



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



PROYECTO DE LEY No. 001 de 2024

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

Título I. Disposiciones Generales.

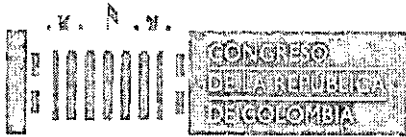
Artículo 1. Objeto. La presente Ley busca establecer los lineamientos para la prestación del servicio de salud en menores de 18 años con diagnóstico de disforia de género, frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género. Así como fortalecer las redes de apoyo para los menores y sus familias.

Artículo 2. Naturaleza y reglas de interpretación y aplicación. Las normas sobre los menores de 18 años, contenidas en esta Ley, son de orden público y de carácter irrenunciable, los principios y reglas en ellas consagrados y en el Código de la Infancia y la Adolescencia se aplicarán de preferencia a las disposiciones contenidas en otras leyes.

Las normas contenidas en la Constitución Política y en los Tratados Internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, en especial la Convención sobre los Derechos del Niño, al igual que los del Código de la Infancia y la Adolescencia harán parte integral de esta Ley, y servirán de guía para su interpretación y aplicación.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la aplicación de la presente Ley, se utilizarán las siguientes definiciones:

- **Sexo:** Todas aquellas características biológicas y físicas que diferencia a hombres y mujeres.
- **Género:** Es una construcción social donde los roles, comportamientos y actividades están mediados por la cultura.
- **Disforia de Género:** Una marcada incongruencia entre el sexo biológico y el que siente, desea o expresa.
- **Discordancia de género:** Una marcada y persistente contrariedad o falta de correspondencia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado al nacer.
- **Reasignación de género:** Es el tratamiento médico para aquellas personas que quieren adaptar sus cuerpos al género deseado mediante tratamientos hormonales o quirúrgicos.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



- **Cirugía de afirmación de género:** Es cualquier procedimiento de reasignación de género que comprenda procedimientos quirúrgicos.
- **Terapia hormonal de asignación de género:** Es cualquier procedimiento de reasignación de género que comprenda la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización.
- **Bloqueador de pubertad:** Los bloqueadores de la pubertad son aquellos medicamentos que tienen como función suprimir el curso natural hormonal (testosterona o estrógeno), los cuales son análogos de GnRH, deteniendo la secreción de la hormona luteinizante en el caso de los hombres, y en las mujeres detiene la producción de estrógenos y progesterona hormonales.

Artículo 4. Principios. Los siguientes principios guiarán la aplicación y la interpretación de la presente Ley, en concordancia con los demás principios establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y del Código de la Infancia y la Adolescencia, con el fin de garantizar la protección de los menores de 18 años en los tratamientos para la disforia de género:

- a) **Principio de prudencia.** Presupone que toda evaluación, tratamiento y seguimiento deben estar en consonancia con el interés superior del niño. Para todas las decisiones adoptadas en relación con los niños y los jóvenes, debe hacerse una evaluación general de lo que redundaría en el interés superior del niño sobre la base de la situación y las necesidades. El requisito de prudencia también incluye requisitos de asistencia compasiva.
- b) **Principio de benevolencia.** Es deber de los profesionales de la salud contribuir positivamente al bienestar del menor de 18 años.
- c) **Principio de no maleficencia.** Busca la abstención de causarle cualquier daño físico o psíquico al menor de 18 años. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.
- d) **Principio de justicia:** Todos los menores de 18 años, por el hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, por ende, merecen igual consideración y respeto, por lo tanto, ante situaciones iguales se actuará de una forma similar, y de forma diferente ante situaciones distintas.
- e) **Principio de dignidad humana.** En todas las actuaciones se observará el respeto por la dignidad inherente al menor de 18 años con disforia de género como ser humano.
- f) **Principio del interés superior del menor de 18 años.** Se entiende por interés superior del menor de 18 años el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.
- g) **Principio de corresponsabilidad.** Es la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar la salud y la protección de los derechos de los menores de 18 años con disforia de género o con síntomas de esta discordancia. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección. La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



todos los sectores e instituciones del Estado. Sin embargo, las instituciones del sector salud y demás obligadas de acuerdo con lo dispuesto en esta norma y las demás vigentes no podrán invocarlo para negar la atención que demande la satisfacción de la salud y los demás derechos de los menores de 18 años.

- h) **Prevalencia de los derechos.** En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los menores de 18 años con disforia de género o con síntomas, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona. En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del menor de 18 años.
- i) **Protección integral.** Se entiende por protección integral de los menores de 18 años con diagnóstico de disforia de género el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y el cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.
- j) **Principio de igualdad y no discriminación:** Se aplicará a todos los menores de 18 años con diagnóstico disforia de género sin distinción alguna, independientemente de sus características personales o las de sus padres o representantes legales. Asimismo, el personal multidisciplinario, las redes de apoyo y todos los involucrados en dichos tratamientos estarán protegidos contra cualquier forma de estigmatización o discriminación, garantizando la autonomía médica y la libertad de prensa.

