docente constante fundamentación de sus afirmaciones y la seria evaluación sobre oportunidad, pertinencia y contenido de los temas tratados, atendiendo a los factores de lugar y circunstancias y al nivel cultural y académico en el cual se halla el estudiante."*<sup>191</sup> Además, sus límites se encuentran *"(...) en la necesaria o adecuada protección de otros derechos constitucionales fundamentales."*<sup>192</sup> (Negritillas fuera del texto)

Se debe tener en cuenta que la libertad de cátedra *"es un derecho que en democracia sirve al conocimiento. Una sociedad democrática tiene la certeza de que los estudiantes, en especial, y el público en general, tendrán un acceso al conocimiento más adecuado, correcto, amplio y útil, entre otras características (...)"*<sup>193</sup>

Al enseñar e investigar, las personas si bien pueden determinarse con autonomía, deberán responder cuando al hacerlo lesionen o pongan efectivamente en peligro sin justa causa bienes tutelados por el ordenamiento punitivo, (como la vida y la integridad personal). Además, las libertades académicas no pueden ser invocadas para justificar los atentados y las puestas en peligro de la autonomía, la indisponibilidad y la inviolabilidad de la persona,<sup>194</sup> y esto debe resaltarse más cuando se trata de la enseñanza en menores de edad.

No puede el docente, so pretexto de tener libertad de cátedra, orientar a los menores a que se practiquen actos contra su vida, integridad, salud y desarrollo que académica y científicamente está demostrada internacionalmente su afectación con su realización y los efectos irreversibles en el cuerpo y en la mente.

Con base en lo expuesto por la Corte Constitucional, se fundamenta lo anterior,

<sup>190</sup> Concepto 99151 de 2016 del Ministerio de Educación Nacional.  
<sup>191</sup> *Ibidem*.  
<sup>192</sup> Concepto 82438 de 2022 del Ministerio de Educación Nacional  
<sup>193</sup> *Ibidem*.  
<sup>194</sup> Malo Garizabal, Mario Madrid, Derechos Fundamentales, Conozcalos, ejérzalos y defiéndalos, Temas Jurídicos 3R Editores, 3ª edición, 2004, Colombia, página 490.

*"(...) dada la situación de indefensión, vulnerabilidad y debilidad de esta población y la necesidad de garantizar un desarrollo armónico e integral de la misma. Los niños, en virtud de su falta de madurez física y mental -que les hace especialmente vulnerables e indefensos frente a todo tipo de riesgos-, necesitan protección y cuidados especiales, tanto en términos materiales, psicológicos y afectivos, como en términos jurídicos, para garantizar su desarrollo armónico e integral y proveer las condiciones que necesitan para convertirse en miembros autónomos de la sociedad."*<sup>195</sup> (Negritillas fuera de texto)

Además, si colisionan los derechos prevalecen siempre los de los menores de edad, por disposición expresa del artículo 44 de la Constitución Política y de la reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional. Al respecto, ya se ha dado prevalencia a los derechos de los niños sobre los de los docentes cuando estos últimos, en el ejercicio de sus labores dentro de las instituciones educativas, ponen en riesgo los derechos de los niños bajo su custodia y enseñanza al realizar las actividades pedagógicas.<sup>196</sup>

Como corolario de lo anterior, se advierte que el literal e) del artículo 17 de la Convención de los Derechos del Niño prevé que el Estado promoverá *"la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18"*, y el artículo 13 de esta convención advierte que la libertad de expresión de los menores de edad estará sujeto a las restricciones necesarias para proteger su salud.

En ese sentido, se soporta también el deber de impedir que los menores de edad reciban información y material encaminado a persuadirlos a la realización de prácticas perjudiciales para su bienestar, en este caso, para la protección de su propia salud, y por ende, no existe justificación válida que permita la difusión y la apología de estos tratamientos en los menores, por cuanto ya son acreditados científica e internacionalmente los detrimentos y perjuicios que ocasionan en ellos, que no tienen reversibilidad, y que perduran para toda la vida.

Así las cosas, se da cumplimiento a lo dispuesto en la propia Convención de los Derechos del Niño sobre la protección contra toda información perjudicial para su bienestar y su propia salud, incluso, en contra de su libertad de expresión, para evitar que sean orientados, ya sea en el ámbito educativo o en los medios de comunicación, a la realización de esas intervenciones.

Adicionalmente, esta convención señala en el literal a) de su artículo 29 que el Estado conviene en que la educación del niño deberá estar encaminada a *"desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades"*, y su párrafo segundo resalta que no se interpretarán restricciones a la libertad para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, pero con la condición de que se respeten los principios de este artículo. Por lo tanto, encuentra la libertad de enseñanza un límite internacional obligatorio para Colombia por el bloque de constitucionalidad que radica en el citado principio.

Aunado a lo anterior, el artículo de la *Ugeskrift for Læger* en Dinamarca

<sup>195</sup> Corte Constitucional, T-260 del 29 de marzo de 2012.  
<sup>196</sup> Corte Constitucional, T-731 del 13 de diciembre de 2017.

expresamente identifica la influencia social como una de las causas del rápido crecimiento del inicio post puberal de la disforia de género en los jóvenes, al igual que no duda en señalar los adolescentes son el resultado de su entorno social y pueden adoptar identidades transexuales por el impacto social no parece ser controvertida en el país danés.

El Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia<sup>197</sup>, por su parte, resaltó que los jóvenes que experimentan el deseo de transición de género, en la mayoría de los casos, *"lo hacen de manera transitoria influenciados por el ambiente, potenciado por las redes sociales y medios de comunicación."*

En similar sentido, la Academia Nacional de Medicina de Francia<sup>198</sup> advirtió el **uso excesivo de las redes sociales, la influencia de otros en círculos sociales o la mayor aceptabilidad social como potenciales causas de la disforia de género** y que el fenómeno epidémico se manifiesta en la aparición de casos en el entorno inmediato de los adolescentes.

De manera similar, en el Reino Unido se advirtió, frente a la *"Gillick Competence"*, que esta no será válida si el joven está siendo presionado o influenciado por alguien más, es decir, la misma voluntad de los menores de 18 años para adoptar la decisión de intervenciones médicas es permeada por la orientación que se les haga a realizarlos, por lo cual, este hecho debe prohibirse con fundamento en su protección.

Teniendo en cuenta lo anterior, se señala que la persuasión a los menores de edad a realizarse estas prácticas contrarias a su naturaleza, cuyos beneficios son descartados por la ciencia; cuyos perjuicios son totalmente demostrados con efectos irreversibles y de por vida; y cuya consecuencia altera también su desarrollo físico, mental y sexual; afecta totalmente el desarrollo de su capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades, sus aptitudes y su personalidad.

Por este motivo, se busca impedir la apología, difusión y orientación a realizar en menores de 18 años de los tratamientos expuestos en este proyecto de ley. Además, la exposición de motivos justifica que las normas de la Constitución Política y en los Tratados Internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, en especial la Convención sobre los Derechos del Niño, al igual que las disposiciones del Código de la Infancia y la Adolescencia, hagan parte de esta ley para reforzar la protección de los niños.

