REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXV - Nº 1834 Bogotá, D. C., miércoles, 18 de noviembre de 2026 EDICIÓN DE 14 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 121 DE 2026 SENADO

por la cual se dictan medidas especiales para la consolidación y mejoramiento del hábitat y la construcción de Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural (VIS-VIP) en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Comisión Séptima Constitucional Permanente
CSP-CS- 1182-2026

Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GONZALEZ
Secretario General

LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República.
E. S. D.

ASUNTO: Publicación concepto al Proyecto de Ley 121 DE 2026 SENADO ***"Por la cual se dictan medidas especiales para la consolidación y mejoramiento del hábitat y la construcción de Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural (VIS-VIP) en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones".***

Respetados,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, remito para lo de su competencia y con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 2 de la Ley 1431 de 2011 por medio electrónico, para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, a saber:

CONCEPTO: CONSIDERACIONES AL PROYECTO DE LEY N° 121 DE 2026 SENADO.

REFRENDADO POR: REYNALDO JOSÉ D'SILVA URIBE - VICEMINISTRO DE VIVIENDA

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No 121 DE 2026 SENADO.

TITULO DEL PROYECTO: "POR LA CUAL SE DICTAN MEDIDAS ESPECIALES PARA LA CONSOLIDACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL HÁBITAT Y LA CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y PRIORITARIO RURAL (VIS-VIP) EN EL TERRITORIO NACIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

NÚMERO DE FOLIOS: DIECISIETE (17) FOLIOS

Atentamente,

Secretario General Comisión Séptima

Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio

Bogotá D.C., octubre de 2026

MINISTERIO DE VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO 09-2026 17:07
Al Contestar Cite Este No.: 2026EE0062282 Fol:17 Anex:0 FA:0
ORIGEN 11500-DESPACHO DEL VICEMINISTRO DE VIVIENDA
DESTINO 11500-CONGRESO DE LA REPÚBLICA - SENADO DE LA REPÚBLICA
ASUNTO: ASUNTO: CONCEPTO DEL PROYECTO DE LEY NO. 121 DE 2026 SENADO "POR LA CUAL SE
OBS REYNALDO JOSE D'SILVA URIBEVICEMINISTRO DE VIVIENDAMINISTERIO DE VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO

2026EE0062282

Honorable Senadora
Martha Isabel Peralta Epieyú
Senado de la República
martha.peralta@senado.gov.co

ASUNTO: CONCEPTO DEL PROYECTO DE LEY No. 121 DE 2026 SENADO "*Por la cual se dictan medidas especiales para la consolidación y mejoramiento del hábitat y la construcción de Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural (VIS-VIP) en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*".

El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, de conformidad con las funciones establecidas en su titularidad a través del Decreto 3571 de 2011, modificado por el Decreto 1604 de 2020, de manera atenta presenta sus consideraciones al Proyecto de Ley No. 121 de 2026 Senado "*Por la cual se dictan medidas especiales para la consolidación y mejoramiento del hábitat y la construcción de Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural (VIS-VIP) en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*", en los siguientes términos:

En primer lugar, es pertinente mencionar que es competencia del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio –en adelante, el Ministerio– la formulación de políticas, planes, programas y regulaciones en materia de vivienda y financiación de la vivienda urbana y rural, el ordenamiento territorial y el desarrollo urbano, así como los instrumentos normativos para su implementación. De esta manera, se considera importante manifestar que:

I. CONSIDERACIONES GENERALES

La iniciativa legislativa, que tiene por objeto promover la consolidación del hábitat, la edificación y el mejoramiento de las condiciones habitacionales de la vivienda rural, se alinea con los objetivos misionales de esta cartera y resulta técnicamente pertinente para el sector de vivienda rural, en la medida en que busca fortalecer las condiciones de acceso, consolidación y mejoramiento del hábitat rural, e incorpora elementos asociados a la calidad de las soluciones habitacionales, la sostenibilidad, la participación comunitaria, la seguridad jurídica de la tenencia y la reducción de barreras administrativas para la ejecución de proyectos de Vivienda de Interés Social Rural.

No obstante, desde el punto de vista técnico y operativo, es necesario precisar que varios de los aspectos planteados en la iniciativa ya cuentan con desarrollo dentro del marco normativo vigente del sector vivienda, mediante los siguientes instrumentos:

- Decreto 1077 de 2015.
- Decreto Ley 890 de 2017.
- Resolución 0536 de 2020 (Política Pública de Vivienda Rural).
- Resolución 0725 de 2023.
- Plan Nacional de Construcción y Mejoramiento de Vivienda de Interés Social Rural (PNVISR), adoptado mediante la Resolución 0410 de 2021.
- Normas técnicas aplicables a la construcción: NSR-10, RAS y RETIE.
- Manual Operativo de Autogestión por Construcción Delegada, reglamentado mediante la Resolución 099 de 2025.

Por otra parte, a partir de la experiencia del Ministerio en desarrollos normativos y técnicos en materia de actuaciones urbanísticas, sostenibilidad ambiental y resiliencia climática, se identifican oportunidades para fortalecer la iniciativa. En ese sentido, se recomienda incluir un artículo sobre el "alcance" del instrumento legislativo, que permita acotar de manera clara el horizonte de aplicabilidad en relación con las tipologías, escalas y demás aspectos particulares de las edificaciones y de la población que cobijaría el propósito de la iniciativa.

Asimismo, se propone la creación de un artículo sobre "incentivos" que dinamice la construcción y/o adquisición de VIS y VIP rural bajo condiciones de sostenibilidad y resiliencia, con el propósito de promover desarrollos que respondan a los retos climáticos, de riesgo y de desabastecimiento que enfrentan algunas regiones del país.

II. CONSIDERACIONES AL ARTICULADO

"Artículo 1°. Objeto. La presente Ley tiene como objeto promover la consolidación del hábitat, la edificación y el mejoramiento de las condiciones habitacionales de vivienda rural, mediante la creación de instrumentos y la fijación de criterios que tengan en cuenta las particularidades de los territorios."

Revisado el presente artículo, correspondiente al objeto del proyecto de ley, no se tienen observaciones, teniendo en cuenta que se encuentra en línea con los propósitos de la política pública en materia de vivienda rural.

"Artículo 2°. Definiciones. Para efecto de la presente Ley se entenderán los siguientes conceptos:

1. Vivienda rural. Vivienda de Interés Social Rural (VISR): es aquella vivienda de interés social ubicada en suelo clasificado como rural en el respectivo Plan de Ordenamiento Territorial, que se ajusta a las formas de vida del campo y reconoce las características de la población rural.

2. Vivienda rural dispersa de interés social. Es la unidad habitacional localizada en el suelo rural de manera aislada que se encuentra asociada a las formas de vida del campo y no hace parte de centros poblados rurales ni de parcelaciones destinadas a vivienda campestre.

3. Vivienda rural nucleada de interés social. Es el conjunto de viviendas localizadas en suelo rural que se agrupan en un espacio delimitado, estas viviendas se comportan como réplica de varias unidades habitacionales (casalote) autosuficientes que están distanciadas de manera tal que exista independencia, pero que se relacionen entre sí, mediante el concepto de productividad agrícola o pecuaria. Además, se deberá incluir el desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios básicos como agua potable, acueducto y saneamiento dependiendo del volumen y cantidad poblacional.

4. Subsidio para adquisición de vivienda rural usada. Es la modalidad de subsidio que permite adquirir una vivienda rural usada, entendiéndose por ésta aquella que, estando terminada ya ha sido habitada. La vivienda rural usada deberá cumplir, como mínimo, con las condiciones estructurales exigidas por la normatividad vigente y contar con acceso o con la posibilidad de abastecimiento a los servicios básicos domiciliarios.

5. Subsidio para construcción de vivienda rural. Es el subsidio al cual accede una persona para la construcción de vivienda en zona rural, en un terreno en el cual ejerza derecho, y en el que no exista solicitud de restitución de tierras o el predio se encuentre inscrito en el Registro Único de Predios y Territorios Abandonados (RUPTA).

6. Mejoramiento de vivienda rural. Es la modalidad mediante la cual la entidad otorgante asigna el subsidio para superar carencias básicas de la vivienda rural, con el objeto de mejorar las condiciones sanitarias, locativas, estructurales y módulos de habitabilidad, consistente o no en una estructura independiente con una adecuada relación funcional y morfológica con la vivienda existente, y con la posibilidad de crecimiento progresivo interno.

7. Bioconstrucción. Es una forma de elaboración espacial especial de bajo impacto ambiental que integra criterios de sostenibilidad, como el uso eficiente de recursos naturales, la priorización de materiales naturales de origen local, el fomento de ciclos cerrados de materiales, la eficiencia energética, la gestión integral del agua y la incorporación de técnicas constructivas, usos y saberes tradicionales.

(...)"

Se recomienda revisar y ajustar las definiciones incorporadas en el proyecto de ley, con el fin de garantizar la uniformidad conceptual y normativa con las disposiciones vigentes, particularmente con aquellas contenidas en el Decreto 1077 de 2015. En efecto, el proyecto incorpora, entre otras, las definiciones de Vivienda de Interés Social Rural (VISR), vivienda rural dispersa de interés social y vivienda rural nucleada de interés social, conceptos que ya se encuentran desarrollados en dicho decreto.

Frente a la definición de Vivienda de Interés Social Rural (VISR), si bien esta conserva las bases de lo dispuesto en el artículo 2.1.10.1.1.2.1 del Decreto 1077 de 2015, incorporado por el Decreto 1341 de 2020 y modificado por el Decreto 1247 de 2022, sobre las cuales se ha construido la política pública de vivienda de interés social rural, no recoge el valor máximo de 135 SMMLV previsto en dicha norma. Este límite constituye un elemento relevante de la definición, en la medida en que permite delimitar y focalizar la vivienda de interés social hacia los hogares de menores ingresos y contribuir a la garantía del derecho a la vivienda.

En relación con las definiciones de "vivienda rural dispersa de interés social" y "vivienda rural nucleada de interés social", es importante relacionarlas con el valor tope definido en cada Plan Nacional de Desarrollo, por disposición del artículo 91 de la Ley 388 de 1997.

Por lo anterior, se considera pertinente armonizar las definiciones del proyecto de ley con las establecidas en el Decreto 1077 de 2015, evitando reproducir conceptos ya regulados con variaciones que puedan generar inconsistencias en el ordenamiento jurídico. En caso de que se considere necesario introducir definiciones diferentes, se recomienda justificar expresamente las razones para apartarse de las definiciones vigentes y precisar su articulación con la regulación existente.

Respecto de la definición de "bioconstrucción" prevista en el numeral 7, se observa que esta coincide con el concepto de "construcción sostenible", entendida como aquella que se desarrolla bajo parámetros de diseño bioclimático, haciendo uso de las condiciones ambientales, climáticas y de recursos, para suplir las necesidades sociales mediante construcciones más eficientes en términos de agua, energía, materiales y residuos, entre otros. Con el propósito de generar uniformidad conceptual, se sugiere considerar la definición adoptada en la Resolución 0194 de 2025, en los siguientes términos:

"1. Construcción sostenible. Se entiende por construcción sostenible el conjunto de medidas pasivas y activas, en diseño y construcción de edificaciones, que permiten alcanzar los porcentajes mínimos de ahorro de agua y energía señalados en la presente resolución, encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes y al ejercicio de actuaciones con responsabilidad ambiental y social."

Si bien esta definición se plantea con el objeto de dar aplicación a las disposiciones de la Resolución 0549 de 2015, recientemente actualizada mediante la Resolución 0194 de 2025, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1077 de 2015, el CONPES 3919 de 2018 y las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, contempla elementos esenciales de la construcción sostenible en el contexto nacional que pueden ser de utilidad para los fines planteados en la iniciativa legislativa.

Adicionalmente, se considera oportuno agregar la definición y el alcance de la dimensión de "hábitat", guardando correspondencia con la definición y los principios rectores sobre comunidades étnicas, enfoque territorial y enfoque diferencial que contempla el proyecto de ley.

Así mismo, en coherencia con el Decreto 1341 de 2020, la Resolución 0536 de 2020 (Política Pública de Vivienda Rural) y demás normas reglamentarias del sector, se sugiere contemplar en las definiciones el acompañamiento social en programas y proyectos de vivienda rural y hábitat, con el fin de articular los principios del proyecto con la operatividad del subsidio, desde los pilares vigentes de la Política Pública de Vivienda Rural.

"Artículo 3°. Principios. La formulación y ejecución de la política de vivienda de interés social y prioritario rural (VIS-VIP), se hará en aplicación de los siguientes principios rectores

(...)

5. Excepcionalidad del reasentamiento: Las intervenciones para la construcción y mejoramiento de vivienda de interés social y prioritario rural (VIS-VIP) se realizarán preferentemente en el lugar de residencia habitual de los beneficiarios. El reasentamiento será de carácter excepcional y procederá únicamente cuando los beneficiarios lo autoricen expresamente o cuando el suelo no es apto para la construcción, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de riesgo y uso del suelo."

El numeral 5 permite que el reasentamiento proceda por la sola autorización de los beneficiarios o porque "el suelo no es apto para la construcción". Ambos supuestos resultan insuficientes, por las siguientes razones:

- El consentimiento no constituye por sí mismo una causa técnica o jurídica para emplear recursos públicos en un reasentamiento.

- "Suelo no apto" es una expresión indeterminada: puede referirse a riesgo, restricciones ambientales, incompatibilidad de usos, condiciones geotécnicas o falta de servicios.
- Cuando existe riesgo alto no mitigable, la actuación no puede depender exclusivamente de la voluntad del hogar. El artículo 56 de la Ley 9 de 1989 impone a los alcaldes deberes de reubicación y permite ordenar la desocupación cuando esté comprometida la vida de los habitantes, con las garantías correspondientes.

Por lo anterior, se recomienda reformular el numeral. El reasentamiento debe sustentarse en una determinación técnica y jurídica que demuestre la existencia de riesgo alto no mitigable, la imposibilidad de reducirlo en condiciones técnica, ambiental, urbanística y financieramente viables, o la incompatibilidad definitiva del uso residencial. La participación y el consentimiento informado de los hogares deben garantizarse durante todo el proceso, pero no pueden sustituir la evaluación técnica ni relevar a las autoridades de su deber de proteger la vida y la integridad de la población. Asimismo, deben preverse garantías de vivienda digna, seguridad de la tenencia, enfoque diferencial y restablecimiento de los medios de vida y de los vínculos sociales y culturales.

Adicionalmente, atendiendo el objetivo de la iniciativa legislativa, se considera prudente incluir dos (2) nuevos principios asociados a la mitigación y adaptación al cambio climático en la escala de la edificación y su entorno (hábitat), que se traduzcan en la incorporación de estrategias que permitan la reducción de consumos o promuevan consumos eficientes de energía, agua, materiales y residuos, principalmente, así como en acciones que faculten la reducción de la vulnerabilidad de la población, los ecosistemas y las viviendas ante los efectos del cambio climático en el contexto rural.

"Artículo 3°. Principios. La formulación y ejecución de la política de vivienda de interés social y prioritario rural (VIS-VIP), se hará en aplicación de los siguientes principios rectores (…)

12. Prevención y valoración del riesgo: la construcción y mejora de viviendas rurales no se podrá realizar en zonas de alto riesgo no mitigable, o cuya mitigación de riesgo no haya sido realizada previamente por la autoridad competente."

"Artículo 5°. Mejoramientos de vivienda de interés social rural bajo condiciones especiales. (…)

Parágrafo 2. Para el caso de las viviendas rurales que se encuentren en zonas de riesgo mitigable, estas solo se podrán intervenir o desarrollar con posterioridad a las obras de mitigación, teniendo en cuenta lo establecido en las normas que regulen la materia por parte de la autoridad municipal o distrital. No se podrán construir o mejorar viviendas rurales ubicadas en zonas de alto riesgo no mitigable o cuyo riesgo no haya sido mitigado previamente."

El proyecto utiliza indistintamente las expresiones "zonas de riesgo mitigable", "alto riesgo mitigable", "alto riesgo no mitigable" y "riesgo no mitigado", lo cual podría generar inseguridad técnica y jurídica. El Decreto 1077 de 2015 diferencia entre:

- Áreas con condición de amenaza.
- Áreas con condición de riesgo.
- Riesgo alto mitigable.
- Riesgo alto no mitigable.