Título II. De la atención integral en salud de la disforia de género y demás tratamientos.

Artículo 5. Medidas a tener en cuenta en el tratamiento de la disforia de género. Para el tratamiento de la disforia, los profesionales idóneos, en acompañamiento de la familia, el Estado y la comunidad deberán tener en cuenta la relación causal de, entre otras, las siguientes:

- a) Trastorno psicoafectivos.
- b) Trastornos psiquiátricos.
- c) Trastornos en el neurodesarrollo.
- d) Otros trastornos psiquiátricos.
- e) Duelo parental o quienes hagan sus veces.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



- f) Influencia social.
- g) El excesivo uso de las redes sociales.
- h) La mayor aceptabilidad social.

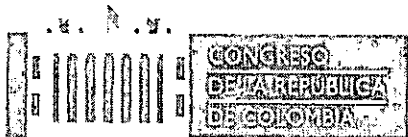
Artículo 6. Características o comorbilidades asociadas al diagnóstico de la disforia de género. Para el tratamiento de la disforia de género, los profesionales idóneos en acompañamiento de la familia, el Estado y la comunidad, deberán tener en cuenta que dentro de las características o comorbilidades asociadas se pueden encontrar, entre otras, las siguientes:

- a) Trastornos psicoafectivos
- b) Trastornos psiquiátricos.
- c) Trastornos alimentarios.
- d) Trastornos psicóticos.
- e) Trastornos afectivos.
- f) Trastornos por abuso dependencia de sustancias psicoactivas.
- g) Dificultades familiares o sociales.
- h) Acoso escolar.
- i) Otros trastornos psiquiátricos

En todo caso, los profesionales idóneos tendrán la obligación de escuchar al menor de edad en su opinión, de conformidad a lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 7. Evaluación y Atención Integral en Casos de tratamiento de Disforia de Género en Menores de 18 años. En la evaluación y tratamiento de casos de disforia de género en menores de 18 años, se seguirán los siguientes lineamientos:

1. Se llevará a cabo una evaluación integral que considere:
 - La posibilidad de múltiples características asociadas
 - El análisis de causas subyacentes y posibles comorbilidades.
 - La comprensión de que las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas, base para un diagnóstico.
 - Riesgo de suicidio.
2. Ante la identificación de características relevantes, se procederá de la siguiente manera:
 - 2.1. Se remitirá al menor al servicio especializado correspondiente.
 - 2.2. Se implementarán tratamientos personalizados que consideren:
 - La naturaleza de las características identificadas.
 - La severidad de la condición.
 - Las causas subyacentes.
 - Las comorbilidades presentes.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



3. En el abordaje de cada caso, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones específicas:

- Se diferenciará entre casos que se manifiestan desde la infancia y aquellos que surgen en la pre-pubertad.
- Se reconocerá que la incongruencia o disforia de género puede ser una fase transitoria, especialmente en niños prepúberes.
- Se priorizará la atención de menores con disforia de género, diagnosticada o en evaluación, que presenten riesgo o intento de suicidio. La asistencia será inmediata y sin discriminación.

Los profesionales de la salud deberán aplicar estos lineamientos de manera rigurosa y sensible, garantizando un enfoque individualizado y respetuoso en cada caso.

Artículo 8. Prohibición de ciertos tratamientos para la disforia de género en menores de 18 años. En el desarrollo del principio de la primacía de los derechos de los menores sobre los demás y teniendo en cuenta la ausencia de evidencia científica que respalde los beneficios que tratan de procedimientos experimentales, irreversibles y/o que causen grave detrimento en la salud de los menores, se prohíbe la utilización en menores de 18 años de:

- a) Bloqueadores de pubertad.
- b) Terapias hormonales de afirmación de género.
- c) Bloqueadores hormonales.
- d) Cirugías de afirmación de género para tratar la disforia de género.

Esta prohibición no aplica en los casos clínicos de pacientes con pubertad precoz, alteraciones congénitas o cromosómicas que afecten directamente su desarrollo sexual.

Artículo 9. Equipo de atención integral para tratamiento de disforia de género en menores de 18 años. Para tratar a los menores de 18 años que cursan con la condición médica de disforia de género, se deberá adoptar un acercamiento holístico y multidisciplinario integrado por profesionales médicos; psicólogos, neuropsicológicos, psiquiatras, pediatras, neurólogos y trabajadores sociales, para evaluar y responder a las necesidades individuales que podría presentar el paciente, los cuales deberán tener en cuenta los principios establecidos en esta Ley.

Dicho tratamiento involucraría al menor y a su familia, asegurando el acompañamiento durante todas las etapas del proceso.

Artículo 10. Componentes de la atención integral. Sin perjuicio de la libertad en el ejercicio profesional, el servicio ofrecido por el equipo multidisciplinario integrado para la disforia de género en los menores de 18 años podrá analizar en las evaluaciones, lo siguiente:

- a) El sentido subjetivo de la identidad del menor de 18 años a lo largo del tiempo.