**17.2. No financiación de los tratamientos experimentales**

La Corte Constitucional, en su sentencia T-057 de 2015, definió y estableció lo

<sup>197</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatoriobioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticas-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatria/38355>  
<sup>198</sup> Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticas con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.observatoriobioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticas-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatria/38355>

siguiente sobre los tratamientos experimentales: *"Por definición, los tratamientos médicos experimentales son aquellos que todavía no tienen la aceptación de la comunidad científica ni de las entidades encargadas de acreditarlos como alternativas terapéuticas. Ello significa que su efectividad no ha sido determinada con un nivel de certeza aceptable médicamente. El margen de incertidumbre respecto de la efectividad de un procedimiento experimental impide que se lo pueda considerar como un sustituto de procedimientos terapéuticos acreditados, pero excluidos del Plan Obligatorio de Salud. El derecho a la salud, y específicamente el acceso al servicio de recuperación de la salud, implican que las personas tengan acceso a aquellos servicios de salud cuyo nivel de efectividad sea determinable. Ello significa que un tratamiento considerado experimental, o que no haya sido aceptado por la comunidad médica como una alternativa terapéutica válida para una determinada afectación de la salud, no resulta aceptable ni es susceptible de financiación con cargo a los recursos del sistema"*. (Negritillas fuera del texto)

La UKOM expresamente restringió el uso de bloqueadores de la pubertad y las hormonas y las cirugías a contextos eminentemente investigativos, se prohibieron en entornos clínicos por considerar a estos como tratamientos experimentales, recomendando acompañamiento psicológico y cautela a quienes padecen de disforia de género.

Así las cosas, se hace necesario establecer la prohibición prevista en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, de destinar los recursos públicos asignados a la salud para financiar los servicios y las tecnologías en los que se advierten los criterios allí definidos, entre los cuales se encuentran: *"b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación. (...)"*

**17.3. Medidas para tratar la disforia de género en los menores de 18 años:**

En la presente exposición de motivos se identificaron no sólo las prohibiciones establecidas a nivel internacional en los países más desarrollados por la evidencia científica encontrada recientemente, sino también las formas en las que cada uno empezó a abordar los tratamientos de la disforia de género en los menores de 18 años.

En primera medida, se establecen en este proyecto de ley los principios que lo van a regir, sin perjuicio de los demás que son integrados por las demás normas. En esta se encuentran los **principios de prudencia, de benevolencia, de no maleficencia y de justicia** que serán obligatorios para tratar la disforia de género.

Estos tres últimos son principios que se encuentran establecidos en el modelo principalista de la bioética<sup>199</sup> y habían sido ya establecidos en otros instrumentos, como en el artículo 2 de la Ley 911 de 2004, encargada de regular disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; en el artículo 35 de la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud; Además, han sido expuestos en pronunciamientos de la Corte Constitucional, tales como la

<sup>199</sup> UNIR revista. Los 4 principios de la Bioética y su importancia. UNIR. La Universidad en Internet. 18/07/2023. [Consultado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: [Los principios de la bioética: cuáles son y su importancia | UNIR](https://www.unir.net/revista/los-4-principios-de-la-bioetica-cuales-son-y-su-importancia/)