La mitigabilidad se determina mediante estudios detallados que evalúen amenaza, vulnerabilidad, riesgo y viabilidad técnica, financiera y urbanística de las medidas. La ausencia de obras no convierte automáticamente cualquier riesgo en "no mitigado".

En consecuencia, se recomienda armonizar las categorías utilizadas con el Decreto 1077 de 2015. La construcción o el mejoramiento no deberán ejecutarse en áreas en las que el uso residencial esté prohibido, ni en zonas categorizadas como de riesgo alto no mitigable. En zonas de riesgo alto mitigable, la intervención solo podrá iniciarse una vez ejecutadas y verificadas las medidas estructurales y no estructurales definidas en el estudio detallado y adoptadas por la autoridad municipal o distrital competente. Para predios no ocupados localizados en áreas con condición de amenaza, la viabilidad de la vivienda deberá sujetarse a los estudios y condicionamientos correspondientes.

"Artículo 4°. Recursos. El Gobierno nacional deberá gestionar nuevas fuentes de recursos para la construcción y mejoramiento de vivienda rural para garantizar la satisfacción progresiva del derecho a la vivienda digna de la población objeto de esta Ley. Las obligaciones que se generen en ejercicio de las disposiciones establecidas en la presente Ley, que afecten a las entidades del orden nacional pertenecientes al Presupuesto General de la Nación, quedarán sujetas a las disponibilidades existentes tanto en el Marco Fiscal de Mediano Plazo como en el Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector respectivo."

El artículo 22 de la Ley 2079 de 2021, "*Por medio de la cual se dictan disposiciones en materia de vivienda y hábitat*", dispone que la vivienda de interés social rural tendrá como principal fuente de financiación los recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación, sin perjuicio de **otras fuentes de financiación** que se implementen para el efecto. En concordancia con esta disposición, el artículo 25 de la misma ley señala que el Gobierno nacional reglamentará las condiciones para la inversión privada en materia de vivienda de interés social y prioritaria rural, en cualquiera de sus modalidades, mediante mecanismos como obras por impuestos y obras por regalías.

En este orden de ideas, si bien el contenido de la primera parte del artículo es procedente y se encuentra alineado con lo dispuesto en los artículos referidos de la Ley de Vivienda y Hábitat, no resulta necesario incorporar una disposición adicional que habilite "*nuevas fuentes de recursos*" para el desarrollo de vivienda, toda vez que dicha facultad ya se encuentra contemplada en el marco normativo vigente.

"Artículo 5°. Mejoramientos de vivienda de interés social rural bajo condiciones especiales. No se requerirá de licencias de construcción en la ejecución de soluciones individuales de mejoramiento de vivienda de interés social rural con recursos públicos cuando estos sean ejecutados a través de modelos de ejecución en que participen entidades territoriales y entidades operadoras, y estas garanticen que cumplirán con las normas de sismo resistencia, ordenamiento territorial y protección ambiental al momento de la asignación del subsidio. Este requisito se cumplirá mediante certificación expedida (…) interventor del proyecto."

El artículo 5 requiere una articulación con el marco normativo vigente, que ya contempla un régimen especial para las soluciones individuales de vivienda de interés social y prioritario rural desarrolladas con recursos del subsidio familiar de vivienda (parágrafo 6 del artículo 301 de la Ley 2294 de 2023), así como disposiciones que permiten establecer condiciones especiales para determinadas intervenciones de mejoramiento, vivienda progresiva o construcción en sitio propio sin licencia o acto de reconocimiento, bajo mecanismos de autorización y verificación técnica. En consecuencia, se recomienda precisar si la iniciativa pretende complementar el régimen vigente, establecer un mecanismo especial de autorización o desarrollar un procedimiento particular de verificación, evitando duplicidades. En todo caso, la ausencia de licencia no debe entenderse como ausencia de cumplimiento de las normas sustantivas aplicables.

Así mismo, no se considera conveniente que la certificación expedida por el interventor del proyecto se entienda o utilice como sustitución de la revisión de los diseños estructurales prevista en el artículo 15 de la Ley 400 de 1997. La normativa de construcción sismo resistente diferencia las funciones y responsabilidades del diseñador estructural, el revisor de los diseños, el interventor y el supervisor técnico; la revisión independiente de los diseños estructurales responde a finalidades y a condiciones de idoneidad e independencia específicas, que no equivalen a las funciones propias de la interventoría.

Por lo anterior, si el proyecto pretende establecer una certificación especial para los proyectos rurales exceptuados de licenciamiento, debe definir expresamente su alcance, diferenciar la verificación de cumplimiento del proyecto de la revisión independiente de los diseños estructurales, y precisar las calidades profesionales, la experiencia y la independencia de quienes realicen la verificación, así como las responsabilidades del diseñador, el operador, el interventor y el profesional certificador.

"Artículo 6°. Reconocimiento de existencia de edificaciones de vivienda social rural. El reconocimiento de existencia de edificaciones de vivienda social rural es la actuación por medio de la cual el curador o la autoridad municipal o distrital competente, declara la existencia de los desarrollos arquitectónicos destinados a vivienda en suelo rural que se ejecutaron sin obtener la respectiva licencia. Para ello, serán aplicables las normas técnicas referidas en el artículo 4 de esta Ley.

En la ejecución de soluciones individuales de mejoramiento vivienda de interés social rural con recursos públicos ejecutados a través de modelos de ejecución en que participen entidades territoriales y entidades operadoras, estas últimas deberán solicitar a la autoridad correspondiente el reconocimiento de existencia de edificación de vivienda social rural."

El artículo 6 contiene una remisión al artículo 4 del proyecto que no resulta clara ni adecuada para sustentar las condiciones técnicas del reconocimiento, por cuanto dicho artículo no establece un régimen de condiciones para el reconocimiento de edificaciones. Se recomienda corregir la remisión y referir directamente las normas técnicas y demás disposiciones que resulten aplicables.

Igualmente, se recomienda revisar el inciso que atribuye a las entidades operadoras la obligación de solicitar el reconocimiento de existencia de las edificaciones, pues puede trasladarles cargas técnicas y administrativas adicionales –tales como levantamientos arquitectónicos, peritajes y cálculos estructurales– incluso en programas cuyo alcance corresponda a reparaciones locativas, con el consecuente aumento de costos y tiempos y la eventual reducción de la cobertura de los programas de mejoramiento. Por ello, no resulta conveniente establecer como regla general la obligación de reconocimiento para todas las viviendas objeto de mejoramiento, con independencia del alcance de la intervención; debe diferenciarse entre intervenciones locativas, intervenciones con incidencia estructural, reforzamientos o actuaciones que efectivamente requieran formalización mediante reconocimiento.

Adicionalmente, debe revisarse la coherencia entre la exención de licencia prevista en el artículo 5 y la obligación de reconocimiento planteada en el artículo 6, de manera que, cuando una intervención esté exceptuada de licencia y, conforme al régimen especial aplicable, tampoco requiera acto de reconocimiento, este no se convierta en un requisito general de acceso a los programas de mejoramiento, considerando sus modalidades, costos y alcances. En todo caso, la regulación debe distinguir entre la simplificación del procedimiento administrativo y el cumplimiento de las normas sustantivas de seguridad sismo resistente, ordenamiento territorial, ambiente y gestión del riesgo.

"Artículo 7°. Actos jurídicos e inscripción de actos de reconocimiento de edificaciones. Los actos jurídicos y la inscripción de los actos de reconocimiento de edificaciones que recaigan sobre predios rurales que cuenten con una unidad de vivienda de interés social rural se liquidarán como actos sin cuantía cuando el beneficiario sea persona natural y la unidad de vivienda sea susceptible de mejoramiento o reforzamiento estructural. Cuando el curador o la autoridad municipal o distrital competente declare la existencia de edificaciones de vivienda social rural, deberá remitir oficiosamente a la entidad competente para su inscripción."

El presente artículo, al disponer que los actos jurídicos e inscripciones derivados del reconocimiento de edificaciones de vivienda de interés social rural se liquiden como actos sin cuantía, contribuye a eliminar barreras económicas que históricamente han obstaculizado la legalización de viviendas rurales construidas sin licencia. Esta disposición facilita la formalización de la tenencia y promueve el acceso a seguridad jurídica para familias rurales de bajos ingresos, en armonía con los principios de equidad territorial y función social de la propiedad.

Adicionalmente, la obligación atribuida a las autoridades municipales y distritales de remitir oficiosamente dichos actos a las entidades competentes para su inscripción contribuye a agilizar los procesos de formalización, fortaleciendo el acceso efectivo a una vivienda digna para las poblaciones más vulnerables.

"Artículo 8°. Modifíquese el artículo 9 del Decreto Ley 890 de 2017 de la siguiente manera:

Artículo 9°. Administración y ejecución de los subsidios de interés social rural y prioritario rural. El subsidio familiar de vivienda de interés social rural y prioritario rural será administrado y ejecutado por el Fondo Nacional de Vivienda (Fonvivienda), entidad adscrita al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, en observancia de la normatividad legal vigente.

Parágrafo 1. En el marco de la legislación ambiental, para la ejecución de las soluciones de vivienda de interés social rural dispersas, nuevas o mejoradas, desarrolladas con recursos provenientes de subsidios familiares de vivienda nacionales o territoriales, con soluciones individuales de saneamiento básico para la gestión de sus aguas residuales domésticas, tales como sistemas sépticos, no se requerirá de la obtención del permiso de vertimientos, siempre y cuando cumplan desde su diseño con los parámetros definidos en el reglamento técnico del sector de agua potable y saneamiento básico. Sin perjuicio de lo anterior, la autoridad ambiental competente, como administradora de los recursos naturales renovables, realizará seguimiento a dicho sistema, evaluará su impacto sobre la condición ambiental de la cuenca, y ordenará los ajustes a que haya lugar.

Lo dispuesto en el presente parágrafo también aplicará para los proyectos de vivienda rural dispersa que desarrolle el Fondo de Adaptación en ejercicio de sus competencias.

Parágrafo 2. Para la ejecución de soluciones individuales de vivienda de interés social y prioritario rural, nuevas o mejoradas, desarrolladas con recursos provenientes de subsidios familiares de vivienda nacionales o territoriales, no se requerirá de la obtención de licencia de construcción, siempre y cuando la entidad otorgante del subsidio o la entidad territorial garanticen que el diseño de las soluciones de vivienda cumplen con lo dispuesto en la norma colombiana de sismorresistencia vigente al momento de la asignación del subsidio y los planes de ordenamiento territorial.

Lo dispuesto en el presente parágrafo también aplicará para los proyectos que contemplen soluciones individuales de vivienda rural que desarrolle el Fondo de Adaptación en ejercicio de sus competencias.

La entidad otorgante del subsidio familiar de vivienda de interés social y prioritario rural remitirá semestralmente, a la autoridad competente en materia de expedición de licencias de construcción, el listado de soluciones de vivienda subsidiadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio deberá garantizar que las Juntas de Acción Comunal, cooperativas, organizaciones y asociaciones campesinas, firmantes de paz, organizaciones o comunidades étnicas y de víctimas puedan ser operadoras del subsidio familiar de vivienda de interés social rural. Para ello, el Ministerio promoverá de su participación en los programas de vivienda rural.

El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio en coordinación con el Ministerio del Interior y demás entidades competentes, reglamentarán para estas entidades los requisitos de acuerdo a la capacidad operativa de las mismas en un término máximo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de esta Ley.

Parágrafo 4. El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio junto en articulación con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA deberá promover espacios de capacitación técnica a las Juntas de Acción Comunal, organizaciones y asociaciones campesinas, étnicas y de víctimas para que puedan desarrollar la función de operadoras SFVISR, de acuerdo con los lineamientos de la norma técnica especial que se menciona en la presente Ley."

El parágrafo 1 establece la exención del requisito de obtención del permiso de vertimientos para los sistemas sépticos instalados en soluciones de vivienda rural dispersa, financiadas con recursos provenientes de subsidios familiares de vivienda nacionales o territoriales, siempre que dichos sistemas cumplan con los parámetros técnicos establecidos en la normativa aplicable. La autoridad ambiental competente será responsable del seguimiento, la evaluación del impacto ambiental y, en caso necesario, la orden de ajustes, a fin de garantizar la sostenibilidad ambiental. Esta disposición facilita el acceso al saneamiento básico en zonas rurales dispersas, evitando trámites administrativos innecesarios.

Por su parte, el parágrafo 2 dispone la exención de la licencia de construcción para las soluciones individuales de vivienda rural, nuevas o mejoradas, financiadas con subsidios nacionales o territoriales, siempre que los diseños cumplan con la norma colombiana de sismorresistencia vigente y con los planes de ordenamiento territorial. Dicha medida contribuye a la reducción de tiempos y costos en los procesos administrativos, sin menoscabar los estándares técnicos de seguridad estructural ni los principios de planificación territorial vigentes.

De igual manera, se sugiere revisar la inclusión del inciso segundo de los parágrafos 1 y 2, teniendo en cuenta la declaratoria de inexequibilidad contemplada en la Sentencia C-570 de 2017 respecto de dichos incisos del artículo 9 del Decreto Ley 890 de 2017.

En cuanto a los parágrafos 3 y 4, se observa que estos proponen, en esencia, que la operación del subsidio se adelante bajo modalidades de autoconstrucción o autogestión, las cuales ya se encuentran contempladas en el marco normativo vigente (Resolución 0725 de 2023, Decreto 585 de 2025 y Resolución 0277 de 2026, que adopta el Manual Operativo de Autogestión por Construcción Delegada). Por lo anterior, no resulta necesario incorporar una disposición adicional que las habilite.

Es de resaltar que estos modelos de ejecución u operación del subsidio familiar de vivienda rural por parte de dichas comunidades son de alta complejidad en lo que corresponde a su pertinencia técnica, operativa y de administración de recursos, bajo los ciclos propios de asignación y materialización del subsidio, ya que requieren una comunidad con un alto grado de organización, amplia experiencia en producción de vivienda y una fuerte capacidad financiera, de gestión y de endeudamiento que permita apalancar los proyectos. Estos elementos han llevado, a la fecha, a ciclos de formulación de vivienda con dificultades en su viabilidad, de manera que no se logra una materialización efectiva del subsidio, según se evidencia en lo ya reglamentado por el sector y en lo operado en proyectos piloto bajo dichas modalidades.

Respecto del parágrafo 4, al igual que frente al artículo 14, se precisa que el Plan Nacional de Construcción y Mejoramiento de Vivienda de Interés Social Rural (PNVISR) ya contempla la articulación con el SENA para procesos de formación y capacitación en materia de vivienda rural, por lo que no resulta necesario incorporar una disposición adicional que la habilite. Ahora bien, teniendo en cuenta que el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) es la entidad competente para la formación, capacitación y certificación de personas, comunidades y organizaciones en aspectos técnicos y operativos, se solicita excluir al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio de dicha disposición.

"Artículo 9. Mecanismos de promoción de crédito y financiación. El Gobierno Nacional podrá incluir mecanismos de promoción del crédito hipotecario, de leasing habitacional, crédito para el mejoramiento de vivienda rural y crédito constructor con tasas de interés preferentes y condiciones crediticias diferenciales.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional deberá garantizar que Organismos Comunales, cooperativas, organizaciones y asociaciones campesinas, firmantes de paz, organizaciones o comunidades étnicas, y de víctimas del conflicto armado puedan acceder a la promoción del crédito y financiación. Para ello, el Gobierno Nacional a través de sus entidades competentes reglamentará los mecanismos de participación de estas entidades y creará programas de apoyo técnico para la presentación de propuestas por estas.

Parágrafo 2. En aplicación de lo dispuesto en este artículo, podrán financiarse con cargo al presupuesto general de la Nación, asignado al presupuesto de inversión de la entidad otorgante y otras fuentes de financiación de los subsidios que trata la presente Ley, el costo de las primas y demás gastos asociados a la expedición de garantías por parte del Fondo Nacional de Garantías encaminadas a respaldar el acceso a créditos hipotecarios, operaciones de leasing habitacional y crédito de

mejoramiento para la adquisición de unidades de vivienda rural, en los términos que establezca el Gobierno nacional.

Parágrafo 3. El porcentaje de recursos proveniente de las inversiones forzosas del Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario (FINAGRO), destinado para la financiación de vivienda de interés social y prioritario rural de que trata el artículo 32 de la Ley 546 de 1999 podrá utilizarse para la financiación de todas las actividades relacionadas con la promoción, desarrollo y adquisición de soluciones de vivienda rural. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos necesarios para la efectiva utilización de este porcentaje, dentro de los cuales podrán incluirse la utilización de tasas compensadas para desarrolladores de Vivienda de Interés Social y Vivienda de Interés Prioritario Rural.