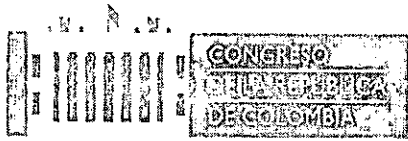
Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



- b) Su expresión de identidad de género en diferentes contextos a lo largo del tiempo y diferentes configuraciones.
- c) Sus esperanzas y expectativas, las de sus familiares o cuidadores y su postura frente a la identificación de género del menor de 18 años.
- d) Cualquier paso que se haya tomado a lo largo de una transición de género.
- e) Las necesidades de desarrollo, incluido el funcionamiento cognitivo, la capacidad del menor de 18 años y su comprensión del género.
- f) Las necesidades asociadas de salud mental, física, desarrollo neurológico y su relación con la disforia de género.
- g) El riesgo que incluye, la salud mental, el riesgo de vulnerabilidad y la explotación e impacto de cualquier medicamento no regulado.
- h) El funcionamiento psicosocial y el impacto de la disforia de género, como pueden ser asistencia, progreso o atraso educativo, o experiencia de acoso, entre otras.
- i) Con los adolescentes, la orientación sexual, el desarrollo psicosexual y cualquier experiencia sexual.
- j) La evaluación del funcionamiento familiar y la calidad de las relaciones dentro de la familia, incluidos los menores de 18 años bajo responsabilidad parental o que se encuentren bajo custodia de familiares y/o del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- k) Sobre la evolución de la identidad de género del menor y del apoyo familiar o quien haga sus veces.
- l) Las relaciones entre pares y el apoyo social más amplio.
- m) Las creencias espirituales, culturales o religiosas de la familia y del menor.

Artículo 11. Prohibición de destinación de recursos públicos al financiamiento de los servicios de reasignación de género en menores de 18 años. En desarrollo del interés superior del menor, se prohíbe en el país la destinación de recursos públicos al financiamiento de los servicios de reasignación de género, bloqueadores de pubertad, cirugías de afirmación de género y terapia hormonal de afirmación de género, para tratar la disforia de género en los menores de 18 años, así como la destinación de recursos públicos, bajo cualquier título, para personas naturales o jurídicas que realicen estas prácticas en menores de edad, en la medida que, dichos tratamientos son experimentales por lo que no se encuentran respaldados por la comunidad médica, de manera que, no puede ser susceptible de financiación con cargo a los recursos del Sistema, de conformidad a lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 12. Restauración de la salud de los menores de 18 años. El Estado por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y demás entidades competentes, adoptarán medidas para que se otorguen instrumentos especiales de protección y de atención preferencial a los menores de 18 años que han sido tratados con las prácticas de bloqueadores de pubertad para tratar la disforia de género, cirugías de afirmación de



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



género y terapia hormonal de afirmación de género; revirtiendo los tratamientos anteriormente mencionados con el fin de restablecer la salud física y mental de los menores de edad.

Los menores sujetos de la presente Ley, podrán recibir acompañamiento psicológico, médico, familiar y psicosocial, respetando su voluntad, libertad de cultos y conciencia.

Título III. De las redes de apoyo.

Artículo 13. Red de apoyo para el menor de 18 años con diagnóstico de disforia de género. Se promueve la creación de redes de apoyo de la sociedad civil con la familia y el Estado para cumplir con los fines de esta Ley, la cual estará compuesta por personas unidas al menor de 18 años con diagnóstico de disforia de género, por las relaciones de amistad, cercanía y confianza.

También podrán estar en la red de apoyo las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Salud o quienes hagan sus veces, los centros reguladores de urgencias y emergencias, las Secretarías de Salud y de Educación de la jurisdicción del domicilio del menor de 18 años, las instituciones educativas, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo, las entidades sin ánimo de lucro, las entidades con personería jurídica especial del Ministerio del Interior y las organizaciones de la sociedad civil que estén capacitadas en la atención a menores de 18 años en apoyo social, psicológico, psiquiátrico y médico.

Artículo 14. Objetivos de la red de Apoyo para menores de 18 años con diagnósticos de disforia de género. La red de apoyo tendrá como objetivos, entre otros:

- a) Cuidar integralmente al menor con diagnóstico de disforia de género y a su familia.
- b) Extender este cuidado a personas mayores de edad que recibieron tratamientos de reafirmación de género siendo menores de 18 años.
- c) Brindar apoyo durante las crisis relacionadas con la disforia de género.
- d) Proporcionar soporte en casos de emergencia, incluyendo, entre otros:
 - Apoyo emocional y moral.
 - Asistencia social.
 - Atención psicológica y psiquiátrica.
 - Cuidado médico.
 - Acompañamiento psicosocial.
- e) Ofrecer cualquier otro tipo de apoyo necesario para garantizar una atención completa.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



Todo esto será realizado en el marco del respeto de la voluntad del individuo, su libertad de culto y creencias personales.