<p>Sentencia C-274 de 2016, C-233 de 2021, T-474 de 2021, T-048 de 2023.</p> <p>Las definiciones de los principios de interés superior del menor de 18 años, corresponsabilidad, prevalencia del interés superior del menor, perspectiva de género, protección integral, se encuentran en el Código de la Infancia y la Adolescencia y, por su importancia, fueron traídas a colación y adaptadas para el presente proyecto de ley. El principio de igualdad y no discriminación fue desarrollado con base en lo plasmado por UNICEF sobre los principios de la Convención de los Derechos del Niño.</p> <p>A su vez, se reconoce en un artículo las relaciones causales y comorbilidades de la disforia de género en los menores de 18 años, que los profesionales de la salud y todos los que participen en la atención a ellos deben tener de presente.</p> <p>Se determina un artículo que, luego de examinar el modelo biopsicosocial de Engel y analizar la actual experiencia en el Reino Unido, se plasma un <b>acercamiento holístico y multidisciplinario y un equipo multidisciplinario integrado</b> encargado de tratar al menor, de involucrarlo a él y a su familia y de acompañarlo durante todas las etapas del tratamiento. Tendrá tratamientos psicológicos, psiquiátricos y psicosociales en primera medida, y también serán requeridos pediatras, neurólogos y trabajadores sociales.</p> <p>En los casos en los cuales el equipo multidisciplinario integrado encuentre otras características asociadas, se dispondrá la remisión del menor de 18 años también al servicio apropiado y se le adelantará los tratamientos requeridos de acuerdo con la naturaleza y severidad de la característica.</p> <p>También son relevantes los componentes del tratamiento. Para tal efecto, se consultó la pauta del Servicio Especialista Interino del Servicio Nacional de Salud (NHS)<sup>200</sup> del Reino Unido, en su numeral 9 titulado "Service Description", publicado el 9 de junio de 2023. Este indica expresamente lo siguiente: Si bien se menciona en el artículo siguiente la libertad del ejercicio profesional, se advierte de manera rotunda que no se podrán desconocer las prohibiciones previstas en este proyecto de ley ni los principios en él enunciados ni en las otras normas que se le integran.</p> <p>Se desarrollan unos artículos para una protección especial en los casos en que se configuren los riesgos de suicidio en los menores de 18 años que padecen de disforia de género. Estas se redactaron después de analizar la Ley 27130 de 2015<sup>201</sup>, proferida en Argentina, para prevenir el suicidio, y posteriormente, se interpretaron con las situaciones particulares de la disforia de género en los menores para efectuarse la redacción con el ánimo de proteger la vida y la integridad personal de ellos.</p> <p>Esta norma, adicionalmente, también crea y regula de forma general una red de</p> <p><small><sup>200</sup> Interim service specification: Interim specialist service for children and young people with gender incongruence. NHS England. Service description. 09/06/2023. [Consultado el 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: <a href="https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/06/interim-service-specification-for-specialist-gender-incongruence-services-for-children-and-young-people.pdf">https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/06/interim-service-specification-for-specialist-gender-incongruence-services-for-children-and-young-people.pdf</a></small></p> <p><small><sup>201</sup> Ley 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio. [Consultada el 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: <a href="https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm">https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm</a></small></p>	<p>apoyo para los menores de 18 años que padecen de este trastorno. Esta tendrá como objetivo primordial el cuidado del niño o adolescente y de su familia, el apoyo durante las crisis presentadas en los distintos momentos de la enfermedad, en casos de emergencia, el soporte emocional, moral, social, psicológico, psiquiátrico y médico, entre otros. Se podrá articular con el equipo multidisciplinario en aras de realizar acciones que se reflejen en la satisfacción del interés superior y de la prevalencia de sus derechos sobre los demás.</p> <p>Para dar prevalencia a la satisfacción del interés superior del niño, de la prevalencia de sus derechos sobre los demás y de una protección integral, se establece que el personal interdisciplinario y todos aquellos que intervengan en los tratamientos contra la disforia de género en los menores de 18 años, y en la red de apoyo, no serán objeto de estigmatización ni discriminación.</p> <p>Se determina lo anterior para evitar que ellos sean víctimas de ataques por parte de los medios de comunicación, de presiones en sus lugares de trabajo, por parte de Organizaciones No Gubernamentales, entre otros. De esta manera, la atención de los menores con disforia de género podrá llevarse a cabo sin temor de los miembros del equipo, de la red de apoyo y de todos los que intervengan.</p> <p>Una falta de protección puede desencadenar en lo que ocurrió en la Clínica Tavistock en el Reino Unido, en la cual muchos profesionales de la salud no denunciaron las situaciones presentadas por muchos años debido al miedo a la presión por los medios de comunicación y colectividades LGBTI, y también, por los propios compañeros.</p> <p>La misma protección realizada a todos los que participan en la atención de quienes padecen de este trastorno siendo menores de edad será otorgada a los medios de comunicación para evitar que lleguen a ser estigmatizados por dar a conocer la verdad según las evidencias científicas concluidas por las autoridades médicas de los demás países.</p> <p><b>17.4. Las medidas en la jurisdicción de lo contencioso administrativo para la reparación:</b></p> <p>Si bien la norma establece la prohibición de la práctica de las cirugías de afirmación de género, terapia hormonal de afirmación de género y los bloqueadores de pubertad para tratar la disforia de género en menores de 18 años como una medida de protección indispensable, también es necesario <b>identificar la consecuencia de que estas sean practicadas en ellos</b> a pesar de la expedición de la norma.</p> <p>Para tal efecto, también se considera como una <b>medida de protección especial para la reparación del daño antijurídico irrogado a los menores de 18 años que llegasen a ser intervenidos con estas prácticas la ampliación del término de caducidad del medio de control de reparación directa por esta causa a 20 años.</b></p> <p>Se justifica lo anterior, toda vez que se debe buscar <b>satisfacer el interés superior del niño</b>, y este lleva también a la reparación del daño antijurídico</p>
<p>causado, en los términos del artículo 90<sup>202</sup> de la Constitución Política.</p> <p>Toda vez que en muchos casos los daños serán identificados cuando ellos pasen a una edad adulta, y que, para estas prácticas, todavía la evidencia científica busca establecer otras consecuencias negativas que a la fecha no han sido concluidas, pero pueden llegarse a concluir y a afectar la vida de la persona que sea ya mayor de edad, se hace necesario extender el término para que ellos puedan obtener una reparación del daño antijurídico causado en un plazo mucho mayor.</p> <p>El término de dos años no es suficiente, porque estas intervenciones afectan un aspecto demasiado profundo en el ser humano, el cual es su identidad, tal y como lo señaló la sentencia de Bell vs Tavistock, y la regla actualmente establecida debe ampliarse para este caso puntual en la procura de satisfacer los derechos de los niños y de permitirles ser reparados con muchos años de posterioridad a la fecha en la que ocurrió el daño o en la que tuvo o debió tener conocimiento del mismo.</p> <p>Por ejemplo, el menor de 18 años pudo tener conocimiento de que una de estas intervenciones le iba a generar esterilidad o la imposibilidad de obtener un organismo, pero al momento de la práctica no era posible que él identificara y fuera consciente de las consecuencias que este tratamiento iba a generar en su edad adulta y lo que ello implicaría. ya que la forma en la que se concibe al mundo cambia en la infancia, en la adolescencia y también en la adultez.</p> <p>A modo de ilustración, si nunca ha tenido un orgasmo en la vida, y se le explica en el consentimiento informado de manera lógica al menor de edad de 8 años lo que es, podría firmar el documento sin conocer desde su propia experiencia lo que eso significa y sería una medida que lo afectaría de por vida y sería injusto atribuirle a él o a sus padres el deber de demandar al Estado por ese daño con un término de dos años, incluso desde que tuvo conocimiento, que sería a una temprana edad.</p> <p>Tal y como se ha expuesto en la exposición de motivos (PALKO), la madurez neurológica se termina a los 18 años, edad en la cual cambia la forma en la que, normalmente, las personas toman las decisiones y se concientizan acerca de estas, por lo tanto, una intervención tan sensible que afecta la identidad del menor de edad y sin posibilidad de retrotraer requiere que, en caso de ocasionarle el daño antijurídico, este tenga un término de caducidad mucho mayor para efectos de ser reparado para los menores de 18 años, debido a la <b>falta de madurez neurológica</b>.</p> <p>Por este motivo, se modifica la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo) para ampliar el término de caducidad para demandar al Estado a través del medio de control de la reparación directa.</p> <p><small><sup>202</sup> Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste.</small></p>	<p>De igual forma, una vez condenado el Estado por el daño antijurídico imputable fáctica y jurídicamente a él, deberá hacer uso del medio de control de repetición contra los profesionales de la salud o quienes hayan intervenido en estas prácticas y tuvieran la calidad de servidores públicos para efectos de dar cumplimiento al inciso segundo del artículo 90 de la Constitución Política y de la Ley 678 de 2001.<sup>203</sup></p> <p><b>APOYO DE LA ACAMEDIA</b></p> <p>Este proyecto de ley contó con el apoyo de <b>Liliana Castañeda Suancha</b>, Especialista en Neuropsicología Escolar, Máster en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva de la Universidad Autónoma de Barcelona, experta en Neurodesarrollo; Y un comité científico integrado por distintas especialidades médicas, dentro de las cuales se encuentran: Un experto en VIH con experiencia en población LGBT, Mágister en administración en salud pública; psiquiatra; pediatras y médicos internistas, de los cuales dos son cardiólogos. Evaristo <b>Gutiérrez Díaz</b>, Abogado especializado en derecho administrativo, en proceso de obtención de la Maestría en derecho administrativo, con experiencia en responsabilidad médica; Y, <b>Jonathan Silva</b>, formación académica en relaciones económicas Internacionales, activista pró-vida y pro-familia.</p> <p><small><sup>203</sup> "por medio de la cual se reglamenta la determinación de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado a través del ejercicio de la acción de repetición o de llamamiento en garantía con fines de repetición."</small></p>

ANEXO

REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS RUTA AFIRMATIVA - INVIMA

PAGINA WEB DE REFERENCIA:

[https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg\\_encabcum.jsp](https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp)

Principio activo: TRIPTORELINA

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20060305	TRIPTORELINA PAMOATO EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	DECAPEPTYL® 22.5MG	INVIMA 2014M-0014927	Vigente	
20008910	ACETATO DE TRIPTORELINA 100 µG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DAILY	INVIMA 2020M-0010508-R1	Vigente	
199802483	TRIPTORELINA ACETATO 4.12 MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	GONAPEPTYL® DEPOT	INVIMA 2008M-0007865	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
19953802	TRIPTORELINA PAMOATO 15.5 MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	DECAPEPTYL® 11.25MG	INVIMA 2015M-0004541-R1	Vigente	
19931457	TRIPTORELINA ACETATO EQUIVALENTE TRIPTORELINA BASE	DIPHERELINE® 3.75 MG	INVIMA 2014M-0002133-R1	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
60042	TRIPTORELINA PAMOATO 5.2MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA BASE	DECAPEPTYL 3.75 MG INYECTABLE LIOFILIZADO	INVIMA 2016M-003326-R2	Temp. no comerc - Vigente	
50772	TRIPTORELINA (COMO ACETATO)	DECAPEPTYL INYECTABLE LIOFILIZADO	M-015068	Vigente	

Principio activo: LEUPROLIDE

Su búsqueda enlistó 7 registros para el grupo MEDICAMENTOS Fecha/Hora sistema: 2024/09/08 10:18