Parágrafo 4. El Fondo Nacional del Ahorro S.A., en desarrollo de su objeto legal, promoverá la financiación para la adquisición, construcción y mejora de vivienda en zonas rurales, de acuerdo con las políticas y lineamientos que establezca su Junta Directiva. Para dichos efectos, podrá otorgar crédito para mejora de vivienda rural sin necesidad de constitución de hipoteca en primer grado.

Parágrafo 5. El Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario (FINAGRO) y el Fondo de Fomento para las Mujeres Rurales (FOMMUR) promoverán créditos hipotecarios para el acceso a vivienda rural dispersa para madres y padres cabeza de familia."

El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, en ejercicio de su competencia en materia de vivienda rural, ha adoptado diversas medidas normativas para facilitar el acceso de hogares rurales a soluciones habitacionales, superando barreras como la falta de ingresos y la exclusión del sistema financiero tradicional. Entre ellas, se destaca la creación del Subsidio Familiar de Vivienda Rural en Especie (SFVRE), reglamentado por las Resoluciones 0536 de 2020 y 0725 de 2023, el cual permite a los hogares beneficiarios acceder a una solución habitacional completamente construida o mejorada, sin necesidad de recurrir a recursos propios, créditos hipotecarios o aportes adicionales.

En relación con lo establecido en el parágrafo 2, es importante precisar que los costos asociados a primas y garantías que deban expedirse en el marco de operaciones financieras, como créditos hipotecarios y contratos de leasing habitacional, no podrán ser cubiertos con los recursos asignados por el Gobierno nacional para el subsidio familiar de vivienda. Lo anterior, en concordancia con lo señalado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el Concepto No. 2-2024-066818 del 6 de diciembre de 2024, emitido en el marco del Proyecto de Ley 016 de 2025.

"Artículo 10. Recursos destinados por las Cajas de Compensación familiar. Las cajas de compensación familiar podrán destinar recursos para la adquisición, construcción o mejoramiento de vivienda rural en otros lugares por fuera de su jurisdicción.

En el caso de compra y construcción de vivienda procederá únicamente cuando se verifique que el hogar potencialmente beneficiario no cuenta con otra vivienda."

El Decreto 1077 de 2015 no establece una restricción expresa que impida a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) otorgar subsidios fuera de su zona habitual de operación, siempre que los hogares beneficiarios estén afiliados o cumplan con los requisitos establecidos para acceder al subsidio familiar de vivienda. En este sentido, la asignación de recursos por parte de las CCF para vivienda rural en territorios distintos a los de su operación principal no contradice el marco normativo vigente y puede considerarse una medida razonable para ampliar la cobertura y atención a la población vulnerable, especialmente en contextos rurales donde las dinámicas territoriales exigen mayor flexibilidad institucional.

"Artículo 11. Acceso a subsidio familiar de vivienda rural usada. El subsidio familiar de vivienda, otorgado por las cajas de compensación familiar con cargo a los recursos que estas administran, podrá ser utilizado para adquisición de vivienda rural usada, el cual se otorgará a trabajadores afiliados, cuyo grupo familiar cuente con un ingreso igual o inferior a cuatro (4) SMMLV, previa verificación técnica y jurídica del estado del inmueble.

Las familias beneficiarias del subsidio familiar de vivienda usada rural otorgado por las cajas de compensación familiar y que su grupo familiar cuente con un ingreso igual o inferior a dos (2) SMMLV podrán acceder simultáneamente al subsidio público de vivienda en la modalidad de mejoramiento, que les permita tener una solución de vivienda en condiciones dignas de habitabilidad.

El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta Ley, reglamentará este aspecto."

El Decreto 1247 de 2022, incorporado al Decreto 1077 de 2015, reglamenta lo relacionado con el Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social Rural (SFVR) otorgado por las Cajas de Compensación Familiar (CCF). En este marco, los requisitos de ingreso del hogar para acceder a dicho subsidio se encuentran regulados en el artículo 2.1.1.1.1.6.1.1.4, por remisión expresa del artículo 2.1.10.1.2.1.1 del mismo compendio normativo.

En relación con la posibilidad de aplicar los subsidios familiares de vivienda rural otorgados por las CCF a la modalidad de vivienda usada, es importante señalar que dicha modalidad no está contemplada en la reglamentación vigente. Sin embargo, en caso de reglamentarse, la vivienda deberá cumplir, como mínimo, con las condiciones estructurales exigidas por la normatividad actual y contar con acceso, o al menos con la posibilidad de abastecimiento, a los servicios públicos domiciliarios básicos.

De acuerdo con lo anterior, las observaciones remitidas por este Ministerio en marzo de 2026 respecto del Proyecto de Ley 016 de 2025 Cámara, con el cual la presente iniciativa guarda identidad de contenido, fueron atendidas e incorporadas.

"Artículo 14. Reglamentación e implementación. El gobierno nacional, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, reglamentará e implementará las disposiciones de la presente ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su entrada en vigencia.

Para tal efecto, tendrá en cuenta los principios establecidos en el artículo 3º de la presente ley y revisará, evaluará y podrá actualizar el Plan Nacional de Construcción y Mejoramiento de vivienda Social Rural (PNVISR) en el marco de la Política de Vivienda de interés Social Rural y de conformidad con las normas técnicas aplicables en materia de calidad, seguridad y sostenibilidad de las edificaciones.

El PNVISR deberá incorporar programas de capacitación dirigidos a población local, orientados al fortalecimiento de las habilidades y conocimientos necesarios para su participación en la construcción el mejoramiento y el mantenimiento de las viviendas rurales, mediante el empleo de técnicas sostenibles, seguras y eficientes."

Una vez revisado el presente artículo, se reconoce la necesidad de actualizar el Plan Nacional de Construcción y Mejoramiento de Vivienda de Interés Social Rural (PNVISR) bajo los principios rectores de este proyecto de ley en materia de enfoque de hábitat, enfoque territorial y vivienda diferencial, por lo que resulta procedente dicha actualización.

En cuanto a la incorporación de "programas de capacitación", es de aclarar que el PNVISR, adoptado mediante la Resolución 0410 de 2021, ya contempla programas de capacitación en materia de vivienda rural progresiva, sostenibilidad y cuidado, por lo que no amerita incorporar una disposición adicional que la habilite.

Frente a las demás disposiciones no mencionadas en el presente documento, no se tienen observaciones relevantes, toda vez que resultan técnicamente pertinentes para el sector y mantienen coherencia con los instrumentos técnicos existentes.

En conclusión, el proyecto de ley es pertinente desde la perspectiva sectorial, dado que guarda relación con los objetivos de la política pública de vivienda rural; sin embargo, varios de sus contenidos ya cuentan con regulación y desarrollo técnico dentro del marco normativo vigente del sector vivienda, por lo que se recomienda atender las observaciones aquí expuestas.

Así las cosas, en los términos expuestos se da respuesta a su petición, quedando a su disposición para atender cualquier inquietud adicional, la cual, podrá ser radicada en la oficina de correspondencia de este Ministerio, ubicada en la Calle 17 No. 9 - 36, Piso 3, de la ciudad de Bogotá D.C o al correo electrónico correspondencia@minvivienda.gov.co.

Cordialmente,

REYNALDO JOSE D'SILVA URIBE
Viceministro de Vivienda
Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día (18) del mes de noviembre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes consideraciones:

CONCEPTO: CONSIDERACIONES AL PROYECTO DE LEY N° 121 DE 2026 SENADO.

REFRENDADO POR: REYNALDO JOSÉ D'SILVA URIBE VICEMINISTRO DE VIVIENDA

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No 121 DE 2026 SENADO

TITULO DEL PROYECTO: "POR LA CUAL SE DICTAN MEDIDAS ESPECIALES PARA LA CONSOLIDACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL HÁBITAT Y LA CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y PRIORITARIO RURAL (VIS-VIP) EN EL TERRITORIO NACIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

NÚMERO DE FOLIOS: DIECISIETE (17) FOLIOS.

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

CONCEPTO JURÍDICO DE LA RED COLOMBIANA DE PROFESIONALES POR LA SALUD TRANS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 211 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones – Ley Laura, Niños, No Experimento.

Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 1184-2026
Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GONZALEZ
Secretario General

LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República.
E. S. D.

ASUNTO: Publicación concepto técnico al Proyecto de Ley 211 DE 2026 **"POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FRENTE A LAS INTERVENCIONES MÉDICAS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – LEY LAURA, NIÑOS, NO EXPERIMENTO".**

Respetados,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, remito para lo de su competencia y con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 2 de la Ley 1431 de 2011 por medio electrónico, para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, a saber:

CONCEPTO: CONCEPTO TÉCNICO DE LA RED COLOMBIANA DE PROFESIONALES POR LA SALUD TRANS.

REFRENDADO POR: HERNANDO RESTREPO PAYÁN / MÉDICO SEXÓLOGO, JULI SALAMANCA CORTÉS; ADRIANA ARCILA RIVERA / MÉDICA ESP. EN SEXOLOGÍA Y MG. TERAPIA SEXUAL, PAULA QUINTERO QUINTANA / PSICÓLOGA, NICOLÁS GIRALDO CHICA, IAN ANABEL ARIAS; REPRESENTANTES JUNTA DIRECTIVA RCPST.

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No 211 DE 2026 SENADO

TITULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FRENTE A LAS INTERVENCIONES MÉDICAS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – LEY LAURA, NIÑOS, NO EXPERIMENTO".

NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA (30) FOLIOS

Atentamente,

Secretario General Comisión Séptima

RED COLOMBIANA DE PROFESIONALES POR LA SALUD TRANS

Bogotá D.C., noviembre de 2026

Honorables
SENADORES(AS)
COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Senado de la República

Asunto: Concepto técnico de la Red Colombiana de Profesionales por la Salud Trans
Referencia: Proyecto de Ley 211S de 2026**.**

Honorables Congresistas,

La Red Colombiana de Profesionales por la Salud Trans (RCPST) presenta este concepto técnico sobre el Proyecto de Ley 211 de 2026 Senado, que cursa primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República. Lo hace con fundamento en el artículo 230 de la Ley 5 de 1992 y en ejercicio del derecho de participación previsto en el artículo 40 de la Constitución Política.

La Red solicita a la Comisión Séptima: (i) archivar el proyecto o, en su defecto, no aprobarlo en su redacción actual; (ii) convocar, antes de la discusión del articulado, una audiencia pública con participación del Ministerio de Salud y Protección Social, del Instituto de Evaluación Tecnológica en salud -IETS-, del INVIMA, de las sociedades científicas, y de las organizaciones sociales, y (iii) de forma subsidiaria, considerar el pliego de modificaciones del numeral VII. La Red fundamenta su solicitud en tres razones. En primer lugar, las fuentes que cita la exposición de motivos no respaldan una prohibición general (secciones IV y V.1 a V.4). En segundo lugar, la prohibición no supera el test estricto de proporcionalidad que el propio proyecto reconoce como aplicable, conforme a la Sentencia C-246 de 2017 (V.5 a V.11). En tercer lugar, el régimen sancionatorio carece de un tipo determinable y pone en riesgo la atención en salud mental (V.12 y V.13).

El concepto se pronuncia sobre cuatro cuestiones: (i) la correspondencia entre las proposiciones de la exposición de motivos y las fuentes que invoca; (ii) la adecuación constitucional del medio elegido frente al fin que el proyecto declara; (iii) el alcance del proyecto sobre la atención en salud mental, y (iv) la compatibilidad del articulado con el ordenamiento jurídico vigente y con el precedente constitucional. Concluye con una propuesta articulada de modificaciones.

I. Identificación de la Red Colombiana de Profesionales por la Salud Trans y declaración de independencia

La Red Colombiana de Profesionales por la Salud Trans es una red académica, científica y técnica que articula profesionales de la salud, personas expertas, académicas, sociedad civil y actores institucionales comprometidos con la garantía del derecho a la salud integral de las personas trans, no binarias y de género diverso en Colombia. Reúne a más de cien personas de veintidós ciudades del país, provenientes de la medicina y algunas de sus especialidades (endocrinología,

psiquiatría, sexología); también de áreas como: psicología, enfermería, trabajo social, derecho y la academia.

Declaración de independencia y de conflictos de interés

Quienes suscriben, declaran que el presente concepto se elaboró con independencia técnica y científica, y que no media financiación condicionada, patrocinio ni instrucción de terceros sobre su contenido. La Red es una articulación profesional sin personería jurídica propia; el presente concepto lo suscriben, a título personal, las y los profesionales que figuran al final. Las conclusiones se sustentan en las fuentes que el propio proyecto invoca y en la literatura científica, normativa y jurisprudencial que se relaciona en la bibliografía.

II. Alcance y metodología de este documento

Tipo de revisión

Revisión documental crítica con auditoría de citas. Este documento no constituye revisión sistemática: no hubo protocolo registrado a priori, estrategias de búsqueda exhaustivas con sintaxis documentada, tamización por pares independientes ni evaluación formalizada del riesgo de sesgo con instrumentos validados. Se deja constancia expresa de esta delimitación.

Preguntas de revisión

- ¿Las proposiciones del proyecto relativas al contenido de sus fuentes se corresponden con el texto oficial de estas?
- ¿Las notas señaladas como mal adscritas lo están efectivamente, según la ubicación del llamado en el texto radicado?
- ¿Las fuentes normativas y jurisprudenciales invocadas existen, dicen lo que se les atribuye y están vigentes?
- ¿El articulado resiste el examen de proporcionalidad y de técnica legislativa?

Fuentes y procedimiento

Se trabajó sobre el texto radicado del proyecto, el repositorio oficial de relatoría de la Corte Constitucional, el repositorio digital del Ministerio de Salud y Protección Social, la normativa sanitaria sobre usos no incluidos en el registro sanitario, documentación parlamentaria oficial del Reino Unido y literatura científica indexada. Para cada nota examinada se ejecutaron dos operaciones: localización de la entrada bibliográfica en el aparato de notas y localización del llamado en el cuerpo del texto, recuperando la oración que la nota pretende respaldar. Se practicó además una búsqueda transversal de llamados entre paréntesis, operación que arrojó el hallazgo consignado en la objeción IV.16.

Fechas de corte y de consulta

Fecha de corte del análisis documental: 22 de octubre de 2026. Fecha de la última verificación de fuentes y de desarrollos internacionales: 17 de noviembre de 2026. Las medidas internacionales que se citan son de naturaleza provisional y revisable, y su estado puede haber variado después de esta fecha.

Criterio de evaluación

Las proposiciones se examinaron con los mismos criterios con independencia de su dirección. Por ello, las limitaciones metodológicas se señalan también en los estudios cuyos resultados son favorables a la atención de afirmación de género (por ejemplo, Tordoff et al., 2022, y Almazan y Keuroghlian, 2021). Se distingue en cada caso entre error bibliográfico, atribución incorrecta, lectura descontextualizada y desacuerdo interpretativo. El numeral VI identifica deliberadamente los puntos en que el proyecto se apoya en hallazgos sólidos.

III. Resumen ejecutivo

El Proyecto de Ley 211 de 2026 del Senado presenta seis problemas de fundamentación. Varios pueden verificarse contra el propio texto radicado; otros corresponden a desacuerdos interpretativos sobre literatura de baja certeza y se señalan como tales.

Primero: adscripción de fuentes a proposiciones que no sostienen

En al menos cuatro notas (5, 42, 120 y 121), la fuente citada no sostiene la proposición que se le atribuye; en tres de ellas reporta resultados en la dirección opuesta. La proposición según la cual "no existen estudios de alta calidad metodológica que demuestren de manera consistente un beneficio causal" se ancla en la nota 42, que corresponde a una cohorte prospectiva que reporta reducción de la probabilidad de depresión e ideación suicida, con limitaciones de tamaño, seguimiento y pérdida de participantes que este concepto reconoce.

Segundo: jerarquía invertida de las fuentes

El proyecto asigna peso probatorio a fuentes de rango inferior —una tesis de grado no indexada, el sitio web de una consulta privada, investigación periodística sobre documentos filtrados— mientras omite o descontextualiza revisiones sistemáticas, estudios de cohorte, guías de práctica clínica y jurisprudencia Constitucional.