Artículo 15. Funciones de la red de apoyo para menores con diagnóstico de disforia de género. La red de apoyo para menores con disforia de género, establecida en el artículo 13 de la presente Ley, tendrá las siguientes funciones:

- a) Brindar apoyo emocional, psicológico, psicosocial y social incluyendo la comunicación, visitas y acompañamiento por parte de los actores establecidos.
- b) Ser un canal para el desarrollo integral del menor en condiciones de libertad y dignidad.
- c) Implementar estrategias para prevenir autolesiones y riesgos de suicidio.
- d) Informar sobre los riesgos de tratamientos irreversibles, como los consagrados en el artículo 8 de la presente Ley.
- e) Reportar a las autoridades competentes los casos de tratamientos prohibidos y la obligación, apología, difusión y/u orientación por parte del cuerpo médico a la realización de las prácticas establecidas en el artículo 8 de la presente Ley.
- f) Abordar situaciones de acoso escolar o social, activando la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar, establecida en la Ley 1620 de 2013, cuando sea necesario.
- g) Fomentar actividades físicas, artísticas, culturales y espirituales, que sirvan como canal de comunicación y apoyo en todas las áreas relevantes para el bienestar del menor y la prevención de la deserción escolar.
- h) Desarrollar campañas de concientización sobre los factores de riesgo de los tratamientos consagrados en el artículo 8 de esta Ley, a través de los medios de comunicación masiva y otros alternativos.

Para lo anterior, el Gobierno Nacional y las entidades territoriales deberán incluir dentro de sus respectivos planes de desarrollo, planes, programas y proyectos los lineamientos establecidos en esta Ley.

Título IV. De las medidas en el sector educativo.

Artículo 16. Responsabilidad del Sector Educativo. La educación sexual deberá impartirse en las instituciones educativas a nivel nacional, respetando el interés superior del menor de 18 años y los tratados internacionales ratificados por Colombia que desarrollen esta materia.

Las instituciones educativas deben proporcionar orientación integral y científica sobre la disforia de género, incluyendo información sobre los riesgos de los procedimientos de reasignación, priorizando el bienestar integral de los menores con disforia de género.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



Los consejos directivos de las correspondientes instituciones educativas a nivel nacional, supervisarán el cumplimiento de los compromisos establecidos en este artículo y los padres podrán reportar incumplimientos sobre este artículo a las entidades competentes.

Todo lo anterior sin perjuicio de la autonomía de los padres, la cual se encuentra consagrada en el artículo 68 Constitucional, y de igual forma será aplicado para aquellos que tengan la responsabilidad parental sobre el menor.

Título V. Otras disposiciones.

Artículo 17. Término de caducidad del medio de control de reparación directa por la prestación del servicio médico. Adiciónese un inciso al literal i) del numeral 2 del artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, el cual quedará así:

“(…)

En los casos de cirugías de afirmación de género, terapia hormonal de afirmación de género y bloqueadores de pubertad para tratar la disforia de género en menores de 18 años, será de veinte (20) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la práctica, siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia.

(…)”

Artículo 18. Reglamentación y Vigencia: El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición.

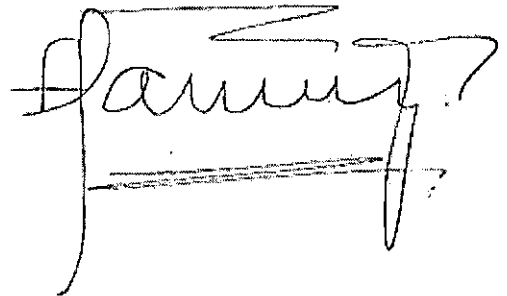
La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De la Honorable Congressista;

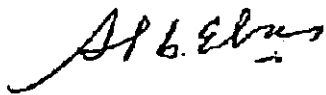
LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Partido Colombia Justa Libres



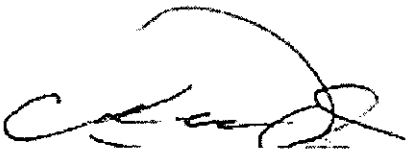
Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!

SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República de Colombia
Partido Conservador Colombiano



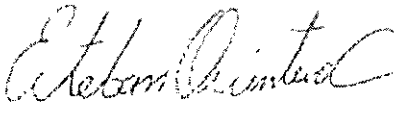
NICOLÁS ALBEIRO ECHEVERRY ALVARÁN
Senador de la República de Colombia
Partido Conservador Colombiano



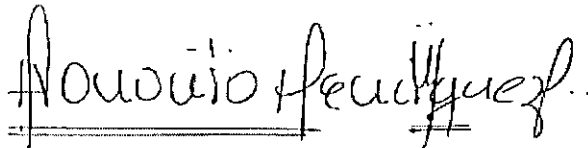
KARINA ESPINOSA OLIVER
Senadora de la República
Partido Liberal Colombiano



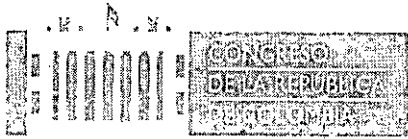
ANGELA MARIA VERGARA GONZALEZ
Representante a la Cámara
Departamento de Bolívar