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20032905	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD® 45 MG	INVIMA 2023M-0013021-R2	Vigente	
19956218	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD® 22.5 MG POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSION INYECTABLE	INVIMA 2022M-0004777-R2	Vigente	
19952701	ACETATO DE LEUPROLIDE	LIPROLON DEPOT INYECTABLE 7.5 MG	INVIMA 2006M-0005735	Vencido	2016/05/15 00:00
19952700	LEUPROLIDE ACETATO	LIPROLON DEPOT INYECTABLE 3.75 MG	INVIMA 2006M-0006101	Vencido	2016/08/05 00:00
19947995	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD® 7.5 MG POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSION INYECTABLE	INVIMA 2004M-0003890	Vencido	2014/11/05 00:00
39428	ACETATO DE LEUPROLIDE (MICROESFERAS)	LUPRON® DEPOT 3.75 MG	INVIMA 2012M-012584R-2	Perdida Fuerza Ejec	2017/05/04 00:00
25996	LEUPROLIDE ACETATO	LUPRON 5 MG/ML INYECTABLE	INVIMA 2007M-009587-R2	Perdida Fuerza Ejec	2017/04/11 00:00

104206	ESPIRONOLACTONA	FUROSEMIDA Y ESPIRONOLACTONA "FLUXORLACTON"	INVIMA M-007533-R1	Vencido	2006/04/00 00:00
52230	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 25 TABLETAS	INVIMA M-001057	Vencido	2005/05/00 00:00
52229	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 100 MG TABLETAS	INVIMA M-001059	Vencido	2005/06/00 00:00
48664	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE® TABLETAS 25 MG	INVIMA 2023M-0062421-R4	Vigente	
34489	ESPIRONOLACTONA	ALDAZIDA TABLETAS 100 MG.	INVIMA M-002967 R2	Vencido	2009/11/00 00:00
34487	ESPIRONOLACTONA	ALDAZIDA DE 25 MG TABLETAS	INVIMA M-002495	Vencido	2009/10/00 00:00
33524	ESPIRONOLACTONA	LASILACTON CAPSULAS	INVIMA 2009 M-001917-R3	Vencido	2020/02/00 00:00
29955	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS * 100 MG	M-003251	Vencido	2005/10/00 00:00
29282	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE 100MG TABLETAS	INVIMA 2023M-000517-R5	Vigente	
15124	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONALACTONA 25 MG	M-004466	Vencido	2009/04/00 00:00
11766	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONALACTONA 100 MG TABLETAS	INVIMA M-002595	Vencido	2005/07/00 00:00

Principio activo: ACETATO DE CIPROTERONA

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
19992955	ACETATO DE CIPROTERONA MICRONIZADO	LUMALIA®	INVIMA 2008M-0008414	Cancelado	2018/09/18 00:00
19992942	ACETATO DE CIPROTERONA	CETOL	INVIMA 2009M-0009115	Vencido	2019/01/30 00:00
19961388	ACETATO DE CIPROTERONA MICRONIZADO	BIOFACE® COMPRIMIDOS	INVIMA 2005M-0005137	Vencido	2016/01/25 00:00
19942623	ACETATO DE CIPROTERONA	DIANE® - 35	INVIMA 2023M-0001385-R2	Vigente	
19942621	ACETATO DE CIPROTERONA (GRAGEA 2)	CLIMENE®	INVIMA 2014M-0003078-R1	Perdida Fuerza Ejec	2019/12/11 00:00
19900996	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR® 100 MG TABLETAS	INVIMA 2023M-012770-R3	Vigente	
224085	ACETATO DE CIPROTERONA	CYPROPLEX TABLETAS 50 MG	INVIMA M-007280	Vencido	2007/11/12 00:00
57154	ACETATO DE CIPROTERONA	OLTER COMPRIMIDOS 50 MG	INVIMA 2005 M-000990-R1	Vencido	2015/08/10 00:00
44799	ACETATO DE CIPROTERONA	CLIMENE	INVIMA 2003M-013829-R1	Vencido	2013/06/17 00:00
37982	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR DEPOT	INVIMA 2003 M-013711-R1	Perdida Fuerza Ejec	2013/04/22 00:00
31755	ACETATO DE CIPROTERONA	DIANE 35	INVIMA M-010011-R1	Vencido	2008/02/03 00:00
24886	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR 10 MG	INVIMA 2005M-008837-R2	Perdida Fuerza Ejec	2016/01/19 00:00

Principio activo: ESPIRONOLACTONA ( M-000517-R5 ; M-0021237)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20098329	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100 MG.	INVIMA 2022M-0017254-R1	Vigente	
20093384	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG	INVIMA 2021M-0016362-R1	Vigente	
20060513	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2014M-0015147	Perdida Fuerza Ejec	2019/08/00 00:00
20015631	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG	INVIMA 2022M-0011315-R2	Vigente	
19990654	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100MG	INVIMA 2008M-0008555	Perdida Fuerza Ejec	2018/10/00 00:00
19990648	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2008M-0008510	Perdida Fuerza Ejec	2018/10/00 00:00
19975836	ESPIRONOLACTONA USP	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETAS.	INVIMA 2022M-0007331-R2	Vigente	
19973885	ESPIRONOLACTONA	DILUXOTON® 100MG	INVIMA 2007M-0007274	Vencido	2017/09/00 00:00
19973773	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25MG	INVIMA 2018M-0007445-R1	Perdida Fuerza Ejec	2025/09/00 00:00
19973061	ESPIRONOLACTONA MICRONIZADA USP	ESPIRONOLACTONA 25MG TABLETAS	INVIMA 2023M-0006839-R2	Vigente	
19972755	ESPIRONOLACTONA	DILUXOTON® (ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS).	INVIMA 2007M-0006980	Vencido	2017/05/00 00:00
19963166	ESPIRONOLACTONA	ESPIROLAN 25 MG TABLETAS	INVIMA 2012M-0006113-R1	Vigente	
19963165	ESPIRONOLACTONA	ESPIROLAN 100 MG TABLETAS.	INVIMA 2012M-0006161-R1	Vigente	
19954431	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2005M-0004565	Vencido	2015/07/00 00:00
19954430	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA® 100 MG TABLETA	INVIMA 2016M-0004598-R1	Vencido	2021/10/00 00:00
19944004	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG	INVIMA 2020M-0003269-R2	Vigente	
19942429	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETA RECUBIERTA 100 MG	INVIMA 2019M-0003477-R2	Vigente	
19933407	ESPIRONOLACTONA	DOXICLAL® TABLETA.	INVIMA 2023M-0002093-R3	Vigente	
19913026	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDOS 25 MG	INVIMA M-014868	Vencido	2010/12/00 00:00
1981095	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100 MG	INVIMA 2009M-011850-R1	Perdida Fuerza Ejec	2019/07/00 00:00
215303	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDOS	INVIMA M-010435	Vencido	2008/03/00 00:00