Tercero: instrumentalización del principio de precaución

El proyecto invoca precaución y simultáneamente, clausura la vía que permitiría reducir la incertidumbre que denuncia. El propio texto reconoce, en su numeral 3.7.2, que se requieren ensayos clínicos bajo protocolos de investigación; sin embargo, su artículo 3 no prevé excepción alguna para la investigación. Una medida precautoria que impide producir el conocimiento faltante y carece de cláusula de revisión no satisface las condiciones del principio.

Cuarto: desalineación del aparato de citación

El texto radicado emplea dos sistemas de citación incompatibles. Junto a las notas al pie numeradas aparecen llamados entre paréntesis cuyo número no corresponde a la nota de ese número. Al menos dos de ellos remiten a entradas bibliográficas existentes pero ajenas a la proposición que respaldan. Este patrón es compatible con el ensamblaje del texto a partir de un documento previo con otro sistema de numeración, y afecta la debida diligencia exigible a una iniciativa que restringe derechos fundamentales.

Quinto: confusión entre licitud, financiación y alcance indeterminado sobre salud mental

El proyecto trata el uso off-label como contrario a la Ley Estatutaria de Salud, cuando el ordenamiento sanitario prevé un procedimiento específico para evaluar estos usos: el listado de usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS). Además, su Anexo 2 incluye consultas y psicoterapia por psicología y psiquiatría entre los procedimientos de la "ruta afirmativa", lo que crea el riesgo de que la restricción se extienda a la atención en salud mental.

Sexto: incompatibilidad con el estándar constitucional

El artículo 3 no supera el test estricto de proporcionalidad que el propio proyecto reconoce como aplicable. La Sentencia C-246 de 2017, que el proyecto invoca, condicionó una prohibición equivalente —referida a procedimientos estéticos— para que no se aplicara a adolescentes mayores de 14 años con capacidad evolutiva. La prohibición, además, se activa por la identidad de género de la persona, es regresiva frente a la guía de práctica clínica de 2025 y la Resolución 309 de 2025, y sanciona conductas sin un tipo determinable (numerales V.5 a V.12).

IV. Matriz de objeciones científico-clínicas

Confrontación entre la afirmación del proyecto, la literatura científica y las guías internacionales, con identificación de la falla metodológica detectada. Cada entrada se verificó contra el texto radicado. Las afirmaciones del proyecto se transcriben entre comillas cuando se citan de manera literal.

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
IV.1	"Más de 75.000 médicos… de 60 países" solicitaron detener estas intervenciones (nota 11, Doctors Protecting Children).	La declaración fue promovida por el American College of Pediatricians (ACPeds), asociación fundada en 2002 por un grupo de pediatras que se separó de la American Academy of Pediatrics (AAP), y cuya membresía es dos a tres órdenes de magnitud menor que la de esta. La cifra de "75.000 médicos" corresponde a adhesiones a una declaración abierta en línea, sin verificación independiente de la identidad ni de la profesión de quienes firman, y sin metodología publicada. Entre las organizaciones cofirmantes figuran entidades que no son sociedades médicas ni científicas.[1]	Apelación a una autoridad no representativa y *argumentum ad populum*. El proyecto presenta una campaña de adhesiones como si expresara un consenso profesional, sin informar al legislador la naturaleza de la entidad promotora ni el carácter no verificado de las firmas. La proximidad nominal entre "American College of Pediatricians" y "American Academy of Pediatrics" agrava el riesgo de confusión.
IV.2	Los tratamientos "podrían desestabilizar psiquiátricamente" —trastorno bipolar, esquizoafectivo, síntomas maníacos o psicóticos—,	El pasaje citado pertenece a las tablas de riesgo de terapia hormonal en adultos del SOC-7 y está expresamente condicionado a dosis elevadas o niveles suprafisiológicos de testosterona, condicionamiento que el propio proyecto transcribe y luego omite.	Selección versional y descontextualización poblacional. Se emplea la versión reemplazada donde sustenta daño y la vigente donde describe la ruta que pretende prohibirse. Se traslada a adolescentes

[1] Entre ellas, Family Research Council y Genspect. La lista completa de cofirmantes puede consultarse en https://doctorsprotectingchildren.org/

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
		citando el SOC-7 de la WPATH (2012, nota 2).	El estándar vigente es el SOC-8 (2022), que el proyecto conoce y cita en las notas 22 y 23.	bajo protocolo un riesgo descrito para adultos en sobredosificación.
IV.3	La prescripción off-label es "experimental" y contraría el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.	El uso off-label es práctica legal y frecuente en pediatría. Un metaanálisis reciente estimó que el 56 % de las prescripciones en niños y neonatos hospitalizados correspondía a usos off-label o sin licencia (Yuan et al., 2024). Las revisiones sistemáticas reportan proporciones de prescripción off-label entre 12 % y 71 % en pediatría hospitalaria (Magalhães et al., 2015). En unidades de cuidado intensivo neonatal, la mayoría de los estudios reporta que más de la mitad de los recién nacidos recibe al menos un medicamento off-label o sin licencia, y en algunos la proporción supera el 90 % (Reis et al., 2021). En Colombia este uso tiene regulación propia: los usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS). El artículo 95 de la Resolución 1885 de 2018 prevé que el Ministerio de Salud, por iniciativa propia o a solicitud de las sociedades científicas, reporte estos usos al Invima para su evaluación farmacológica de seguridad y eficacia; el artículo 96 crea el listado oficial UNIRS, en concordancia con los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016. La Resolución 163 de 2021 establece que los usos UNIRS no se financian con recursos de la UPC. El Ministerio ha empleado esta ruta en pediatría, por ejemplo con la incorporación de 71 usos de medicamentos para cáncer infantil.	Error categorial: off-label no equivale a experimental. El uso experimental se rige por la Resolución 8430 de 1993 y las buenas prácticas clínicas, con comité de ética y consentimiento de investigación; el uso off-label es terapéutico y se rige por lex artis, consentimiento informado y farmacovigilancia. Además, el proyecto confunde la licitud de la prescripción con financiación. El artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 regula qué se excluye de la financiación con recursos públicos, mediante procedimiento técnico-científico, público y participativo; no regula la licitud del acto médico. Cabe reconocer que entre los criterios de exclusión figura que el uso "no haya sido autorizado por la autoridad competente": la vía para resolver esa cuestión es la nominación del uso ante el INVIMA y, en su caso, el procedimiento de exclusión, no una prohibición legal.
IV.4	El Informe Cass y las medidas europeas respaldan la prohibición.	Cass (2024) no recomendó prohibir la atención: recomendó sustituir el modelo de proveedor único por centros regionales multidisciplinarios, tamización de neurodesarrollo y salud mental, registro nacional con seguimiento hasta la adultez, provisión de bloqueadores dentro de ensayo clínico, y hormonas desde los 16 años con "extrema cautela" y justificación clínica explícita. Los desarrollos posteriores confirman esa naturaleza regulatoria: el ensayo clínico del programa PATHWAYS suspendió el reclutamiento en febrero de 2026 tras preocupaciones de la autoridad regulatoria británica y obtuvo en junio aprobación ética para un protocolo modificado; y la propuesta de NHS England de no comisionar de forma rutinaria hormonas de afirmación para menores de 18 años se sometió a consulta pública entre el 9 de marzo y el 7 de junio	Instrumentalización selectiva. Se extrae la conclusión sobre certeza de los hallazgos y se descarta el diseño institucional que la acompaña. En los sistemas sanitarios invocados como referentes técnicos, la decisión corresponde a la autoridad técnica sanitaria, es revisable y prevé régimen de transición. Véase el desarrollo comparado en el numeral V.1.

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
		de 2026, con continuidad expresa para quienes ya recibían tratamiento y sin que a la fecha se haya publicado política definitiva.	
IV.5	"Littman, en un estudio de encuesta retrospectiva con muestra autoseleccionada […] reportó en el año 2021 que el (58%) de las personas que tuvieron disforia de género tenían antecedentes de experiencias traumáticas o de trastorno afectivo, siendo corroborado por otros estudios", y detalla los motivos de la detransición (nota 32).	Encuesta transversal en línea, muestra por conveniencia (n = 100), reclutada en foros y comunidades de detransición. Sin grupo de comparación, sin verificación clínica de diagnósticos ni de tratamientos, con motivos autorreportados de manera retrospectiva. El propio artículo declara estas limitaciones.	Sesgo de autoselección por diseño y error de denominador. El proyecto reconoce que la muestra es autoseleccionada y que ello "limita la posibilidad de generalizar sus resultados", pero a continuación presenta sus porcentajes como relaciones causales entre trauma y disforia y como hallazgos "corroborados". Porcentajes calculados dentro de una muestra reclutada precisamente por haber detransicionado se leen como estimaciones sobre niños, niñas y adolescentes con disforia. El diseño no permite estimar prevalencia ni atribuir causalidad. La objeción se dirige al uso del estudio, no a su autoría.
IV.6	"Los adolescentes con disforia de género presentan, en comparación con sus pares, mayores tasas de afectación del bienestar psicológico" (notas 44 a 53), en un apartado que abre afirmando que no hay estudios de calidad que muestren beneficio y que algunos estudios reportan aumento de síntomas afectivos.	Lipson et al. (2019) y Liu et al. (2019), ambos citados por el proyecto, interpretan sus hallazgos bajo el marco del estrés de minorías, no como indicio de que la identidad o el tratamiento causen psicopatología. La literatura sobre rechazo familiar, victimización escolar y violencia estructural documenta determinantes proximales del malestar.	El proyecto concluye este apartado pidiendo que las alteraciones psicopatológicas "sean identificadas y tratadas", conclusión que la Red comparte. La objeción es más acotada: al ubicar estas cifras bajo el epígrafe de los "trastornos asociados" y junto a las afirmaciones sobre ausencia de beneficio, el texto induce a leer una asociación transversal como efecto de la ruta afirmativa, lectura que las fuentes no admiten y que sus autores no hacen.
IV.7	"No existen estudios de alta calidad metodológica que demuestren de manera consistente un beneficio causal" (nota 42).	El llamado se ubica en la exposición de motivos, literal b "Trastornos asociados", al cierre de la oración. La nota 42 corresponde a Tordoff et al. (2022, JAMA Network Open), cohorte prospectiva que reportó reducción de la probabilidad de depresión y de ideación suicida asociada a la atención de afirmación de género. Se trata de un estudio con 104 participantes, seguimiento de 12 meses y pérdida considerable de participantes en el grupo sin tratamiento; la diferencia observada se explica en buena parte por empeoramiento en ese grupo. La revisión sistemática de la Universidad de York lo clasificó como de baja calidad.	Atribución de una fuente que no sostiene la proposición. El estudio no permite afirmar un beneficio causal, pero tampoco respalda la negación que el proyecto le asigna: sus resultados van en la dirección opuesta. La misatribución es comprobable por cualquiera con el texto radicado a la vista.
IV.8	Las intervenciones "no cuentan con estudios	La nota 5 corresponde a Baker et al. (2021, Journal of the Endocrine Society), revisión	Doble defecto. Primero, confusión entre "baja certeza de beneficio" y

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
	clínicos suficientes que afirmen su seguridad, eficacia o beneficios" (nota 5).	sistemática cuya conclusión asocia la terapia hormonal con mejoría en calidad de vida, depresión y ansiedad, con hallazgos de baja certeza. La revisión versa, además, sobre personas trans en general y no sobre población pediátrica.	"ausencia de beneficio": GRADE califica la confianza en el estimador, no la dirección del efecto. Segundo, defecto de aplicabilidad poblacional: estudios en adultos invocados para fundamentar una restricción dirigida a menores de 18 años.
IV.9	Otros estudios "han reportado un riesgo aumentado de mortalidad, conducta suicida y morbilidad psiquiátrica después de someterse a dichos tratamientos" (notas 120 y 121).	Almazan y Keuroghlian (2021, JAMA Surgery) reportó menor probabilidad de malestar psicológico e ideación suicida en el último año entre quienes accedieron a cirugía. Es un análisis transversal de la U.S. Transgender Survey de 2015, con reclutamiento por redes comunitarias y participación autoseleccionada, limitaciones análogas a las que este concepto señala en Littman (2021). Dhejne et al. (2011) compara personas trans posquirúrgicas con población general, no con personas trans sin cirugía; sus autores advierten que el exceso de morbilidad observado no debe interpretarse como efecto de la intervención.	Atribución de fuentes que no sostienen la proposición y comparador improcedente. El diseño de Dhejne et al. carece de grupo de comparación adecuado y no admite la inferencia contrafáctica que el proyecto le atribuye: un estudio sin comparador trans no puede sostener que la intervención aumente el riesgo.
IV.10	El estudio TriNetX (n = 107.583) muestra mayor prevalencia de trastornos mentales tras cirugía (nota 119).	El estudio analiza 107.583 personas adultas con diagnóstico de disforia de género. Es, además, un análisis retrospectivo de historia clínica electrónica con emparejamiento por puntaje de propensión, que no controla la confusión por indicación: quienes acceden a cirugía presentan mayor severidad basal y mayor contacto con el sistema de salud por seguimiento posquirúrgico obligatorio.	Defecto de aplicabilidad poblacional, anterior a cualquier discusión metodológica: estudios en adultos invocados para fundamentar una prohibición dirigida exclusivamente a menores de 18 años. A ello se suman el sesgo de detección y la confusión por indicación: un aumento en diagnósticos registrados no equivale a un aumento en incidencia. Las mismas cautelas sobre confusión por indicación aplican a los estudios observacionales que reportan beneficio.
IV.11	"En el año 2018 la identidad de género diversa o la incongruencia de género fue retirada de la CIE-11" (numeral 2.8, nota 21).	La CIE-11 retiró el transexualismo y el trastorno de identidad de género en la infancia del Capítulo 6 (trastornos mentales y del comportamiento) y creó las categorías de incongruencia de género de la adolescencia y la adultez, y de la infancia, en el Capítulo 17 (condiciones relativas a la salud sexual). El propósito declarado fue preservar el acceso a servicios eliminando el estigma psiquiátrico.	Contradicción interna e inversión de la fuente. El mismo numeral describe correctamente la reclasificación dos párrafos antes. Las notas 19 y 20 remiten a García y Ayuso-Mateos (2019) —referencia duplicada en el apartado—, artículo cuya tesis central es que despatologización no equivale a desatención.
IV.12	El aumento de solicitudes responde a "fácil acceso, influencia de redes sociales y mayor aceptación social" (nota 35).	La nota 35 remite a una tesis de grado de medicina no indexada. La hipótesis de contagio social no ha sido examinada en estudios poblacionales representativos; el propio proyecto reconoce en su numeral	Contradicción interna. El proyecto declara la ausencia de datos epidemiológicos representativos y, simultáneamente, formula una explicación causal del fenómeno cuya magnitud dice desconocer.