Esteban Quintero Cardona
Senador de la República

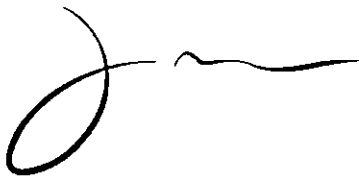
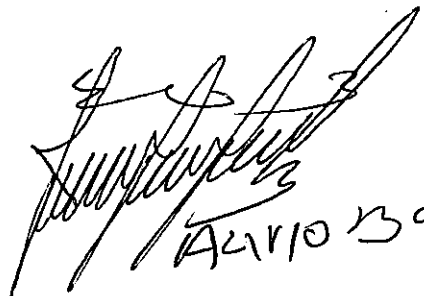

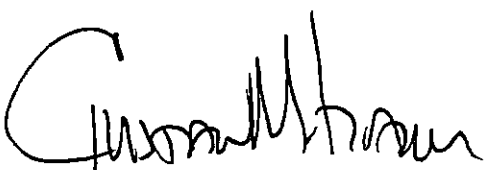
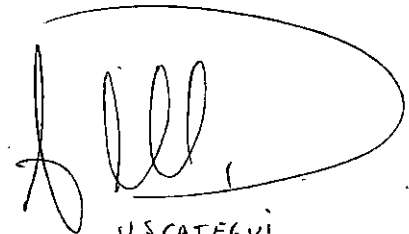

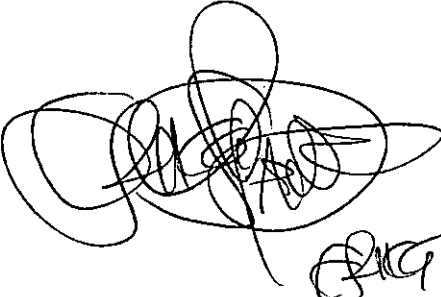


HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO
Senador de la República



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



 JONATHAN PULIDO HERNÁNDEZ SENADOR	 Álvaro Barba
 Germán Blanco Alvarado	 CHRISTIAN GARCES REPRESENTANTE
 USCATEGUI	 Paola Holgado
	 ERIC

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.932)

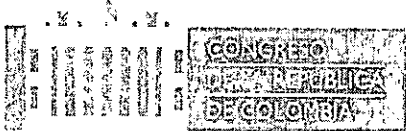
El día 20 del mes Julio del año 2024

se radicó en este despacho el proyecto de l /
Nº. 001 Acto Legislativo Nº. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: Lts: Lorena Rios Cuellar, Soledad Tamayo, Nicolas Echeverry Alvarez, Karina Espinosa, Esteban Quintana Cerdona, Honorio Miguel Henríquez, Jhonathan Pulido, Jose Alvaro Barrera, German Blanco Alvarez, Paola Holguin Moeng y otras firmas

SECRETARIO GENERAL



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



Exposición de motivos

El presente proyecto de Ley tiene por objetivo garantizar la protección física y psicológica ante el uso de tratamientos experimentales en menores de 18 años de edad que sufren de disforia de género, los cuales dejan secuelas a nivel de salud física y mental irreversibles, afectando permanentemente la vida de las personas que fueron sometidas a estos.

No aplica para los casos clínicos de pacientes con alteraciones congénitas o cromosómicas que afecte directamente su desarrollo sexual; por ejemplo, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, síndrome de Jakob, Síndrome triple X.

Esta iniciativa tiene en cuenta reglamentos internacionales sobre los efectos de las terapias afirmativas en menores de edad, las cuales van en aumento muy relevante a nivel mundial. Por ejemplo, en un estudio que se llevó a cabo en California el año 2019 se encontró un aumento del 504 % del uso de tratamientos afirmativos para abordar la disforia de género entre el 2015 a 2018 en vez de tratar con alternativas como psicoterapia. De hecho, se ha observado tal incremento de personas detransicionadores, las cuales después de haber sido sometidas a estos tratamientos experimentales intentaron revertirlos con el fin de volver a su estado físico inicial relacionado con su sexo biológico, pero desafortunadamente fueron inevitables las secuelas físicas y mentales que estos tratamientos llevan consigo (según la literatura científica internacional)

1. SOBRE LA DISFORIA Y LA DISCORDANCIA DE GÉNERO

La disforia de género está vigente en el manual y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) En el Manual y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) sigue estando vigente la disforia de género como diagnóstico. Adicionalmente, para iniciar la ruta de afirmación de género que incluyen tratamientos farmacológicos y quirúrgicos se requiere de este diagnóstico. Por su parte la discordancia de género es la clasificación que se utiliza para reportar causal de muerte, más no para establecer un criterio diagnóstico.