Principio activo: Acetato de noretisterona (Progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
19956586	ACETATO DE NORETISTERONA	PRIMOLUT® NOR TABLETAS 10 MG	INVIMA 2006M-0005267	Perdida Fuerza Ejec	2016/02/24 00:00
19945272	ACETATO DE NORETISTERONA	NORIGESTAN® 1 MG TABLETAS	INVIMA 2004M-0003735	Perdida Fuerza Ejec	2014/09/14 00:00
19930211	ACETATO DE NORETISTERONA	ESTALIS 50/140 SISTEMA TRANSDERMICO	INVIMA 2003M-0002289	Vencido	2013/03/31 00:00
19912010	ACETATO DE NORETISTERONA	PRIMOLUT NOR 5MG	INVIMA M-014873	Perdida Fuerza Ejec	2010/12/07 00:00
19906381	ACETATO DE NORETISTERONA	EVOREL SEQUI	INVIMA M-014815	Vencido	2010/11/28 00:00
19906380	ACETATO DE NORETISTERONA MICRONIZADO	EVOREL CONTI	INVIMA M-014773	Vencido	2010/10/26 00:00
204063	ACETATO DE NORETISTERONA	CLIANE	INVIMA 2006M-005622-R1	Perdida Fuerza Ejec	2016/10/05 00:00
35362	ACETATO DE NORETISTERONA	PRIMOLUT NOR TABLETAS X 10 MG.	INVIMA M-002864-R2	Cancelado	2009/09/22 00:00

Principio activo: Dienogest (Progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20156284	DIENOGEST	BELLANEW®	INVIMA 2019M-0018900	Vigente	
20155036	COMPRIMIDO 2: DIENOGEST	DADU®	INVIMA 2019M-0018926	Perdida Fuerza Ejec	2028/06/00 00:00
20155036	COMPRIMIDO 3: DIENOGEST	DADU®	INVIMA 2019M-0018926	Perdida Fuerza Ejec	2028/06/00 00:00
20148417	VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG: DIENOGEST	RUBI®	INVIMA 2021M-0020044	Vigente	
20148417	VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG: DIENOGEST	RUBI®	INVIMA 2021M-0020044	Vigente	
20148416	DIENOGEST	DESIRE® 2 MG TABLETAS RECUBIERTAS.	INVIMA 2020M-0019658	Vigente	
20145801	DIENOGEST	SIBILLA® CD	INVIMA 2021M-0020020	Vigente	
20130744	DIENOGEST	TRIACTIVA® TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0018994	Vigente	
20121390	DIENOGEST	VELBIENNE® 20	INVIMA 2023M-0018432-R1	Vigente	
20120592	DIENOGEST	SEGUFEM MINI®.	INVIMA 2023M-0018339-R1	Vigente	

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20104341	DIENOGEST MICRONIZADO	VELBIENNE ® 10	INVIMA 2017M-0017559	Vigente	
20096215	DIENOGEST	DIENOGEST 2 MG	INVIMA 2016M-0017454	Vigente	
20093958	DIENOGEST	SIBILLA® 2 MG/0.03 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS.	INVIMA 2022M-0017218-R1	Vigente	
20093177	DIENOGEST	DIENILLE® COMPRIMIDO RECUBIERTOS	INVIMA 2023M-0017267-R1	Vigente	
20087541	DIENOGEST	SEGUFEM®	INVIMA 2020M-0016111-R1	Vigente	
20080146	DIENOGEST MICRONIZADO	METRINELLE® 2 MG COMPRIMIDOS	INVIMA 2020M-0016006-R1	Vigente	
20071752	DIENOGEST	ABLDIEVAL®	INVIMA 2015M-0015792	Vencido	2021/10/00:00
20070843	DIENOGEST	ACOTOL SUAVE TABLETAS	INVIMA 2014M-0015248	Vencido	2019/09/00:00
20056174	DIENOGEST	GIANDA® CD	INVIMA 2013M-0014674	Temp. no comercializado - En trámite Renov	
20055000	DIENOGEST	BELLAFACE® SUAVE	INVIMA 2019M-0015240-R1	Vigente	
		ARI ALONDRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2013M-	Perdida Fuerza	2019/04/00:00
20054661	DIENOGEST	ABLALONDRÁ COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 2MG	INVIMA 2023M-0014326-R1	Perdida Fuerza Ejec	2029/04/00:00
20051856	DIENOGEST	EVELY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2023M-0013906-R2	Cancelado	2029/07/00:00
20051856	DIENOGEST	EVELY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2023M-0013906-R2	Cancelado	2029/07/00:00
20044058	DIENOGEST	ACOTOL EX	INVIMA 2019M-0013335-R1	Perdida Fuerza Ejec	2028/11/00:00
20038827	DIENOGEST	DIENOMET 2 MG TABLETAS	INVIMA 2022M-0012966-R2	Vigente	
20018592	DIENOGEST MICRONIZADO	VISANNE®	INVIMA 2023M-0012094-R2	Vigente	
20016014	DIENOGEST	YAEI®	INVIMA 2022M-0011563-R2	Vigente	
20005723	DIENOGEST	QLAIRA	INVIMA 2023M-0010708-R1	Vigente	
20005723	DIENOGEST	QLAIRA	INVIMA 2023M-0010708-R1	Vigente	
20005233	DIENOGEST	GIANDA® TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0009887-R1	Vigente	
20001058	DIENOGEST	BELLAFACE®	INVIMA 2018M-0009470-R1	Vigente	
19902721	DIENOGEST	VALETE	INVIMA M-13825	Perdida Fuerza Ejec	2009/11/00:00

**Principio activo: Progesterona micronizada (Progestágenos)**

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20122364	PROGESTERONA MICRONIZADA	ENDOMETRIN 100 MG TABLETAS VAGINALES	INVIMA 2019M-0018798	Vigente	
20077103	PROGESTERONA MICRONIZADA	GESTAGENO® 200 MG CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA	INVIMA 2021M-0016686-R1	Vigente	
20056207	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT® 100 MG	INVIMA 2022M-0014935-R1	Vigente	
20056205	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT® 200 MG	INVIMA 2020M-0014297-R1	Vigente	
20055574	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO 400 MG	INVIMA 2023M-0014333-R2	Vigente	
20052406	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT®	INVIMA 2020M-0014457-R1	Vigente	
20040856	PROGESTERONA MICRONIZADA	FERTIRING® ANILLO VAGINAL	INVIMA 2014M-0014805	Vencido	2019/02/00:00
20014986	PROGESTERONA MICRONIZADA	CRINONE® 8 %	INVIMA 2016M-0012999-R1	Perdida Fuerza Ejec	2026/05/00:00
20006814	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 200 MG	INVIMA 2010M-0010660	Vencido	2021/10/00:00
19995679	PROGESTERONA MICRONIZADA	ENGYNAL CAPSULAS DE GELATINA BLANDA	RSM-Exp200800080630	Vencido	2018/11/00:00
19980869	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO 400 MG	RSM-Exp20200007380-R1	Vigente	
19942690	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO® 200 MG	INVIMA 2014M-0003195-R1	Vigente	
19941125	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 100 MG	INVIMA 2013M-0002909-R1	Vencido	2018/07/00:00
19940533	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 200 MG	INVIMA 2021M-0003345-R2	Vigente	
19930589	PROGESTERONA MICRONIZADA	UTROGESTAN® 200 MG CÁPSULAS	INVIMA 2019M-0003046-R2	Vigente	
19906703	PROGESTERONA MICRONIZADA	UTROGESTAN 100 MG. CAPSULAS	INVIMA 2020M-14217-R2	Temp. no comerc - Vigente	
19902589	PROGESTERONA MICRONIZADA	GESLUTIN PNM CAPSULAS BLANDAS 100 MG	INVIMA 2019M-13759-R2	Vigente	