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
		3.1 que no existen datos poblacionales robustos.	
IV.13	Los "WPATH Files" mostrarían prácticas sin respaldo científico ni consentimiento pleno (numeral 3.7.2).	El propio proyecto reconoce que se trata de investigación periodística sobre documentos filtrados, publicada por una organización de incidencia, y advierte que "debe valorarse con un estándar de evidencia distinto". Acto seguido deriva de esa fuente una serie de afirmaciones clínicas sustantivas.	Autorrefutación. Se declara el estándar probatorio aplicable y se lo incumple en el mismo numeral.
IV.14	Las demandas internacionales mostrarían la materialización del daño (numeral 3.6.1.2, notas 95 a 108).	Once de catorce casos figuran como "en curso". Las fuentes citadas son medios de opinión, páginas institucionales de firmas litigantes y agregadores de información jurídica, no repositorios judiciales oficiales.	Allegata confundidos con probata. Una pretensión formulada en demanda no constituye hecho acreditado. El soporte documental no permite verificar el estado ni el contenido de las decisiones invocadas.
IV.15	El DSM-5-TR define la disforia de género en los términos citados (notas 15, 16 y 18).	Las notas 15 y 16 remiten al sitio web de una consulta privada. La nota 18 sí corresponde a la ficha catalográfica de la edición española del DSM-5-TR.	Aparato de notas desigual. La misma proposición diagnóstica se respalda, alternativamente, en la fuente oficial y en un sitio divulgativo. El defecto no es la ausencia de fuente autorizada, sino la inconsistencia del soporte documental sobre el instrumento en que se estructura toda la exposición de motivos.
IV.16	[Objeción surgida de la auditoría de citas] Coexistencia de dos sistemas de citación incompatibles en la exposición de motivos.	Junto a las notas al pie numeradas aparecen llamados entre paréntesis cuyo número no corresponde a la nota de ese número. Dos son especialmente claros: el llamado "(Referencia 19)" ancla las guías clínicas de la WPATH, mientras la nota 19 corresponde a García y Ayuso-Mateos sobre despatologización; y el llamado "(Referencia 46)" ancla un consenso de expertos colombiano, mientras la nota 46 corresponde a un estudio sobre satisfacción vital de estudiantes trans en Noruega.	No se trata de llamados sin entrada, sino de llamados a entradas existentes y ajenas a la proposición que respaldan. Es compatible con el ensamblaje del texto a partir de un documento previo con otro sistema de numeración y afecta el estándar de debida diligencia exigible a una iniciativa que restringe derechos fundamentales.
IV.17	Bajo el epígrafe "Posibles relaciones causales", el proyecto afirma que "la disforia de género, o incongruencia de género, es una condición de salud mental" y presenta las experiencias traumáticas, la influencia social y los cambios puberales como posibles causas (notas 30 a 41).	La CIE-11, que el proyecto cita, ubica la incongruencia de género fuera del capítulo de trastornos mentales. El estudio de Craig et al. (2020) [nota 34] describe experiencias adversas en jóvenes LGBTQ+ en general: el mismo razonamiento llevaría a atribuir a la adversidad temprana la orientación homosexual, conclusión que no sostiene ninguna fuente actual. La literatura sobre estrés de minorías y rechazo familiar describe la violencia dirigida a niñas, niños y adolescentes con expresión de género no normativa como un determinante de esa adversidad. Además, el criterio de persistencia que el	Inferencia causal a partir de asociaciones transversales, sin examen de la dirección causal. El texto no afirma expresamente que la identidad trans sea un trastorno, pero su estructura induce esa lectura. La Red comparte que la evaluación del neurodesarrollo, el trauma y la comorbilidad es buena práctica clínica (véase el pliego de modificaciones); lo que no se sigue es que la identidad sea consecuencia de esas condiciones.

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
		propio proyecto exige es incompatible con concebir la incongruencia como síntoma transitorio de otro cuadro.	
IV.18	El proyecto sustenta la frecuencia y los motivos de la detransición en Littman (2021) [nota 32], un editorial (Becerra Fernández, 2020) [nota 51] y los "WPATH Files".	El proyecto no cita las cohortes clínicas disponibles, cuyos resultados no van en una sola dirección. En la cohorte holandesa de van der Loos et al. (2022), cerca del 98 % de quienes iniciaron supresión puberal en la adolescencia continuaron con hormonas. En la cohorte militar estadounidense de Roberts et al. (2022), la discontinuación a cuatro años fue cercana al 30 %. En la revisión de historias de una clínica de adultos del Reino Unido (Hall et al., 2021), la proporción de detransición fue baja, con seguimiento limitado. La alta continuidad holandesa admite dos lecturas: persistencia de la identidad o efecto de inercia del tratamiento iniciado. Dos publicaciones de 2026 aportan datos de mayor jerarquía que los citados por el proyecto. Kuper et al. (2026) encuestaron a 376 personas que iniciaron hormonización en la adolescencia (edad media de inicio, 16 años) en una clínica multidisciplinaria de Estados Unidos, en promedio 4,9 años después: el 96,8 % consideró que fue la decisión correcta, el 2,7 % reportó arrepentimiento y el 1,9 % percibió daño. El 17,3 % no recibía hormonas al momento de la encuesta, y en ese grupo el arrepentimiento fue mayor. La revisión sistemática de Wright et al. (2026), que incluyó 27 estudios, encontró medianas de discontinuación de 4,5 % para bloqueadores y de 1,9 % para hormonas, y proporciones de arrepentimiento de 1,2 % (11 de 916) y 0,6 % (6 de 1.033), respectivamente; los motivos de discontinuación rara vez se asociaron con un cambio en la identidad de género.	Selección de fuentes de menor jerarquía y omisión de los estudios de cohorte. La conclusión defendible es que las tasas de detransición son inciertas y que sus definiciones varían entre estudios (véase el numeral VI.5); esa incertidumbre justifica el seguimiento prospectivo, no una cifra de referencia. Estos estudios tienen limitaciones propias. Kuper et al. provienen de un solo centro, con una población mayoritariamente blanca y un porcentaje relevante de personas invitadas que no respondió; además, el arrepentimiento es autorreportado, no hay grupo de comparación y se mide satisfacción, no eficacia. Aun así, son cohortes clínicas con un instrumento estandarizado (Decision Regret Scale), metodológicamente superiores a la encuesta autoseleccionada de personas que detransicionaron en la que el proyecto apoya sus afirmaciones. Un caso individual de arrepentimiento, como el que da nombre al proyecto, merece respeto y atención clínica, pero no permite estimar frecuencias; los datos disponibles indican que es infrecuente.
IV.19	La supresión o modificación hormonal "puede interferir con procesos neurobiológicos" y aumentar el riesgo de	Las notas 122 a 131 son estudios de neurociencia básica y revisiones sobre la acción de los esteroides sexuales en la neurotransmisión y sobre la neurobiología de la depresión; ninguna estudia	Extrapolación de mecanismos generales a un desenlace clínico no estudiado en la población objeto. La Red reconoce la incertidumbre sobre el efecto neurocognitivo de la

N.º	Afirmación del PL 211 de 2026S	Fuentes verificadas y hallazgos	Falla metodológica detectada
	alteraciones emocionales y psiquiátricas por alteración de los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico (numeral 3.7.2, literal A, notas 122 a 131).	adolescentes con incongruencia de género tratados. Durante la hormonización la persona recibe esteroides sexuales (estradiol o testosterona), de modo que el argumento sobre déficit hormonal aplicaría, en todo caso, al bloqueo prolongado sin hormonización posterior. Sobre los análogos de GnRH, la incertidumbre en neurodesarrollo es real: la señalan Baxendale (2024) [nota 6] y el Informe Cass.	supresión puberal; precisamente por ello corresponde estudiarla en protocolos con seguimiento cognitivo, vía que el proyecto impide.

V. Análisis de impacto bioético y jurídico en el ordenamiento colombiano

V.1. El precedente comparado: restricción no equivale a prohibición

La exposición de motivos agrupa bajo un mismo consenso medidas de naturaleza distinta. Es necesario distinguir tres tipos:

- **Prohibiciones adoptadas por ley o norma vinculante:** Puerto Rico, 27 estados de Estados Unidos, Rusia, Argentina (Decreto 62/2025), Queensland y Brasil (Resolución CFM 2.427/2025, cuya suspensión por un juzgado federal fue a su vez suspendida en octubre de 2025 por decisión cautelar de un ministro del Supremo Tribunal Federal, mientras se decide la acción de inconstitucionalidad). En Nueva Zelanda, la restricción reglamentaria de los bloqueadores, suspendida cautelarmente desde diciembre de 2025, fue declarada ilegal por la High Court en octubre de 2026, por no haberse consultado a las personas afectadas y por discriminación injustificada.
- **Restricción del suministro fuera de investigación por la autoridad sanitaria:** el Reino Unido prohibió el suministro de bloqueadores para incongruencia de género fuera de ensayo clínico mediante órdenes expedidas bajo la Medicines Act de 1968, cuyo incumplimiento acarrea consecuencias penales para el prescriptor privado.
- **Restricción clínica a casos seleccionados o a contextos de investigación, sin prohibición legal:** Suecia, Finlandia y Noruega; y recomendaciones de cautela de autoridades académicas o sociedades científicas en Dinamarca, Francia, Alemania e Italia.

Las fuentes del último grupo que el propio proyecto cita recomiendan cautela, no prohibición. La declaración de ESCAP (nota 4) pide restringir los tratamientos a contextos de investigación; la OMS excluyó a menores de su guía de 2024 por datos insuficientes, sin recomendar prohibir; el Informe Cass recomienda atención regional multidisciplinaria. El panorama internacional no es unánime en ninguna dirección: en Estados Unidos, la American Academy of Pediatrics y la Endocrine Society mantienen su respaldo a la atención de afirmación de género, mientras el Departamento de Salud y Servicios Humanos publicó en 2025 una revisión que recomienda no ofrecerla.

La tabla siguiente compara el proyecto con los sistemas sanitarios de mayor tradición en evaluación de tecnologías en salud, que el propio proyecto presenta como referentes técnico:

Dimensión	Reino Unido, Suecia, Finlandia y Noruega	PL 211/2026S
Órgano decisor	Autoridad técnica sanitaria (NICE, NHS England, Socialstyrelsen, COHERE, UKOM).	Congreso de la República, por ley.
Naturaleza de la medida	Regulación de medicamentos y política de aseguramiento.	Prohibición legal con régimen sancionatorio.
Revisabilidad	Revisión programada (Reino Unido: 2027); consulta pública de 90 días (marzo de 2026).	Sin cláusula de revisión ni de vigencia temporal.
Ruta de investigación	Ensayo financiado con fondos públicos; provisión dentro de protocolo (Suecia, Noruega).	Ninguna. El artículo 3 no prevé excepción de investigación y el artículo 5 la haría inviable.
Pacientes en curso	Continuidad garantizada; sin retiro abrupto.	Sin régimen de transición.
Servicios sustitutivos	Inversión estatal en centros regionales multidisciplinarios.	Ninguna previsión. El numeral 6 declara impacto fiscal cero.
Sanción al profesional	Sin sanción disciplinaria específica en Suecia, Finlandia y Noruega.	Falta grave contra la ética médica; suspensión hasta por cinco años.

Aquí hay dos precisiones de rigor. Primera: el reclutamiento del ensayo PATHWAYS se suspendió en febrero de 2026, después de que la autoridad regulatoria de medicamentos planteara preocupaciones sobre el protocolo, y se previó reanudarlo en agosto del mismo año tras la aprobación ética de un protocolo modificado que fija edades mínimas de ingreso.

Segunda: la propuesta de NHS England de retirar las hormonas de afirmación de la comisión rutinaria para menores de 18 años se sometió a consulta pública entre el 9 de marzo y el 7 de junio de 2026 y, a la fecha de este concepto, no se ha publicado política definitiva; la pausa de nuevas prescripciones subsiste hasta entonces, con continuidad expresa para quienes ya recibían tratamiento.

Estas precisiones no alteran la diferencia estructural con los sistemas de evaluación de tecnologías: regulación técnica, revisable y con régimen de transición. La analogía que el proyecto propone se sostiene respecto de las jurisdicciones que adoptaron prohibiciones legales, no respecto de las que invoca como referentes técnicos.

V.2. La medida no supera el test estricto de proporcionalidad

En su numeral 3.5.1, el proyecto reconoce que la jurisprudencia constitucional colombiana aplica "el test de proporcionalidad estricto" a "las medidas que restringen derechos de niños, niñas y adolescentes sobre su propio cuerpo, conforme al precedente de la Sentencia C-246 de 2017", y admite que "corresponde entonces verificar si la prohibición contenida en este proyecto de ley logra superar ese test estricto". La carga de la prueba es, por tanto, del propio proyecto.

a) *Fin constitucionalmente imperioso*

Se concede. La protección reforzada de la salud de niñas, niños y adolescentes, conforme a los artículos 44 y 45 de la Constitución, constituye fin constitucionalmente imperioso.

b) *Idoneidad: comprometida*

Una prohibición total sin oferta sustitutiva no elimina la demanda: la desplaza. El propio Informe Cass advierte sobre el riesgo de migración hacia proveedores no regulados, riesgo que el proyecto no considera.

c) *Necesidad: no se satisface*

Existen medidas menos restrictivas, todas documentadas en las mismas experiencias que el proyecto invoca o en el ordenamiento sanitario colombiano:

1. Centralización en centros de referencia acreditados, con equipo interdisciplinario.
2. Registro nacional obligatorio con seguimiento prospectivo.
3. Protocolo de consentimiento informado cualificado y persistente, con segunda opinión independiente.
4. Tamización obligatoria de neurodesarrollo, trauma y comorbilidad psiquiátrica previa a cualquier intervención.
5. Provisión dentro de protocolo de investigación aprobado por comité de ética.
6. Moratoria diferenciada para procedimientos quirúrgicos.
7. Evaluación por la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos del INVIMA, mediante la nominación del uso conforme a la ruta UNIRS (artículos 95 y 96 de la Resolución 1885 de 2018).
8. Activación del procedimiento técnico-participativo de exclusión del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

La sola existencia de estas alternativas, adoptadas en buena parte por los mismos países que el proyecto invoca como precedente, impide sostener que la prohibición sea el medio necesario.

d) *Proporcionalidad en sentido estricto: no se satisface*

Primera razón: el proyecto trata la no intervención como una opción neutra. Ambas alternativas operan bajo incertidumbre, pero sus consecuencias no son simétricas:

- **Consecuencias físicas de no intervenir.** Los cambios puberales no suprimidos son irreversibles: voz, estructura ósea facial, talla, desarrollo mamario, distribución del vello. Quien inicia la atención a los 18 años requerirá con mayor frecuencia intervenciones más invasivas en la adultez, como mastectomía, cirugía facial o laringoplastia. Esta consecuencia se deriva de la fisiología puberal, no de estudios de desenlace, y contradice el propósito declarado del proyecto de evitar intervenciones irreversibles.
- **Consecuencias en salud mental.** Estudios observacionales asocian el acceso negado o tardío a la supresión puberal con mayor ideación suicida a lo largo de la vida (Turban et al., 2020). Son estudios transversales y autoseleccionados, con limitaciones análogas a las que este concepto señala en otras fuentes; se presentan como hallazgos consistentes con el riesgo de no intervenir, no como prueba de efecto (véase el numeral VI.4). Un estudio retrospectivo posterior, con 432 adolescentes y adultos jóvenes de una clínica multidisciplinaria, encontró una reducción significativa de la suicidalidad tras el inicio de la hormonización, con un seguimiento medio de casi dos años (Allen et al., 2026). Al no tener grupo de comparación, tampoco permite atribuir causalidad; su resultado es consistente con el de los estudios citados.

Segunda razón: incoherencia en el criterio de la prohibición, que se desarrolla en el numeral V.4.

V.3. Distorsión del principio de precaución

El principio de precaución, en la formulación de la Comunicación de la Comisión Europea sobre el recurso al principio de precaución (COM(2000) 1), exige el cumplimiento concurrente de varias condiciones. El proyecto no satisface ninguna de ellas:

Condición del principio de precaución	¿La satisface el PL 211/2026S?
Provisionalidad: la medida se revisa cuando aparecen nuevos hallazgos.	No. Artículo 6: vigencia indefinida, sin cláusula de revisión ni sunset.
Proporcionalidad: medida mínima adecuada al nivel de riesgo.	No. Se adopta el máximo disponible (prohibición más sanción) sin escalonamiento.
Examen del costo de la inacción.	No. La no intervención se trata como opción neutra y libre de riesgo (véase V.2, literal d).
Asignación de responsabilidad por producir el conocimiento faltante.	No. El artículo 3 no prevé excepción de investigación y el artículo 5 hace jurídicamente inviable el ensayo clínico que resolvería la incertidumbre.
No discriminación y coherencia.	No. Véase el numeral V.4.

La objeción decisiva es la relativa a la producción de conocimiento. El propio proyecto reconoce en su numeral 3.7.2 que "se necesitan ensayos clínicos bajo protocolos de investigación" para determinar los efectos de estas intervenciones. Una medida precautoria que clausura la vía mediante la cual podría reducirse la incertidumbre que la justifica no es precaución: es renuncia al conocimiento. El proyecto sostiene que faltan estudios y, en el mismo texto, convierte en falta grave contra la ética médica la conducta que permitiría producirlos.

V.4. Objeción de coherencia: el proyecto exime la intervención en la que el paciente no puede consentir

Es uno de los argumentos bioéticos centrales del presente concepto.

El parágrafo 2 del artículo 3 exceptúa de la prohibición "los casos de pubertad precoz clínicamente diagnosticada" y "las alteraciones congénitas, genéticas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor, entre otros", bajo la condición de que los procedimientos empleados "se encuentren debidamente autorizados para dichas indicaciones o cuenten con el respaldo regulatorio correspondiente".

El argumento textual, interno al proyecto

La excepción relativa a la pubertad precoz es significativa. El mismo grupo farmacológico —los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina— queda permitido para una indicación y prohibido para otra. Cabe reconocer que la relación riesgo-beneficio en medicina depende de la indicación, y que el perfil de exposición no es idéntico: en la pubertad precoz central se suprime una pubertad que llega antes de tiempo y el tratamiento se retira hacia la edad típica, mientras que en la incongruencia de género se suprime a la edad típica, lo que desplaza la ganancia de masa ósea y el desarrollo puberal.