A pesar de que la OMS en el CIE-11 menciona que la Disforia de Género es un término obsoleto. Es de aclarar que el Código Internacional de Enfermedades tiene como objetivo clasificar a las enfermedades que generan morbimortalidad proponiendo un lenguaje común que permite a los profesionales de la salud compartir información estandarizada en todo el mundo, más no son guía diagnóstica.

Adicionalmente, el Sistema de Salud Colombiano es regulado, vigilado y controlado por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto, todas las sugerencias o recomendaciones otorgadas por entidades internacionales como por ejemplo las otorgadas por la Organización Mundial de la Salud deben ser analizadas, estudiadas y



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



adaptadas de acuerdo a las leyes nacionales, pero es de recordar que estas recomendaciones y/o sugerencias no son de obligatorio cumplimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, exceptuando aquellas que estén explícitas en tratados. Por lo tanto, los profesionales de Salud que ejerzan en Colombia deben regirse a las directrices del Ministerio y a la Ley Estatutaria de Salud de 2015.

1.1 Factores de riesgo para el desarrollo de disforia de género

1.1.1 Experiencias traumáticas y problemas de salud mental

Varios estudios constatan la existencia de diferentes etiologías para que se desarrolle los síntomas de la disforia de género, entre ellas se encuentran las experiencias traumáticas y problemas de salud mental¹. Así, Littman en el año 2021 reportó que el 58 % de las personas que tuvieron disforia de género tenían antecedentes de experiencias traumáticas o de trastorno afectivo². En ese mismo estudio se indagó la razón por la cual varias personas decidieron detransicionar, entre ellas se halló que el 60 % (45 mujeres y 15 hombres) lo hicieron porque se sentían mejor identificándose con su sexo biológico; 49 % porque fueron conscientes de las complicaciones médicas que subyacen a los tratamientos, 38 % porque se dieron cuenta que la disforia de género estaba asociada a un abuso, trauma o problema de salud mental, 42 % porque los tratamientos médicos para la disforia de género no mejoraron sus síntomas relacionados a su salud mental; 33 % porque vivieron de manera egodistónica con los cambios físicos que produjo la transición; y el 34 % porque sus síntomas mentales se agudizaron con los tratamientos para la disforia de género.

1.1.2 Influencia social

Por otro lado, el aumento observado de tratamientos basados exclusivamente en las “variables biológicas” han eclosionado por diferentes motivos, como son, el fácil acceso a este tipo de tratamientos, la influencia de las redes sociales, la opinión pública y una mayor aceptación social³. En esta misma línea argumental, encontramos un estudio llevado a cabo por Fernández Rodríguez y colaboradores en España en el año 2022, en donde se encontró que el 44,4 % de los menores de

¹D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care. *Australasian Psychiatry*. 2018;26(5):460-463.

²Littman L. *Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners*. *Arch Sex Behav*. 2021;50(8):3353-3369. doi:10.1007/s10508-021-02163-w.

³ Monedero M del R. *Disforia de género en menores*. (Tesis de grado de medicina). Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



edad con disforia de género pertenecían o tuvieron contacto con los grupos LGBTQ; y el 39,7 % afirmó que las redes sociales tuvieron un papel importante para decidir iniciar los tratamientos trans⁴, en consecuencia, debemos reflexionar si las redes sociales se basan en criterios científicos para la difusión de estos tratamientos.

1.1.3 Cambios físicos ocasionados por la pubertad

Según Marchiano en el año 2017 los adolescentes que han adoptado la identidad transgénero, lo han hecho como una nueva forma de expresar la inconformidad con su cuerpo⁵, por tal razón, vemos casos como el de Elle y Nele, reportado por la BBC, en donde por medio de una entrevista ellas manifiestan su descontento con la decisión que tomaron en la adolescencia de comenzar un tratamiento hormonal para masculinizarse y que actualmente sufren de atrofia vaginal como resultado del tratamiento⁶, o el de Keira Bell quien demandó a la clínica británica que le suministró un tratamiento hormonal para la disforia de género a sus 16 años sin un proceso de evaluación previa y sin prevención alguna.⁷

1.1.4 Comorbilidad y alta prevalencia de la disforia de género con otros trastornos mentales

Otro hallazgo importante es la comorbilidad y alta prevalencia de la disforia de género con los trastornos psicopatológicos⁸, como el trastorno de la conducta

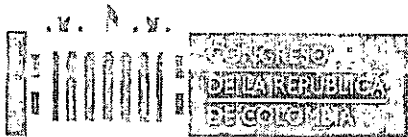
⁴ Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., Revuelta Fernández, A., Villaverde González, A., Concha González, V. La disforia de género en menores trans: nicho ecológico. *Rev. Internacional de Andrología*. 2022; 20(1): 41-48.

⁵ Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychol Perspect*. 2017;60(3):345-366. doi:10.1080/00332925.2017.1350804.

⁶ Pressly L. & Procto L. Transexualidad "Puedo dejar de tomar hormonas y mi cuerpo volverá a verse femenino": la historia de dos jóvenes que decidieron regresar a su género de nacimiento. *BBC news*. 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51833027>.