**Principio activo: finasterida**

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20135118	FINASTERIDA	FINHET® 1 MG TABLETAS RECUBIERTAS.	INVIMA 2019M-0019175	Vigente	
19993864	FINASTERIDA	CAOSOL® FINASTERIDA 5 MG	INVIMA 2008M-0008472	Vencido	2018/10/00:00
19982591	FINASTERIDA	PROFINAS 1MG	INVIMA 2008M-0008097	Vencido	2018/05/20:00
19981163	FINASTERIDA	FINASTERIDA 1 MG TABLETAS	INVIMA 2023M-0007836-R2	Vigente	
19942490	FINASTERIDA (MICRONIZADA)	APEPLUS® 1MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2020M-0003511-R2	Perdida Fuerza Ejec	2029/05/10:00
19940480	FINASTERIDA	FOLISTER	INVIMA 2020M-0003214-R2	Vigente	
19922897	FINASTERIDA	FISTRIN 1MG	INVIMA 2001M-0000649	Cancelado	2011/11/10:00
228382	FINASTERIDA	PROPECA® 1 MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2002 M. 012598-R1	Vigente	
42695	FINASTERIDA	FINASPROS® 5 MG	INVIMA 2019M-013550-R3	Suspendido	1900/01/00:00

**Principio activo: ESTRADIOL 17 B**

Su búsqueda enlistó 390 registros para el grupo **MEDICAMENTOS** Fecha/Hora sistema: 2024/09/08 11:17

La consulta trae un máximo de 200 filas.

Si el registro que usted busca no se encuentra dentro de esta lista, por favor refine su consulta.

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20202332	ETINILESTRADIOL	TYAFER®	INVIMA 2022M-0020701	Vigente	
20191708	ETINIL ESTRADIOL	FEMELLE 20 CDAY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2022M-0020632	Temp. no comerc - Vigente	
20177543	ETINILESTRADIOL	STANIA	INVIMA 2020M-0019764	Vigente	
20168885	ETINILESTRADIOL	MICROGYNON RING	INVIMA 2023M-0021053	Vigente	
20163936	ETINILESTRADIOL	OZELA® COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2021M-0020377	Vigente	
20163933	ETINILESTRADIOL	OMURA® COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2021M-0020376	Vigente	
20163929	*ETINILESTRADIOL MICRONIZADO	OZELA® SUAVE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2021M-0020535	Vigente	
20162090	TABLETA ACTIVA: ESTRADIOL HEMIHIDRATO 1.033 MG EQUIVALENTE A ESTRADIOL 17 B	JEX® TABLETA RECUBIERTA	INVIMA 2019M-0019322	Vigente	

**Principio activo: Testosterona**

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20100748	TESTOSTERONA UNDECANOATO (EQUIVALENTE A 631.5 MG DE TESTOSTERONA)	UROMAX® 1000MG/4 ML SOLUCIÓN INYECTABLE	INVIMA 2021M-0016617-R1	Temp. no comerc - Vigente	
20069302	TESTOSTERONA ENANTIATO	TESTOSTERONA ENANTIATO INYECCION 250 MG	INVIMA 2020M-0015346-R1	Vigente	
20061596	TESTOSTERONA	TESTOVITAL 1% GEL	RSM-Exp20130014763	Vencido	2019/01/00:00
20059696	TESTOSTERONA	AXIRON®	INVIMA 2013M-0014714	Perdida Fuerza Ejec	2018/12/00:00
20052145	TESTOSTERONA	ERETRIA GEL	INVIMA 2013M-0014575	Vencido	2018/10/00:00
20012101	TESTOSTERONA UNDECANOATO	TENGLAR	INVIMA 2010M-0011280	Vencido	2015/09/00:00
19991316	TESTOSTERONA UNDECANOATO	BENOPTEX®	INVIMA 2021M-0008565-R1	Vigente	
19947559	UNDECANOATO DE TESTOSTERONA	NEBIDO®	INVIMA 2020M-0003920-R2	Vigente	
19938468	TESTOSTERONA	ANDROGEL® 1% GEL	INVIMA 2019M-0002965-R2	Temp. no comerc - Vigente	
227994	TESTOSTERONA USP	ANDRODERM	INVIMA M-012619	Vencido	2009/03/00:00
49418	ENANTIATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA DEPOSITO	INVIMA M-003550	Vencido	2005/12/00:00
49417	PROPIONATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA 25 INY.	M-014463	Vencido	2005/01/23:59
49299	ENANTIATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA DEPOSITO INYECTABLE	INVIMA M-006274	Vencido	2007/04/00:00
49298	PROPIONATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA 25 INYECTABLE	INVIMA M-000585	Vencido	2005/05/00:00
31279	ENANTIATO DE TESTOSTERONA	TESTOVIRON® DEPOT POR 250 MG	INVIMA 2023M-0010482-R5	Vigente	



27-9-2024

## Proyecto de Ley

### ¡Con los Niños NO te metas!

INFORME DE RESULTADOS MESA TÉCNICA

Proyecto de ley 001 de 2024 Senado

*"Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 16 años frente a tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones"*

**Autora: H Senadora Lorena Ríos Cuéllar**

Respetados Senadores Comisión VII Constitucional del Senado de la República y participantes de la mesa técnica,

Estoy agradecida con cada uno de los actores que participaron en el proceso de unificación de conceptos y criterios, médicos, científicos y jurídicos, para el proyecto 001 de 2024 de Senado, una iniciativa legislativa crucial para proteger y garantizar los derechos de los menores de edad en nuestra sociedad.



La creación de este proyecto de Ley surge como respuesta a la necesidad imperiosa de establecer un marco normativo claro y protector para los menores que enfrentan la disforia de género. Reconociendo la complejidad y sensibilidad de este tema, hemos trabajado arduamente para incorporar principios fundamentales como el interés superior del menor, la no discriminación, y la garantía de acceso a una atención integral y respetuosa de sus derechos.

Es así que, este proyecto de ley representa un compromiso firme con la protección de nuestros menores y el respeto a su dignidad. Esta mesa técnica, nos permitió analizar las observaciones presentadas por las diferentes entidades del gobierno nacional, considerando las opiniones y aportes de cada uno de los expertos que participaron en esta mesa, con el objetivo común de fortalecer este marco normativo en beneficio de nuestra infancia y adolescencia.

Estoy segura de que, con nuestro trabajo conjunto, podremos lograr avances significativos en la protección de los derechos de los menores con diagnóstico de disforia de género en nuestro país.

¡Con los Niños NO te Metas!

**LORENA RÍOS CUELLAR**  
Senadora de la Republica  
Partido Colombia Justa Libres  
Ponente Única del Proyecto de Ley 001 de 2024 Senado

**Contenido**

**Introducción** ..... 1

**Aspectos metodológicos y consideraciones** ..... 2

**Participantes** ..... 3

**Mesa Técnica: Aspectos médicos, científicos y jurídicos, para unificar conceptos y criterios del proyecto de ley**..... 4

**Introducción**

El pasado 20 de agosto de 2024, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, realizó la designación de la ponente del proyecto de Ley para su estudio y discusión del Proyecto de ley 001 de 2024 Senado, "Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". ¡Con los niños NO te Metas!