Lo que la excepción sí muestra es que el proyecto no prohíbe un fármaco por su perfil de seguridad, sino un uso cuyo beneficio considera incierto. Que exista indica que el criterio operante no es la seguridad del medicamento, sino la finalidad de la intervención. Es exactamente el tipo de distinción que el juicio estricto de igualdad está diseñado para detectar. La vía técnica para resolver esa cuestión es la evaluación por indicación a cargo del INVIMA y del IETS, no la ley.

La asimetría respecto de las variaciones del desarrollo sexual

La segunda excepción produce una asimetría bioética que conviene explicitar:

- Las genitoplastias tempranas en menores con variaciones del desarrollo sexual son irreversibles y se practican en lactantes que no pueden ser oídos ni consentir en absoluto, mediante consentimiento sustituto.
- El Comité de los Derechos del Niño y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad han recomendado reiteradamente su aplazamiento.
- La Corte Constitucional colombiana se ocupó de la cuestión en la SU-337 de 1999: exigió un consentimiento informado, cualificado y persistente, y la participación de la propia persona según su edad, lo que en la práctica conduce a postergar la intervención hasta que pueda consentir.

El proyecto invierte la lógica: prohíbe la intervención en la que el adolescente participa, es evaluado y puede ser oído, y exceptúa aquella en la que el paciente no puede consentir en absoluto. Cabe precisar que las intervenciones en variaciones del desarrollo sexual no están comprendidas en la definición de "afirmación de género" del artículo 2; la excepción las deja fuera de la prohibición, no las autoriza expresamente. La asimetría que se señala es de criterio: el proyecto no se ocupa de la intervención en la que el paciente no puede consentir y prohíbe aquella en la que sí participa.

Posibles objeciones a este argumento

Podría objetarse que la excepción no cobija la genitoplastia, sino únicamente procedimientos con indicación autorizada. Tres contrarréplicas, todas verificables, se oponen a esa lectura. Primera: las intervenciones quirúrgicas no cuentan con registro sanitario —el Invima registra medicamentos y dispositivos, no actos quirúrgicos—, de modo que la condición del respaldo regulatorio resulta inoperante y la exención subsiste. Segunda: la cláusula "entre otros" deja el catálogo de excepciones abierto e indeterminado, lo que agrava el problema de tipicidad del artículo 5 en lugar de resolverlo. Tercera: la exención opera por diagnóstico, no por grado de certeza ni por reversibilidad.

V.5. El estándar que el propio proyecto invoca: la Sentencia C-246 de 2017

En su numeral 3.5.1, la exposición de motivos reconoce que, a diferencia del estándar aplicado por la Corte Suprema de los Estados Unidos en *United States v. Skrmetti*, la jurisprudencia colombiana aplica "el test de proporcionalidad estricto" a las medidas que restringen derechos de niños, niñas y adolescentes sobre su propio cuerpo, "conforme al precedente de la Sentencia C-246 de 2017". En el numeral 4.4.1 transcribe el test que esa sentencia formula para las medidas paternalistas y concluye que el proyecto lo supera. La Red comparte la premisa. Lo que la exposición de motivos omite es la decisión de ese precedente.

En la Sentencia C-246 de 2017, la Corte Constitucional examinó el artículo 3 de la Ley 1799 de 2016, que prohibía los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos en menores de dieciocho años y disponía que el consentimiento de los padres no constituía excepción válida. La Corte admitió que la protección de la salud de niñas, niños y adolescentes es un fin constitucionalmente imperioso, pero concluyó que la prohibición absoluta no superaba el último paso del juicio estricto (la proporcionalidad en sentido estricto), porque anulaba el libre desarrollo de la personalidad de los adolescentes con capacidad evolutiva para decidir. En consecuencia, condicionó la exequibilidad de la norma a que la prohibición no se aplica a los adolescentes mayores de 14 años que tengan la capacidad evolutiva para participar en la decisión, junto con quienes ejercen la patria potestad, mediante consentimiento informado y cualificado.[2]

El argumento es *a fortiori*. Si la prohibición absoluta de procedimientos estéticos, que no responden a una necesidad de salud, resultó desproporcionada respecto de adolescentes de 14 años o más con capacidad evolutiva, con mayor razón lo es la prohibición absoluta de intervenciones con finalidad terapéutica, que se prescriben tras valoración interdisciplinaria y que la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social contempla. El artículo 3 del proyecto reproduce la estructura que la Corte condicionó: prohibición general, sin distinción por edad ni por capacidad evolutiva y sin efecto alguno para el consentimiento del adolescente y de sus representantes legales.

El marco jurídico en salud vigente es coherente con ese estándar. La Resolución 309 de 2025 reconoce el consentimiento informado del adolescente de 14 años o más, exige el asentimiento de niñas y niños según su madurez y dedica un apartado de su anexo técnico a los actos asistenciales relacionados con la afirmación de género, para los cuales exige valorar las habilidades del adolescente y promover la toma de decisiones compartidas.[3] Ese es el cauce que la propia Corte trazó, es decir, una decisión individual, gradual y acompañada, no exclusión por categoría.

El proyecto anticipa esta objeción. Admite que "no controvierte que existan facultades evolutivas ni que estas deban ser respetadas y ponderadas", y que el peso de la voluntad del adolescente debe medirse con los tres criterios de las sentencias C-182 de 2016 y T-218 de 2022: urgencia e importancia del tratamiento, riesgos e intensidad de su impacto y edad (numeral 4.4.1). Sostiene, sin embargo, que la doctrina de la capacidad evolutiva se formuló para decisiones individuales y que el legislador puede fijar una edad mínima general (numeral 4.5). Esa es precisamente la tesis que la Sentencia C-246 de 2017 descartó: la Corte examinó una edad mínima general fijada por el legislador para intervenciones sobre el propio cuerpo y la condicionó para que no operara frente a los adolescentes de 14 años o más con capacidad evolutiva. Los tres criterios que el proyecto invoca son, por su naturaleza, criterios de valoración individual; aplicarlos en abstracto a toda una población no es ponderarlos, sino sustituirlos por una presunción.

[2] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-246 de 2017 (26 de abril). M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado. La Corte declaró exequible el artículo 3 de la Ley 1799 de 2016 "en el entendido de que la prohibición allí prevista no se aplica a los adolescentes mayores de 14 años que tengan la capacidad evolutiva" para participar en la decisión con quienes ejercen la patria potestad, mediante consentimiento informado y cualificado.

[3] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 309 de 2025 (20 de febrero), "por la cual se establecen lineamientos para la participación de niñas, niños y adolescentes en las decisiones en salud", artículos 3 y 4 y anexo técnico, numeral 12.

V.6. La prohibición introduce una diferencia de trato fundada en la identidad de género

El parágrafo 2 del artículo 3 permite los análogos de GnRH y las hormonas cuando se usan para tratar la pubertad precoz o las variaciones del desarrollo sexual, y los prohíbe cuando se usan en adolescentes con incongruencia de género. El criterio que activa la prohibición no es el fármaco, la dosis ni la edad: es que la persona sea trans. La identidad de género es un criterio sospechoso de diferenciación en la jurisprudencia constitucional,[4] y las medidas que lo emplean se someten al juicio estricto de igualdad: deben perseguir un fin imperioso y ser idóneas, necesarias y estrictamente proporcionales.[5]

Cabe anticipar la réplica que sugiere el propio proyecto al citar *United States v. Skrmetti*. En ese caso, la Corte Suprema de los Estados Unidos sostuvo que una ley análoga de Tennessee no clasificaba por sexo ni por condición trans, sino por edad y por uso médico, y la examinó con un estándar de mera racionalidad.[6] Esa lectura no se puede trasladar a Colombia por tres razones. Primera, el propio proyecto admite que el estándar colombiano es distinto y más exigente (numeral 3.5.1). Segunda, la jurisprudencia constitucional colombiana ha reconocido expresamente la identidad de género como criterio sospechoso y como contenido de un derecho fundamental, y no existe en nuestro ordenamiento una doctrina que permita, como *Geduldig*, separar el "uso médico" de la única población a la que se dirige. Tercera, aun si se aceptara que el criterio es el "uso", la Sentencia C-246 de 2017 aplicó el juicio estricto a una prohibición que clasificaba por edad y tipo de procedimiento, porque comprometía la autonomía de los adolescentes sobre su propio cuerpo.

Bajo ese juicio, la medida no supera el examen de necesidad (numeral V.2, literal c) ni explica por qué el mismo fármaco es aceptable cuando se trata de corregir el tiempo de la pubertad y prohibido cuando se trata de la identidad de género (numeral V.4).

V.7. La prohibición es una medida regresiva en materia de derecho a la salud

Desde 2025, Colombia cuenta con una guía de práctica clínica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans[7] y con reglas sobre la participación de niñas, niños y adolescentes en las decisiones en salud (Resolución 309 de 2025), ambas expedidas tras el exhorto de la Sentencia T-218 de 2022. El artículo 3 del proyecto suprimiría, para toda la población menor de dieciocho años, un nivel de protección ya alcanzado. **Es, por tanto, una medida deliberadamente regresiva**.

El propio proyecto cita la guía como prueba de la incertidumbre científica (numeral 3.2.1) y reconoce que "contempla intervenciones médicas como los bloqueadores de la pubertad, los tratamientos hormonales y otros procedimientos asociados". La guía no ignora esa incertidumbre: con la misma evidencia de baja certeza, el Ministerio de Salud como máxima autoridad técnica optó por regular las intervenciones bajo condiciones y seguimiento, no por prohibirlas. El proyecto toma de la guía el diagnóstico y descarta su conclusión.

La Ley 1751 de 2015 incorpora la progresividad como elemento del derecho fundamental a la salud (artículo 6, literal g). La jurisprudencia constitucional ha establecido que las medidas regresivas en derechos sociales se presumen inconstitucionales y que corresponde a quien las adopta demostrar, en un examen especialmente riguroso, que son necesarias y proporcionales y que consideró alternativas menos lesivas.[8] En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.[9] La exposición de motivos no contiene ese examen: no considera alternativas menos restrictivas ni el costo de la inacción (numerales V.2 y V.3).

V.8. El proyecto elude los mecanismos de la Ley Estatutaria de Salud

a) Sustitución del procedimiento estatutario de exclusión. El artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 dispone que los servicios y tecnologías solo pueden excluirse de la financiación con recursos públicos con base en criterios taxativos —entre ellos, la falta de evidencia sobre su seguridad y eficacia clínica, o que se encuentren en fase de experimentación— y mediante un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente. La Corte Constitucional subrayó esa exigencia en el control previo de la ley.[10] El proyecto llega, por vía de ley ordinaria, a un resultado más severo que la exclusión —la prohibición total, incluso con recursos privados— sin pasar por el procedimiento que la ley estatutaria exige para el resultado menor. Una ley ordinaria no puede modificar ni eludir lo dispuesto por una ley estatutaria (artículos 152 y 153 de la Constitución).

b) Autonomía profesional. El artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 garantiza la autonomía de los profesionales para decidir sobre el diagnóstico y el tratamiento, en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Esa autonomía no es absoluta, y el legislador puede regular el ejercicio de las profesiones (artículo 26 de la Constitución). Pero el artículo 5 del proyecto no regula el ejercicio de la medicina: convierte en falta grave contra la ética médica la aplicación de las recomendaciones de la guía de práctica clínica del propio Ministerio.

c) Reserva de ley estatutaria (cargo subsidiario). La exposición de motivos sostiene (numeral 4.6) que la reserva se interpreta en forma restrictiva y que la condición de sujetos de especial protección de los destinatarios no basta para exigir el trámite estatutario, con apoyo en la Sentencia C-465 de 2020. Cita también las sentencias C-687 de 2002, C-993 de 2004, C-942 de

[4] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias T-314 de 2011, M. P. Mauricio González Cuervo; T-099 de 2015, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado, y SU-440 de 2021.

[5] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-093 de 2001. M. P. Alejandro Martínez Caballero (juicio integrado de igualdad).

[6] SUPREME COURT OF THE UNITED STATES. *United States v. Skrmetti*, 605 U.S. 495 (2025), decidido el 18 de junio de 2025 (6-3). La mayoría se apoyó en *Geduldig v. Aiello*, 417 U.S. 484 (1974), y no resolvió si la condición trans constituye una clase sospechosa o cuasi sospechosa.

[7] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans*. Guía nueva de atención 01-2025. Bogotá, 2025.

[8] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-038 de 2004. M. P. Eduardo Montealegre Lynett.

[9] COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Observación General n.º 14 (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4, párr. 32.

[10] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-313 de 2014. M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. El procedimiento fue reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 330 de 2017.

2009, C-022 de 2021 y C-278 de 2024. Las premisas son correctas, aunque la C-465 de 2020 fue inhibitoria y su alcance como precedente es limitado.[11] El argumento de la Red no descansa en la condición de los destinatarios, sino en que la medida altera elementos estructurales del derecho fundamental a la salud fijados en la Ley 1751: el procedimiento para restringir prestaciones (artículo 15), la autonomía profesional (artículo 17) y la progresividad (artículo 6). La Red lo formula como cargo subsidiario de los anteriores.

V.9. El proyecto contradice el estándar constitucional sobre niñas, niños y adolescentes trans e intersexuales

a) La línea jurisprudencial. Desde la Sentencia T-477 de 1995 y la Sentencia SU-337 de 1999, la Corte Constitucional ha sostenido que las decisiones sobre intervenciones que comprometen la identidad sexual y de género de niñas, niños y adolescentes deben adoptarse caso a caso, con participación creciente de la persona según su capacidad evolutiva y mediante consentimiento informado, cualificado y persistente.[12] La Sentencia T-218 de 2022 aplicó esa línea al caso de un adolescente trans de dieciséis años. Ordenó a la institución accionada adoptar una guía con reglas mínimas para la atención —entre ellas, no exigir el diagnóstico de disforia de género; conformar, en el menor tiempo posible, un equipo interdisciplinario que garantice la aptitud para emitir un consentimiento libre, informado y cualificado, y, en el caso de personas menores de edad, procurar que la información sea comprensible según sus capacidades evolutivas y determinar su capacidad para consentir— y exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a expedir una guía de alcance nacional.[13] Ninguna de estas decisiones admite una exclusión por edad al margen de la valoración individual.

b) Alcance del exhorto. En la Sentencia T-218 de 2022, la Corte exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a expedir la guía de práctica clínica. Un exhorto no vincula al Congreso, y una ley posterior prevalecería sobre una guía adoptada por el Ministerio; el artículo 6 del proyecto, además, "deroga todas las disposiciones que le sean contrarias". El problema constitucional no es, por tanto, el incumplimiento de una orden, sino que el proyecto contradice el estándar que la Corte ha fijado como contenido de los derechos fundamentales a la salud y a la identidad de género, que vincula a todas las autoridades como precedente constitucional.

c) Inseguridad jurídica para el profesional. Si el proyecto se aprueba, la guía cederá ante la ley. La inseguridad subsiste por otra vía: los jueces de tutela, obligados a aplicar el precedente constitucional y facultados para inaplicar una ley inconstitucional en el caso concreto (artículo 4 de la Constitución), podrían ordenar la prestación de un servicio que la ley califica como falta grave. El profesional quedaría entre una orden judicial y un proceso ético-disciplinario.

V.10. Fertilidad: la analogía con la Sentencia C-131 de 2014 no se sostiene

La exposición de motivos dedica su numeral 3.8 al riesgo de pérdida de fertilidad y, en su numeral 4.4.1, invoca la Sentencia C-131 de 2014, que declaró exequible la prohibición de la anticoncepción quirúrgica en menores de edad prevista en el artículo 7 de la Ley 1412 de 2010.[14] La Red reconoce que la combinación de supresión puberal temprana y hormonización posterior puede comprometer la fertilidad, y que ese riesgo debe formar parte del consentimiento informado, con asesoría y oferta de preservación.[15]

Pero la analogía no se sostiene. En la C-131 de 2014, la intervención tenía por objeto suprimir la capacidad reproductiva, era quirúrgica e irreversible y no respondía a una necesidad de salud. Aun así, la norma examinada contemplaba excepciones con autorización judicial, como el riesgo inminente de muerte de la madre. En los tratamientos que el proyecto prohíbe, el efecto sobre la fertilidad es un riesgo adverso de una intervención con finalidad terapéutica, como ocurre en la oncología pediátrica. En ese ámbito, el ordenamiento responde con consentimiento cualificado y preservación de la fertilidad, no con prohibición. La C-131 de 2014 sí respalda, en cambio, la moratoria diferenciada para procedimientos quirúrgicos que propone el pliego (numeral VII).