⁷ Marron Mireya. Kera Bell, la chica arrepentida de convertirse en hombre, gana el juicio con polémica. *Nius diario es*. 2021. Disponible en: https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexual_18_3052095284.html.

⁸ Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28: 44–57.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



alimentaria⁹, trastorno de la personalidad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos,

trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas¹⁰. En este sentido, un estudio que se llevó a cabo en Europa y en Estados Unidos, citado por Becerra Fernández en el año 2020, refiere que entre el 40-45 % de los jóvenes con disforia de género presentaban antecedentes de trastornos psicopatológicos¹¹. Por esta razón, es importante que dichos trastornos sean atendidos paralelamente con la disforia de género.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en este documento, podemos concluir, que es necesario que todos aquellos menores de edad que viven con disforia de género, deben recibir una intervención holística basada en el modelo biopsicosocial de Engel (Science, 1977)¹². Adicionalmente, es relevante implementar políticas de prevención primaria (Dirigida a la población en general) y secundaria (Dirigida a la población directamente afectada por la disforia de género), para poder atender de manera integral esta condición.

2. DIVERSOS TIPOS DE TRATAMIENTOS

2.1 Bloqueador de la pubertad

Los bloqueadores de la pubertad son aquellos medicamentos que tienen como función suprimir el curso natural hormonal (testosterona o estrógeno), los cuales son análogos de GnRH, deteniendo la secreción de la hormona luteinizante en el caso de los hombres, y en las mujeres detiene la producción de estrógenos y progesterona hormonales para evitar el desarrollo puberal. Sin embargo, hay varios medicamentos que pueden cumplir esta función de suspensión de la pubertad los cuales son de administración mensual o trimestral. Hay fármacos de primera elección como triptorelina o leuprolide, o alternativas como histrelina, el cual es un análogo de la

⁹ Villaverde González A, Fernández Rodríguez M, Fontanil Gómez Y, Guerra Mora P, Camero García A. ¿Están Asociados Los Trastornos De La Conducta Alimentaria a La Disforia De Género En Población Clínica Adulta? *Trastor la Conduct Aliment.* 2018;27(27):2943-2967. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7114200.pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7114200>

¹⁰ Ocampo-Serna S, Gutiérrez-Segura JC, Vallejo-González S. Adult Gender Dysphoria with Coronary Disease: Case Report and Literature Review. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)*. 2020;49(3):211-215. doi:10.1016/j.rcpeng.2018.10.008.

¹¹ Becerra Fernández A. Disforia de género/incongruencia de género: transición y detransición, persistencia y desistencia TT - Gender dysphoria/gender incongruity: Transition and discontinuation, persistence and desistance. *Endocrinol diabetes nutr (Ed impr)*. 2020;67(9):559-561. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-197336>.

¹² Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (80-)*. 1977;196(4286):129-136. doi:10.1126/science.847460.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



Hormona liberadora de hormona luteinizante. (LHRH). Pero existen alternativas para suprimir la pubertad en fases tardías, tales como antiandrógenos, progestagenos y finasteride. Sin embargo, es importante mencionar que estos medicamentos tienen efectos adversos como depresión y riesgo de disfunción sexual¹³

2.2 Cirugías de afirmación de género

Es cualquier procedimiento de reasignación de género que comprenda procedimientos quirúrgicos. Según el manual sobre las normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género con siglas en inglés WPATH, los procedimientos quirúrgicos son los siguientes¹⁴:

2.3 Hormonización cruzada

Es el tratamiento farmacológico utilizado para afirmar la autopercepción de la persona con respecto al género, por lo que por definición es contrario al flujo hormonal fisiológico de acuerdo al sexo biológico. Este tratamiento médico busca favorecer los caracteres sexuales secundarios del género autopercebido. Se utilizan entonces hormonas femeninas y masculinas de acuerdo a ser mujer trans u hombre trans y es variable la dosis y la frecuencia de administración del fármaco, dado que depende de las variables individuales del paciente como comorbilidades o riesgo de padecimiento de efectos adversos así como de los cambios deseados. Es de aclarar que no existe evidencia científica suficiente para hablar de seguridad de estos tratamientos, ni se ha demostrado mayores beneficios sobre los riesgos en salud de estas terapias, pero en la población adulta sí, se está reportando con mayor frecuencia los eventos adversos asociados a estas terapias (Referencia 19).

2.4 Cirugías de afirmación de género

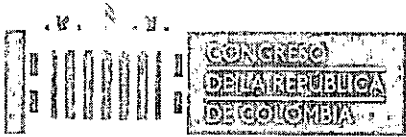
Es cualquier procedimiento de reasignación de género que comprenda procedimientos quirúrgicos.