**Ponente Única:** H.S. Beatriz Lorena Ríos Cuellar

Considerando la importancia de realizar un estudio detallado en relación con esta iniciativa, se aprobó en sesión del 18 de septiembre de 2024, la Proposición No. 19, con el fin de adelantar una Mesa Técnica el día 27 de septiembre de 2024, para escuchar a los grupos de interés respecto a sus perspectivas, inquietudes y comentarios relacionados con las disposiciones contenidas para el proyecto de Ley. Para tal fin se les extiende la invitación a los siguientes actores:

- Ministerio de Salud y Protección Social.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Defensoría del Pueblo.
- Procuraduría General de la Nación.
- Universidad de La Sabana – Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
- Universidad de La Sabana – Instituto de la Familia.
- Sociedad civil
  - Doctora Lilibian Castañeda Suancha – Neuropsicóloga Educativa experta en Neurodesarrollo.
  - Doctor René Bautista – Psicólogo.
  - Jonathan Silva – Profesor en Relaciones Económicas Internacionales.
  - Doctor José David Téllez Negret – Médico psiquiatra Universidad Nacional.
  - Doctora Catherine Torres – Médico de la Universidad del Rosario. Magister en administración de Salud, Universidad Javeriana.
  - Juan Diego Monje – Economista y estadístico.
  - Doctora Tatiana Villareal – Médica especialista en medicina interna.
  - Doctor Evaristo Cutiérez – Abogado especializado en Derecho Administrativo.
  - Doctora Nadia Juliana Proaños – Médica Master en Epidemiología y Máster en Economía de la salud.
  - Doctora Nora H. Riani Llano – Experta en Pediatría y Bioética, formada en Cuidados Paliativos u Humanismo Médico.

La coordinación y secretaría técnica de la Mesa Técnica fue llevada a cabo por la Senadora **Lorena Ríos Cuellar** quien lideró el proceso de articulación para llevar a cabo este espacio de encuentro y diálogo con la ciudadanía y el gobierno, para que, los resultados de esta Mesa Técnica sean un insumo para el estudio, discusión y debate de este proyecto de ley por parte de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República.

**Aspectos metodológicos y consideraciones**

La mesa técnica tuvo como finalidad establecer por medio del dialogo informado, un balance de las opiniones de los distintos actores y expertos invitados a la discusión del proyecto de ley con el fin de unificar conceptos y criterios médicos, científicos y jurídicos sobre este proyecto. Se convocó a que las opiniones expresadas estuvieran basadas en datos con su respectiva fuente citada, evidencias y experiencias relacionadas con las temáticas a tratar, mencionadas desde el respeto y destacando los elementos técnicos y científicos que deban ser considerados en el debate.

Siendo así, la Mesa Técnica se desarrolló por medio de los siguientes siete (7) bloques temáticos:

Bloque temático	Encargado
Instalación de la mesa y presentación de asistentes.	Senadora y asistentes enlistados
Breve explicación de la finalidad del proyecto de ley y la metodología para la unificación de conceptos y criterios médicos, científicos y jurídicos del proyecto de ley.	Senadora
Intervenciones de las entidades del orden nacional respecto a sus observaciones sobre el proyecto de ley.	Entidades del orden nacional
Intervenciones por parte de las sociedades científicas sobre el proyecto.	Sociedades científicas
Intervenciones por parte de los asistentes al evento sobre sus análisis desde sus distintas profesiones sobre el proyecto de ley.	Expertos
Observaciones, perspectivas, replicas, peticiones y preguntas por parte de los asistentes a las entidades del orden nacional sobre las observaciones realizadas por el proyecto de ley.	Dialogo abierto
Conclusiones y recomendaciones finales de los expertos asistentes.	Asistentes enlistados

<p style="text-align: center;"><b>Participantes</b></p> <p>En el espacio de diálogo y participación la conducción de esta Mesa Técnica estuvo a cargo de la Senadora <b>Lorena Ríos</b>. Los diálogos contaron con las intervenciones de delegados del Gobierno Nacional, se contó con la participación de <b>Ricardo Luque</b>, coordinador del Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social, y de su equipo de trabajo, <b>Lina Molina</b>, <b>Catalina Buitrago</b> y otros.</p> <p>Así mismo, se contó con la participación de la Defensoría del Pueblo, <b>Sara Apellido</b>, abogada asesora de la delegada de asuntos de mujer y género, <b>Marcela Salaz</b> de la delegada de infancia, juventud y vejez de esta entidad, y del acompañamiento de los delegados de la Procuraduría General de la Nación y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.</p> <p>Del mismo modo, se registró la asistencia y participación presencial y virtual de expertos científicos, médicos y jurídicos, en la Comisión VII del Senado. En este espacio los expertos compartieron sus respectivas perspectivas y experiencias respecto a la temática del proyecto de ley, y sus propuestas para unificar los conceptos y criterios de este proyecto con el Gobierno Nacional.</p> <p>Para facilitar el espacio de diálogo de los participantes expertos, y la asistencia de congresistas y sus asesores se dispuso de una sala virtual para que, pudieran intervenir y estar de manera remota vinculados a la Mesa Técnica.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Mesa Técnica: Aspectos médicos, científicos y jurídicos, para unificar conceptos y criterios del proyecto de ley.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El Ministerio de Salud y Protección social está en el proceso de creación de una serie de Guías de práctica clínica, para la atención de las personas Trans, que van a tomar como referencia las recomendaciones de medicina basada en la evidencia como lo establecen los colegios internacionales con métodos Cochrane y Grey, como también los lineamientos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud), y la guía del Ministerio de Salud y Protección Social del 2017. Por ello, está realizando la convocatoria para la socialización de esta guía, para todas las sociedades científicas, partiendo de la base de, las sociedades de, Endocrinología pediátrica, endocrinología, urología, ginecología, cirugía plástica, psiquiatría, psicología, e invitando a los diferentes actores de la comunidad trans, para la construcción y adaptación de la guías clínicas.</li> <li>El Ministerio manifestó que las Guías de práctica clínica que pretende crear, deberán ser aplicadas en las instituciones de todos los niveles de complejidad, desde el prestador primario hasta un prestador complementario en todo el territorio nacional. Con base en estos consensos y la última información disponible a nivel científico y médico y la aprobación de una externa de expertos, el Ministerio espera poder estar publicando estas guías de práctica clínica el próximo año.</li> <li>Las recomendaciones que el Ministerio de Salud y Protección Social respecto al Proyecto de Ley 001 de 2024, basados en los aspectos metodológicos, fueron:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda tomar y revisar los estudios analíticos con población pediátrica y con gestantes para su referenciación.</li> <li>- Se recomienda que la literatura que contenga la exposición de motivos del proyecto de ley sea de los últimos 5 años.</li> <li>- Se recomienda que el proyecto solo contenga conceptos de investigadores que representen a las sociedades científicas, agremiación o un colegio médico.</li> <li>- Se recomienda no utilizar investigaciones de estudios de caso, ya que, estos no se pueden inferir o generalizar que va suceder en toda la población, por lo que no se deben generalizar las conclusiones o recomendaciones obtenidas de esos estudios.</li> </ul> </li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda tener presentes los cursos de vida y los grupos de edad que tiene delimitados en Ministerio de Salud en cuanto a la prestación respecto al servicio de salud.</li> <li>- Se recomienda rectificar, que la mayoría de los tratamientos son irreversibles, pues, los únicos procedimientos irreversibles son los de reasignación del sexo, como: vaginoplastia y faloplastias.</li> <li>- Se recomienda modificar la explicación de la OMS en la CIE-11, sobre la disforia de género, ya que, la OMS, ressignifica los términos de disforia e incongruencia de género.</li> <li>- Se recomienda revisar los procedimientos quirúrgicos, de manera que, se incluyan cuáles son los tipos de procedimientos, con su descripción y código único de prestación de servicios de salud – CUPS.</li> <li>- Se recomienda corregir la imprecisión gen Y, por cuanto, no existe el gen Y.</li> <li>- Se recomienda referenciar los reglamentos internacionales que refiere la exposición de motivos del proyecto de ley.</li> <li>- Se recomienda revisar los documentos de literatura que contiene la exposición de motivos del proyecto para que sean aptos para la construcción de una guía de práctica clínica.</li> </ul> <p>El concepto técnico del que el Ministerio hace mención aún se encuentra en recolección de firmas por lo que no ha sido allegado a la Comisión Séptima del Senado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La Defensoría del Pueblo manifiesta que, dentro de algunos postulados se podría contrariar el principio de que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos, la dignidad humana, identidad sexual y de género, salud mental y autonomía progresiva de la voluntad del menor, por cuanto se restringen estos tratamientos. Por lo que recomienda revisar el proyecto a la luz de los tratados internacionales y la jurisprudencia constitucional. El concepto será allegado por la Defensoría a la Comisión Séptima.</li> <li>Desde los expertos convocados, Liliána Castañeda, le aclaró al Ministerio que la disforia de género esta establecida en el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), y que la CIE-11, emite códigos para la mortalidad de las personas, por lo que, esta realiza estudios sobre las causales de muerte y no de temas trans.</li> </ol>	<p>Así Mismo, la WPATH (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero), menciona que, para iniciar con la ruta de afirmación de género, se requiere el diagnóstico de disforia de género y que teniendo en cuenta los criterios del manual de psiquiatría internacional debe tener este padecimiento por más de 6 meses. La WPATH menciona que, alrededor del 88% las personas que han tenido el diagnóstico de disforia de género en la infancia, lo resuelven en su adultez. La doctora manifiesta que se debe ir a la génesis del problema, que puede ser por muchas razones distintas y que el diagnóstico es necesario para entenderlas, y que la prohibición de practicas como, bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de cambio de sexo, son para proteger el interés superior del menor.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nora Riani alerta a la mesa técnica de que existe la suposición de que la disforia de género es innata, pero acorde a literatura reciente, esta afirmación es falsa y está impulsada por ideología y no en ciencia. Así mismo, que, si bien los niños tienen autonomía, esto no implica que para decisiones tan importantes tal tengan, por eso los menores no votan, entonces resulta contraproducente que siendo menores de edad puedan tomar las menore decisiones que atenten contra su dignidad.</li> <li>El colegio Colombiano de endocrinología pediátrica, afirma que, la mejor ruta para atender a pacientes y familias que acuden sobre temas de diversidad en la identidad es remitiéndose, a las guías de la sociedad Colombiana de endocrinología, en los casos pediátricos debe contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario en el cual se acompaña a la familia y se establecen distintos puntos importantes para ofrecer la mejor opción física y mental para el paciente, con acompañamiento psicológico y psiquiátrico para permitir una transición social, bloqueo puberal cuando empieza la pubertad en Tanner 2 y el uso de hormonas cruzadas después de los 16 años, realizado por un equipo multidisciplinario. Allegaran el concepto a la Comisión Séptima de Senado.</li> <li>El grupo de urología del hospital san José, recomienda que debe hacerse un análisis exhaustivo para que el menor no comenta un error que pueda ser irreversible, consideran que a los niños no se les debe realizar cirugía genital, y debería determinarse cuando cumpla la mayoría de edad. Se allegarán unas observaciones al proyecto de ley por la Comisión Séptima del Senado.</li> <li>José David Téllez, expone que, interferir en el proceso hormonal de los menores afecta el libre desarrollo de la personalidad, por cuanto en esas edades se encuentran en la construcción de su identidad, y no se puede decir que una personalidad se formó libremente hasta que ha llegado a los 18 años, por eso los trastornos de la personalidad en psiquiatría solo se pueden diagnosticar hasta los 18 años.</li> </ol>