El proyecto invoca también el "consentimiento orientado hacia el futuro" que desarrolla esa sentencia: debe preferirse la decisión que mejor preserve las condiciones para que la persona decida, en la adultez, cómo ejercer su libertad. El criterio no favorece por sí solo la abstención. Los cambios de una pubertad no suprimida también son irreversibles (numeral V.2, literal d), y condicionan las opciones de la persona adulta tanto como la intervención que el proyecto prohíbe. Cuando ambas alternativas comprometen la autonomía futura, el criterio exige una valoración individual, no una respuesta legislativa única. Los datos disponibles sobre lo que efectivamente piensan, ya adultas, las personas que iniciaron el tratamiento en la adolescencia —que es lo que ese criterio pregunta— muestran una alta aprobación retrospectiva (objeción IV.18). Por lo demás, la regla de aplazamiento en menores intersexuales que el proyecto atribuye a la Sentencia C-131 de 2014 (numeral 4.5) proviene de la Sentencia SU-337 de 1999, que la formuló como exigencia de consentimiento cualificado en cada caso, no como prohibición legal.

V.11. El interés superior exige una determinación individual

El proyecto invoca el interés superior del niño y el principio *pro infans* (numeral 4.5) como fundamento de una prohibición general. La jurisprudencia constitucional ha precisado que el interés superior es real y concreto: se determina a partir de las circunstancias de cada niña, niño o adolescente, y no a partir de consideraciones abstractas.[16] En el mismo sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha señalado que el interés superior es a la vez un derecho sustantivo, un principio interpretativo y una norma de procedimiento, cuya aplicación exige una evaluación de las circunstancias específicas de cada persona y su participación en la decisión.[17] La Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada mediante la Ley 12 de 1991, reconoce la evolución de las facultades del niño (artículo 5), su derecho a ser oído en los asuntos que le afectan (artículo 12) y su derecho a la salud (artículo 24).

Una prohibición legal que anula de antemano toda valoración individual invierte la función del principio: lo convierte en una cláusula de restricción general. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido, además, que la identidad de género es una categoría protegida por el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.[18]

V.12. El régimen sancionatorio carece de un tipo determinable

a) Tipicidad del artículo 4. El texto que el artículo 4 adiciona al artículo 20 de la Ley 1098 de 2006, como numeral 21, es conjuntivo: protege a niñas, niños y adolescentes frente a "procedimientos médicos o clínicos que no cuenten con la validez científica requerida, y que puedan causar detrimento en la salud física y mental de los menores". Cabe anticipar la réplica de que el segundo elemento acota el tipo. Pero ese segundo elemento es tan indeterminado como el primero —"puedan causar" expresa un juicio de aptitud abstracta, no de daño verificado— y ninguno de los dos identifica el estándar aplicable, el órgano competente ni el procedimiento de verificación. Su alcance se extiende potencialmente a buena parte de la práctica pediátrica, donde el uso *off-label* es ordinario (objeción IV.3).

Es cierto que en materia disciplinaria se admiten tipos abiertos, tipos en blanco y conceptos jurídicos indeterminados, con un rigor menor que en materia penal. Pero la jurisprudencia exige que la conducta sea determinable al momento de su aplicación y que el legislador fije, como mínimo, las remisiones normativas o los elementos que permitan determinarla.[19] Esa condición no se cumple: la expresión "validez científica requerida" no remite a ninguna norma, y el único estándar técnico oficial sobre la materia —la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social— conduce a la conclusión contraria a la del tipo.

b) Subinclusión del artículo 5. La sanción disciplinaria individual recae únicamente sobre el médico, mientras el parágrafo 1 del mismo artículo traslada la responsabilidad institucional a las IPS y EPS que autoricen, financien, faciliten o toleren las conductas, por vía del régimen sancionatorio de la Superintendencia Nacional de Salud. El resto del equipo interdisciplinario que la propia guía del Ministerio contempla —enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social— queda fuera del régimen, sin que se ofrezca justificación de esa diferencia.

V.13. Alcance del proyecto sobre la atención en salud mental

El articulado prohíbe tres intervenciones: bloqueadores de la pubertad, hormonización y cirugías. No obstante, tres elementos del texto generan el riesgo de que la restricción se extienda a la atención en salud mental:

1. El Anexo 2 de la exposición de motivos lista como "procedimientos en salud de la ruta afirmativa" las consultas de primera vez y de control por psicología, psiquiatría y psiquiatría pediátrica, la psicoterapia individual por psicología y por psiquiatría, y las consultas por trabajo social. La exposición de motivos orienta la interpretación de la ley, y el propio texto se refiere a una "ruta o terapia afirmativa no regulada" cuya implementación busca evitar.

2. El parágrafo 1 del artículo 5 sanciona a las EPS e IPS que "autoricen, financien, faciliten o toleren" las conductas prohibidas. Ante esa redacción, es previsible que las instituciones restrinjan de manera preventiva toda la ruta, incluida la evaluación psicológica y psiquiátrica.

3. El artículo 6 encarga al Gobierno la reglamentación, sin delimitar su alcance.

Una restricción de la atención en salud mental sería contraria al propio proyecto, cuyo parágrafo 1 del artículo 3 garantiza "la atención integral necesaria" y cuya exposición de motivos reclama una valoración clínica exhaustiva de la comorbilidad. Tendría además consecuencias clínicas: el acompañamiento psicoterapéutico es la intervención de primera línea en las mismas guías que el proyecto invoca (Finlandia, Suecia, Informe Cass). Y si se restringiera la psicoterapia que acompaña la identidad sin intentar modificarla, el espacio disponible favorecería las prácticas que el informe del Experto Independiente de Naciones Unidas sobre orientación sexual e identidad de género, citado por el propio proyecto en su nota 29, documenta como prácticas de "conversión" (Madrigal-Borloz, 2020). Por ello, el pliego de modificaciones incluye una cláusula expresa de salvaguarda para la atención psicosocial y en salud mental (ítem 6).

V.14. Observación sobre el impacto fiscal

La declaración de impacto fiscal nulo (numeral 6 de la exposición de motivos) omite el costo de reemplazar un instrumento técnico vigente, el de la litigiosidad previsible y el de atender las consecuencias del desplazamiento hacia proveedores no regulados. La Red solicita que se cuente con el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público previsto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003.

VI. Puntos en que el proyecto se apoya en hallazgos ciertos

1. *La certeza de los hallazgos es efectivamente baja.*

Las revisiones sistemáticas disponibles califican como de baja o muy baja certeza los resultados sobre desenlaces a largo plazo. Sostener lo contrario sería inexacto. Lo que no se sigue de ello es que la baja certeza equivalga a ausencia de beneficio, ni que justifique la prohibición en lugar del fortalecimiento de la investigación.

2. *El giro internacional restrictivo es real y creciente.*

Colombia no sería un caso aislado si restringe, y algunas jurisdicciones adoptaron prohibiciones legales (véase el numeral V.1). Lo que distingue a los sistemas con mayor tradición en evaluación de tecnologías es la naturaleza de la medida: regulación técnica, revisable y con régimen de transición.

3. *El SOC-8 de la WPATH tiene debilidades documentadas.*

La evaluación con instrumentos validados (AGREE II; Taylor et al., 2024) identificó deficiencias en rigor metodológico y en la gestión de conflictos de interés. Ello no invalida la atención regulada, que no depende de un instrumento específico.

4. *El argumento sobre suicidio debe usarse con extrema cautela.*

[11] Corte Constitucional. Sentencia C-465 de 2020. M. P. Alberto Rojas Ríos. La Corte se declaró inhibida por ineptitud sustantiva de la demanda contra la Ley 1098 de 2006.
[12] Corte Constitucional. Sentencias T-477 de 1995, M. P. Alejandro Martínez Caballero, y SU-337 de 1999 (12 de mayo), M. P. Alejandro Martínez Caballero.
[13] Corte Constitucional. Sentencia T-218 de 2022. M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado. Sala Sexta de Revisión. Fundamento jurídico 60 y numerales quinto y sexto de la parte resolutiva.

[14] Corte Constitucional. Sentencia C-131 de 2014 (11 de marzo). M. P. Mauricio González Cuervo.
[15] D. Chen, L. Simons, E. K. Johnson, B. A. Lockart y C. Finlayson. "Fertility preservation for transgender adolescents". En: *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, n.º 1, 2017, pp. 120-123.
[16] Corte Constitucional. Sentencia T-510 de 2003. M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.
[17] Comité de los Derechos del Niño. Observación General n.º 14 (2013), *sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*, CRC/C/GC/14. Véanse también la Observación General n.º 12 (2009), *El derecho del niño a ser escuchado*, CRC/C/GC/12, y la Observación General n.º 20 (2016), *sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, CRC/C/GC/20.

[18] Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-24/17, *Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo*, 24 de noviembre de 2017. Véase también la Opinión Consultiva OC-17/02, *Condición jurídica y derechos humanos del niño*, 28 de agosto de 2002.
[19] Corte Constitucional. Sentencia C-818 de 2005 (9 de agosto). M. P. Rodrigo Escobar Gil.

No está establecido que la atención de afirmación prevenga el suicidio, ni que su ausencia lo cause. La sobreafirmación en cualquiera de las dos direcciones es metodológicamente insostenible y éticamente problemática.

5. Las tasas de detransición son genuinamente inciertas.

Las definiciones varían radicalmente entre estudios —cese por razones de acceso, de asequibilidad, de presión social o de cambio en la identidad—, lo que impide una estimación comparable (véase la objeción IV.18). Los datos más recientes (Kuper et al., 2026; Wright et al., 2026) muestran tasas bajas de arrepentimiento en cohortes clínicas con seguimiento a mediano plazo. No resuelven la incertidumbre de largo plazo ni sustituyen el seguimiento prospectivo, pero no respaldan la premisa de que el arrepentimiento sea frecuente.

6. La cirugía en menores requiere una consideración diferenciada.

Las cirugías genitales en menores de 18 años son excepcionales incluso bajo los estándares vigentes. El acceso regulado a supresión puberal y hormonización no implica respaldar procedimientos quirúrgicos irreversibles en la adolescencia; de ahí la moratoria diferenciada que propone el pliego.

7. La evaluación de comorbilidad y neurodesarrollo es pertinente.

El proyecto acierta al reclamar una valoración clínica exhaustiva del neurodesarrollo, el trauma y la comorbilidad psiquiátrica, y la incertidumbre sobre el efecto neurocognitivo de la supresión puberal es real. Ambos puntos se recogen en el pliego de modificaciones.

VII. Pliego de modificaciones propuesto

La Red presenta el siguiente articulado alternativo, que conserva el fin declarado por el proyecto y satisface el examen de necesidad mediante medios menos restrictivos.

1. Incorporar una excepción expresa para la investigación: permitir estas intervenciones dentro de protocolos aprobados por comité de ética conforme a la Resolución 8430 de 1993, con seguimiento clínico, cognitivo y de densidad mineral ósea.
2. Sustituir la prohibición por centralización. Autorizar estas intervenciones exclusivamente en centros de referencia acreditados, con equipo interdisciplinario y volumen mínimo de atención, sin que ello genere dilaciones en la atención ni concentración territorial que impida el acceso, conforme a las reglas fijadas en la Sentencia T-218 de 2022.
3. Establecer un sistema nacional de seguimiento clínico prospectivo, hasta al menos los veinticinco años, con datos pseudonimizados, finalidad exclusivamente sanitaria y de investigación, prohibición expresa de uso para fines distintos y sujeción plena al régimen de datos sensibles y de niñas, niños y adolescentes de la Ley 1581 de 2012.
4. Adoptar un protocolo de consentimiento informado cualificado y persistente, conforme al estándar fijado por la Corte Constitucional en la SU-337 de 1999, con segunda opinión independiente, sin que ello genere dilaciones en la atención ni concentración territorial que impida el acceso, conforme a las reglas fijadas en la Sentencia T-218 de 2022.
5. Disponer tamización obligatoria de neurodesarrollo, antecedentes de trauma y comorbilidad psiquiátrica previa a cualquier intervención.
6. Incluir una cláusula de salvaguarda que excluya expresamente de la prohibición y del régimen sancionatorio toda atención psicosocial y en salud mental —consulta, evaluación y psicoterapia por psicología, psiquiatría y trabajo social, incluida la psicoterapia exploratoria y la que acompaña la identidad—, y que precise que el Anexo 2 de la exposición de motivos no delimita el alcance del artículo 3.
7. Establecer una moratoria diferenciada para procedimientos quirúrgicos en menores de dieciocho años, con excepciones taxativas y autorización reforzada.
8. Encargar al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el procedimiento técnico-científico, público y participativo, con participación del IETS y de las sociedades científicas la nominación ante el Invima del uso de análogos de GnRH y de hormonas para incongruencia de género, conforme a los artículos 95 y 96 de la Resolución 1885 de 2018, para su evaluación farmacológica de seguridad y eficacia.
9. Remitir al procedimiento técnico-participativo del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 cualquier decisión de exclusión de la financiación con recursos públicos.
10. Incorporar una cláusula de revisión a tres años, con informe técnico obligatorio del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
11. Prever un régimen de transición que garantice la continuidad del tratamiento a quienes lo reciben al momento de entrada en vigencia.
12. Suprimir el artículo 5 y sustituirlo por un régimen de habilitación y auditoría a cargo de la autoridad sanitaria, que recaiga sobre la institución prestadora y no sobre el profesional individualmente considerado.
13. Reconocer expresamente que las intervenciones de supresión puberal y hormonización en adolescentes mayores de 14 años con capacidad evolutiva se sujetan a su consentimiento informado y cualificado, con participación de sus representantes legales, conforme a la Sentencia C-246 de 2017 y a la Resolución 309 de 2025.

Este articulado satisface el fin declarado por el proyecto mediante medios menos restrictivos, y resuelve déficits reales que tanto la guía del Ministerio como el propio texto radicado documentan.

VIII. Conclusión

Primero. El Proyecto de Ley 211 de 2026 Senado identifica correctamente un fin constitucionalmente imperioso —la protección reforzada de la salud de los niños, niñas y adolescentes— y documenta con razón déficits reales del sistema: ausencia de datos poblacionales, heterogeneidad de criterios de autorización y variabilidad en la calidad de la valoración previa. Esos déficits existen y la Red no los niega.

Segundo. El medio que el proyecto elige para atender ese fin no supera el examen de necesidad. Existen medidas menos restrictivas, documentadas en las mismas experiencias internacionales que el proyecto invoca como referentes técnicos: excepción de investigación, centralización en centros de referencia acreditados, registro nacional con seguimiento prospectivo, consentimiento informado cualificado y persistente conforme al estándar de la SU-337 de 1999, tamización previa documentada y cláusula de revisión periódica. Los sistemas sanitarios con mayor tradición en evaluación de tecnologías —Suecia, Finlandia, Noruega y, en lo relativo a la hormonización, el Reino Unido— actuaron por vía de autoridad técnica sanitaria, con medidas revisables y régimen de transición para pacientes en curso, sin prohibición legislativa con sanción disciplinaria al profesional.

Tercero. La fundamentación del proyecto presenta defectos de adscripción de fuentes verificables contra su propio texto radicado. Entre ellos, dos son especialmente claros: la proposición según la cual "no existen estudios de alta calidad metodológica que demuestren de manera consistente un beneficio causal" se ancla en la nota 42, cuyo estudio reporta resultados en la dirección opuesta; y al menos dos llamados de la exposición de motivos remiten a entradas bibliográficas ajenas a la proposición que respaldan, lo que es compatible con el ensamblaje del texto a partir de un documento previo con otro sistema de numeración. Estos defectos no son formales: afectan el estándar de debida diligencia exigible a una iniciativa que restringe derechos fundamentales.

Cuarto. El proyecto trata el uso off-label como contrario a la Ley Estatutaria de Salud, cuando el ordenamiento sanitario prevé una ruta específica para evaluar estos usos —el listado UNIRS de la Resolución 1885 de 2018— y el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 regula la financiación, no la licitud de la prescripción. Además, su Anexo 2 introduce el riesgo de que la restricción se extienda a la atención en salud mental, riesgo que debe cerrarse de manera expresa.