<p>10. Julio Monroy, estudiante de derecho de la Universidad de La Sabana, Miembro del semillero de investigación de fundamentos filosóficos del derecho, y del observatorio de instituciones ciudadanas de la Universidad de la Sabana, expone que, la dignidad humana en Colombia tiene dos vertientes, como principio constitucional o como derecho, alude que, la dignidad humana es inherente a la persona por el hecho de ser humano, en ese sentido, la dignidad humana es el precepto de todos los demás derechos.</p> <p>Así, todos los derechos se desprenden de la dignidad humana, y la forma de materializar la dignidad humana es en aplicabilidad de la protección de otros derechos. Menciona que, en un juicio de ponderación prima el derecho a la salud del menor sobre el libre desarrollo de la personalidad, por lo que, se puede restringir la aplicación de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de cambio de sexo en menores de edad en pro de defender el interés superior del menor en salud.</p> <p>Finalmente concluye que, en la medida que, como manifestaba el Ministerio no hay una información lo suficientemente robusta sobre el tema del diagnóstico de disforia de género, partiendo de la incoherencia misma entre conceptos médicos, por lo que el legislador en el ejercicio de su potestad legislativa y en protección del interés superior del menor puede prohibir estos tratamientos en menores de edad.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Comisión Séptima Constitucional Permanente</b></p> <p><b>LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.</b> - Bogotá D.C., el día 29 del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024) - En la presente fecha se autoriza a <b>publicación en Gaceta del Congreso de la República</b>, las siguientes consideraciones:</p> <p><b>CONCEPTO:</b> INFORME TECNICO – H.S LORENA RÍOS CUELLAR  <b>NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:</b> 001 de 2024 Senado  <b>TÍTULO DEL PROYECTO:</b> "POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN LOS LINEAMIENTOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN MENORES DE 18 AÑOS FRENTE A LOS TRATAMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO, EL USO DE BLOQUEADORES DE PUBERTAD, TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO Y CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" ¡CON LOS NIÑOS NO TE METAS!  <b>NÚMERO DE FOLIOS:</b> Diez (10)  <b>RECIBIDO EL DÍA:</b> 25 de Noviembre de 2024  <b>HORA:</b> 06:38 pm</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El secretario,</p> <p style="text-align: center;"><i>Praxere José Ospino Rey</i>  <b>PRAXERE JOSÉ OSPINO REY</b>      Secretario General      Comisión Séptima Senado de la República</p>
--	---

**CONTENIDO**

Gaceta número 2076 - Viernes, 29 de noviembre de 2024

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Informe de ponencia positiva para primer debate – primera vuelta y texto propuesto al Proyecto de Acto Legislativo número 23 de 2024 Senado - 272 de 2024 Cámara, por medio del cual se modifica el artículo 48 de la Constitución Política y se reconoce la mesada catorce para los y las docentes nacionales, nacionalizados y territoriales... 1

Informe de ponencia positiva para segundo debate en Senado , texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer debate Comisión Segunda Constitucional Permanente al Proyecto de ley número 192 de 2024 Senado, por medio del cual la nación le rinde honores al poeta Porfirio Barba Jacob y se dictan otras disposiciones..... 5

INFORMES

Informes al Congreso Ministerio de Defensa Nacional (Implementación de la Ley 2341 de 203)..... 10

INFORMES MESA TÉCNICA

Informe Mesa Técnica al Proyecto de Ley número 001 de 2024 Senado Honorable Senadora Lorena Ríos Cuéllar, por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones ¡Con los niños NO te metas! ..... 11