Quinto. El artículo 3 del proyecto contradice el estándar constitucional fijado por la Corte Constitucional para la atención en salud de niñas, niños y adolescentes trans (Sentencia T-218 de 2022, en la línea de las sentencias T-477 de 1995 y SU-337 de 1999); desconoce el resultado del precedente que el propio proyecto invoca (Sentencia C-246 de 2017); introduce una diferencia de trato fundada en la identidad de género que no supera el juicio estricto de igualdad y constituye una medida regresiva frente al nivel de protección alcanzado con la guía de práctica clínica para la atención integral de personas trans del Ministerio de Salud y Protección Social de 2025 y la Resolución 309 de 2025 del mismo ministerio.

Sexto. El artículo 5 califica como falta grave contra la ética médica la aplicación de las recomendaciones de la guía de práctica clínica del propio Ministerio, sin un tipo determinable y sitúa al profesional entre el precedente constitucional, que los jueces de tutela deben aplicar y un proceso ético-disciplinario. A ello se suma que la sanción individual recae solo sobre el médico y no sobre el resto del equipo interdisciplinario que la guía contempla.

Séptimo. En consecuencia, la Red recomienda a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República archivar el proyecto o, en su defecto, no aprobarlo en su redacción actual, y presenta el pliego de trece modificaciones del numeral VII. El pliego conserva el fin declarado y satisface el examen de necesidad mediante excepción de investigación, centralización, sistema de seguimiento clínico, consentimiento cualificado, tamización, salvaguarda de la atención en salud mental, moratoria quirúrgica diferenciada, nominación del uso ante el Invima, remisión al procedimiento del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, cláusula de revisión, régimen de transición, sustitución del régimen sancionatorio individual por habilitación y auditoría, y reconocimiento del consentimiento de adolescentes mayores de 14 años con capacidad evolutiva.

Octavo. La Red solicita la convocatoria de audiencia pública con participación del Ministerio de Salud y Protección Social, del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, del INVIMA, de las sociedades científicas de endocrinología, endocrinología pediátrica, pediatría, psiquiatría y enfermería, y de organizaciones de la sociedad civil, con carácter previo a la discusión del articulado.

Noveno. Esta recomendación es de naturaleza técnica y se sustenta en los hallazgos documentales que la acompañan. La Red mantiene su disposición a ampliar el presente concepto y a aportar el acompañamiento técnico que la Comisión estime pertinente.

Elaboró:

NÉSTOR CAMILO CASTIBLANCO ALFONSO
RN, Mg Salud Mental Comunitaria

GUSTAVO PERDOMO PATIÑO
MD, MSc. Médico Psiquiatra

Junta Directiva de la Red de Profesionales por la Salud Trans

HERNANDO RESTREPO PAYÁN
Médico Sexólogo
Representante Junta Directiva RCPST

JULI SALAMANCA CORTÉS
Representante Junta Directiva RCPST

ADRIANA ARCILA RIVERA
Médica Esp. en Sexología y Mg. Terapia Sexual
Representante Junta Directiva RCPST

PAULA QUINTERO QUINTANA
Psicóloga
Representante Junta Directiva RCPST

NICOLÁS GIRALDO CHICA
Representante Junta Directiva RCPST

IAN ANABEL ARIAS
Representante Junta Directiva RCPST

IX. Bibliografía

Fuentes académicas

Allen, L. R., Dodd, C. G., Moser, C. N., y Knoll, M. M. (2026). Changes in suicidality among transgender adolescents following hormone therapy: An extended study. *The Journal of Pediatrics*, 289, 114883. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114883

Almazan, A. N., y Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. JAMA Surgery, 156(7), 611–618. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., y Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. Journal of the Endocrine Society, 5(4), bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011

Baxendale, S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review. Acta Paediatrica, 113(6), 1156–1167. https://doi.org/10.1111/apa.17150

Becerra Pérez, M. M., Menear, M., Brehaut, J. C., y Légaré, F. (2016). Extent and predictors of decision regret about health care decisions: A systematic review. *Medical Decision Making*, 36(6), 777-790. https://doi.org/10.1177/0272989X16636113

Cass, H. (2024). Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. NHS England. https://cass.independent-review.uk/

Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., y Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. Journal of Adolescent Health, 61(1), 120–123. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., … Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International Journal of Transgender Health, 23(Supl. 1), S1–S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Craig, S. L., Austin, A., Levenson, J., Leung, V. W. Y., Eaton, A. D., y D'Souza, S. A. (2020). Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. Child Abuse & Neglect, 107, 104623. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104623

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., y Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. PLoS ONE, 6(2), e16885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885

Drobnič Radobuljac, M., Grošelj, U., Kaltiala, R., Vermeiren, R., Crommen, S., Kotsis, K., et al. (2024). ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria. European Child & Adolescent Psychiatry, 33(6), 2011–2016. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02440-8

García, R. R., y Ayuso-Mateos, J. L. (2019). CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 12(2), 65–67. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002

Hall, R., Mitchell, L., y Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. BJPsych Open, 7(6), e184. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022

Kuper, L., Ungerman, M., Horrocks, B., *et al.* (2026). Satisfaction, regret, and harm after hormone therapy in youth from a multidisciplinary gender clinic. *JAMA Pediatrics.* Publicación anticipada en línea, 9 de noviembre de 2026. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2026.5185

Lipson, S. K., Raifman, J., Abelson, S., y Reisner, S. L. (2019). Gender minority mental health in the US: Results of a national survey on college campuses. American Journal of Preventive Medicine, 57(3), 293–301. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.025

Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. Archives of Sexual Behavior, 50(8), 3353–3369. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w

Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F. L., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., y Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 74, 101783. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783

Magalhães, J., Teixeira Rodrigues, A., Roque, F., Figueiras, A., Falcão, A., y Herdeiro, M. T. (2015). Use of off-label and unlicenced drugs in hospitalised paediatric patients: A systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(1), 1–13. https://doi.org/10.1007/s00228-014-1768-9

Reis, F., Pissarra, R., Soares, H., Soares, P., y Guimarães, H. (2021). Off-label and unlicensed drug treatments in neonatal intensive care units: A systematic review. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 10(2), e100213. https://doi.org/10.7363/100213

Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., y Hisle-Gorman, E. (2022). Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 107(9), e3937–e3943. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac251

Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., y Fraser, L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review of guideline quality (part 1). Archives of Disease in Childhood, 109(Supl. 2), s65–s72. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., y Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. Archives of Disease in Childhood, 109(Supl. 2), s33–s47. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., y Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. JAMA Network Open, 5(2), e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., y Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. Pediatrics, 145(2), e20191725. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725

Van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., y Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: A cohort study in the Netherlands. The Lancet Child & Adolescent Health, 6(12), 869–875. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1

Wright, D., Nguyen, T. P., Tollit, M. A., y Pang, K. C. (2026). Rates of discontinuation and regret in trans and gender diverse adolescents receiving puberty blockers and hormone therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*. Publicación anticipada en línea, 2 de septiembre de 2026. https://doi.org/10.1080/26895269.2026.2709506

Yuan, X., Gao, J., Yang, L., Tan, Y., y Bajinka, O. (2024). Off-label and unapproved pediatric drug utilization: A meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 28(5), 412. https://doi.org/10.3892/etm.2024.12701

Documentos institucionales y de política

American College of Pediatricians et al. (2024). Doctors Protecting Children Declaration. https://doctorsprotectingchildren.org/

Comisión Europea. (2000). Comunicación de la Comisión sobre el recurso al principio de precaución. COM(2000) 1 final, 2 de febrero de 2000.

Madrigal-Borloz, V. (2020). Prácticas de las llamadas "terapias de conversión". Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, A/HRC/44/53.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Frequently asked questions: WHO development of a guideline on the health of trans and gender diverse people. Junio de 2024.

U.S. Department of Health and Human Services. (2025). Treatment for pediatric gender dysphoria: Review of evidence and best practices. Noviembre de 2025.

Fuentes normativas y jurisprudenciales

Colombia. Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, artículo 20. Vigente.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1412 de 2010, artículo 7. Vigente. Declarado exequible por la Sentencia C-131 de 2014.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, artículos 15 y 17. Vigente.

Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1885 de 2018, artículos 95 (reporte de usos no incluidos en el registro sanitario) y 96 (listado UNIRS).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 163 de 2021, sobre medicamentos financiados con recursos de la UPC (parágrafo sobre usos UNIRS).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Incorporación de 71 usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS) para medicamentos de cáncer infantil.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia SU-337 de 1999. M. P. Alejandro Martínez Caballero.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-131 de 2014, 11 de marzo de 2014. M. P. Mauricio González Cuervo.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014. Control previo de la Ley Estatutaria de Salud.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-218 de 2022. M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado. Sala Sexta de Revisión.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2025). Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans. Guía nueva de atención 01-2025.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 309 de 2025, sobre autonomía progresiva en salud.

Reino Unido. House of Commons Library (2026). Hormone treatments for children and young people: Clinical trial and consultations. Briefing CBP-10596.

Reino Unido. NHS England (2026). Clinical policy: Prescribing of masculinising and feminising hormones for children and adolescents who have gender incongruence or dysphoria. Documento de consulta pública, 9 de marzo de 2026.

Reino Unido. The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Restrictions on Private Sales and Supplies) Order 2024 (S.I. 2024/1319).

Anexo. Auditoría de adscripción nota–afirmación

Verificación de la correspondencia entre las notas del texto radicado y las proposiciones que pretenden respaldar. Cada entrada registra la nota, la ubicación del llamado, la afirmación respaldada y la clasificación de la correspondencia.

Nota o numeral	Ubicación del llamado	Afirmación respaldada	Resultado del contraste
Nota 5	Exposición de motivos, numeral introductorio sobre insuficiencia de estudios. Llamado conjunto "3,4,5".	"Las intervenciones en salud anteriormente mencionadas no cuentan con estudios clínicos suficientes que afirmen su seguridad, eficacia o beneficios para los niños, niñas y adolescentes".	Extrapolación no justificada. Baker et al. (2021) es una revisión sistemática que asocia la terapia hormonal con mejoría en calidad de vida, depresión y ansiedad, con hallazgos de baja certeza, en población adulta. La proposición convierte una calificación de certeza en una negación de beneficio.
Nota 42	Exposición de motivos, literal b "Trastornos asociados". Llamado al cierre de la oración.	"Actualmente, no existen estudios de alta calidad metodológica que demuestren de manera consistente un beneficio causal de este enfoque en la disminución de síntomas depresivos o ansiosos, ideación suicida u otras alteraciones psicológicas asociadas".	La fuente no sostiene la proposición. Tordoff et al. (2022) es una cohorte prospectiva que reporta reducción de la probabilidad de depresión e ideación suicida, con las limitaciones señaladas en la objeción IV.7. La nota se adscribe a una proposición que niega lo que el estudio reporta.
Nota 120	Exposición de motivos, a continuación del análisis del estudio TriNetX. Llamado conjunto con la nota 121.	"…conclusión que ha sido corroborada por otros estudios, en donde han reportado un riesgo aumentado de mortalidad, conducta suicida y morbilidad psiquiátrica".	La fuente no sostiene la proposición. Almazan y Keuroghlian (2021) reportó menor probabilidad de malestar psicológico e ideación suicida entre quienes accedieron a cirugía, en un análisis transversal con participación autoseleccionada. La nota se invoca como corroboración de la proposición opuesta.
Nota 121	Ancla conjunta con la nota 120.	Idéntica a la anterior.	Lectura descontextualizada. Dhejne et al. (2011) compara personas trans posquirúrgicas con población general, no con personas trans sin cirugía. El diseño no admite la inferencia contrafáctica que se le atribuye.
Nota 21	Numeral 2.8 de la exposición de motivos.	"En el año 2018 la identidad de género diversa o la incongruencia de género fue retirada de la CIE-11".	Atribución incorrecta y contradicción interna. La nota 21 corresponde a Sánchez Sánchez, no a García y Ayuso-Mateos, que son las notas 19 y 20 —duplicadas en el aparato—. El mismo numeral describe correctamente la reclasificación dos párrafos antes.
Nota 34	Literal a "Posibles relaciones causales", experiencias traumáticas.	Presentación de la adversidad temprana como posible causa de la disforia de género.	Extrapolación poblacional. Craig et al. (2020) estudia jóvenes LGBTQ+ en general, no adolescentes con incongruencia de género, y describe

Nota o numeral	Ubicación del llamado	Afirmación respaldada	Resultado del contraste
			asociaciones sin examen de dirección causal (véase la objeción IV.17).
Notas 15, 16 y 18	Definición de disforia de género del DSM-5-TR.	Definición diagnóstica sobre la que se estructura la exposición de motivos.	Aparato desigual. Las notas 15 y 16 remiten al sitio web de una consulta privada; la nota 18 corresponde a la edición española oficial del DSM-5-TR.
Notas 122 a 131	Numeral 3.7.2, literal A "Riesgos en el desarrollo cerebral".	La supresión o modificación hormonal altera los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico y aumenta el riesgo de alteraciones psiquiátricas.	Extrapolación de mecanismos. Las fuentes son de neurociencia básica y de neurobiología de la depresión; ninguna estudia adolescentes con incongruencia de género tratados (véase la objeción IV.19).
Llamados "(6)", "(8)" y "(10)"	Numeral 3.1 de la exposición de motivos.	Prevalencia de transexualismo; Registro Voluntario para la Visibilidad de la Diversidad Sexual y de Género; incremento de la demanda.	Desalineación del aparato de citación. Los números no corresponden a las notas de ese número: la nota 6 es Baxendale (2024) y la nota 8 versa sobre prescripción off-label.
Llamados "(Referencia 19)" y "(Referencia 46)"	Numeral 3.7.2 de la exposición de motivos.	Guías clínicas de la WPATH; consenso de expertos de Colombia.	Atribución a entradas existentes y ajenas. La nota 19 es García y Ayuso-Mateos sobre despatologización; la nota 46 es un estudio sobre satisfacción vital de estudiantes trans en Noruega. Es el hallazgo más fácilmente verificable de la auditoría.
Numerales 4.4.1 y 4.5.	Fundamentación jurídica del proyecto	Atribuye a la Sentencia C-131 de 2014 la doctrina sobre intervenciones quirúrgicas irreversibles en menores intersexuales.	Atribución incorrecta con rendimiento argumentativo. La C-131 de 2014 versa sobre anticoncepción quirúrgica (artículo 7 de la Ley 1412 de 2010); la doctrina descrita corresponde a la SU-337 de 1999. Lo relevante no es el error de cita, sino que al describir el estándar constitucional aplicable el propio proyecto lo formula como aplazamiento con consentimiento cualificado, y no como prohibición legal. En el numeral 4.4.1, el proyecto cita correctamente la C-131 de 2014 para sostener la presunción de incapacidad del menor y el "consentimiento orientado hacia el futuro"; en el 4.5 la invoca, con la atribución errónea señalada, para concluir que el legislador puede fijar una edad mínima general. La respuesta a ambos usos se desarrolla en el numeral V.10.

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día (18) del mes de noviembre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República,** las siguientes consideraciones:

CONCEPTO: CONCEPTO TÉCNICO DE LA RED COLOMBIANA DE PROFESIONALES POR LA SALUD TRANS.

REFRENDADO POR: HERNANDO RESTREPO PAYÁN / MÉDICO SEXÓLOGO, JULI SALAMANCA CORTÉS; ADRIANA ARCILA RIVERA / MÉDICA ESP. EN SEXOLOGÍA Y MG. TERAPIA SEXUAL, PAULA QUINTERO QUINTANA / PSICÓLOGA, NICOLÁS GIRALDO CHICA, IAN ANABEL ARIAS; REPRESENTANTES JUNTA DIRECTIVA RCPST.

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No 211 DE 2026 SENADO

TITULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FRENTE A LAS INTERVENCIONES MÉDICAS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – LEY LAURA, NIÑOS, NO EXPERIMENTO".

NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA (30) FOLIOS

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 1834 - miércoles, 18 de noviembre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA **Págs.**

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto jurídico del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio al Proyecto de Ley número 121 de 2026 Senado, por la cual se dictan medidas especiales para la consolidación y mejoramiento del hábitat y la construcción de Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural (VIS-VIP) en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones..... 1

Concepto Jurídico de la Red Colombiana de Profesionales por la salud trans al Proyecto de Ley número 211 de 2026 Senado, por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones – Ley Laura, Niños, No Experimento. 6

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026