3. CUESTIONAMIENTOS SOBRE LA REASIGNACIÓN DE GÉNERO

3.1 Los tratamientos de reasignación de género son experimentales

¹³ Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2022;96(4):349.e1-349.e11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.002>

¹⁴ Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. *Int J Transgenderism*. 2018;19(3):287-354. doi:10.1080/15532739.2018.1503902



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



A mediados de la década de los 90 en Holanda se inició los procedimientos experimentales biomédicos para la reasignación de sexo en la adolescencia. Dentro de los tratamientos utilizados a manera experimental, se encuentran los denominados bloqueadores de pubertad, cuya finalidad es suprimir la pubertad biológica (antes de los 16 años), y si la disforia continuaba se realizaba el tratamiento hormonal cruzado¹⁵, y las afecciones a nivel de salud que estos generaron).

Hoy en día, estos tratamientos siguen siendo experimentales, lo cual se evidencia en que en países con avanzada tecnología como lo es Estados Unidos, los medicamentos que se administran para la transición de género, no han sido aprobados por la entidad Food and Drug Administration (FDA), máxima autoridad pública en Estados Unidos, que vela por la protección de la salud pública, asegurando la seguridad, eficacia, calidad y protección de los medicamentos, vacunas, productos biológicos y dispositivos médicos para uso humano; por lo cual, estos medicamentos y tratamientos se encuentran en fase experimental¹⁶, lo cual fue ratificado en el año 2016 por la asociación americana de medicina¹⁷.

La Junta de Investigación de Atención Médica de Noruega (UKOM) definió a estos tratamientos como experimentales, al señalar que la investigación sobre los tratamientos de afirmación de género (hormonal y quirúrgico), según un informe, es «deficiente y los efectos a largo plazo son poco conocidos».

La UKOM critica que las directrices profesionales nacionales que regulan el tratamiento de afirmación de género en menores de edad con disforia de género carecen de requisitos específicos para su evaluación e inicio de terapia. Lo anterior conlleva un riesgo para la seguridad del paciente, por faltar al principio de prudencia y por tanto señala la necesidad de ampliar el nivel de evidencia sobre el abordaje de la disforia de género y plantear y organizar los servicios ofrecidos con base en estos conocimientos.

Ante la falta de evidencia científica sobre sus beneficios, la prohibición del uso de estos tratamientos en menores de edad, actualmente se encuentra vigente en países como Finlandia, Noruega, Rusia, el Reino Unido, Estados norteamericanos entre otros,

¹⁵ Bauwens J. Do Not Sterilize Children. *Issue Anal.* 2021;(IS20J04).

¹⁶ Geffen S, Horn T, Smith KJ, Cahill S. Advocacy for Gender Affirming Care: Learning from the Injectable Estrogen Shortage. *Transgender Heal.* 2018;3(1):42-44. doi:10.1089/trgh.2017.0025

¹⁷ Council on Science and Public Health, American Medical Association, "Hormone Therapies: Off-Label Uses and



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



tras observar sus resultados perniciosos e irreversibles y la falta de investigación sobre los mismos.

3.2 Los tratamientos de reasignación de género se consideran en fase de ensayo clínico

Los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos al ser experimentales, se encuentran en fase de ensayo clínico. Por lo tanto, al no existir la evidencia científica de los beneficios directos en su práctica, y al conocerse los enormes riesgos, los tratamientos de reasignación de género (hormonales y quirúrgicos), no deben ser usados en menores de 18 años.

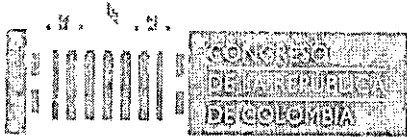
3.3 Buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos

El Manual de Legislación Europea sobre los Derechos del Niño, preparado conjuntamente por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) y el Consejo de Europa, junto con la Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos¹⁸, establece en su numeral 10.1.4. “**ensayos clínicos con los niños**” lo siguiente:

*“En virtud del Derecho de la UE, la Directiva 2001/20/CE477 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de **ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, incluye a los niños entre las personas vulnerables incapaces de prestar consentimiento legal para un ensayo clínico (considerando 3). Los niños sólo pueden participar en ensayos clínicos cuando la administración del medicamento les proporcione un beneficio directo superior a los riesgos (considerando 3). Los ensayos clínicos deben proporcionar la mayor protección posible a los sujetos que participan en el ensayo (artículo 4).” (Negritas fuera del texto original).***

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

¹⁸ Disponible en: [Handbook rights child SPA \(1\).pdf](#)



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



Así mismo, carece de certeza la protección posible a los sujetos que participan en estos tratamientos de acuerdo con las investigaciones científicas recientes. Se recuerda que la UKOM, en el numeral 11 de su informe llamada "nuestras recomendaciones", "(...) recomienda que los bloqueadores de la pubertad y el tratamiento hormonal y quirúrgico de afirmación de género para niños y adolescentes **se definen como tratamiento experimental**. Esto es especialmente importante para los adolescentes con disforia de género" (97, p. 4).

El uso de tratamientos de reasignación de género no logra acreditar las condiciones previstas en el Reglamento Europeo sobre los ensayos clínicos de medicamentos de usos humanos, por los siguientes motivos:

- a. *La disforia de género no es exclusiva de los menores de edad, por lo que los tratamientos de bloqueadores de pubertad, cirugías de afirmación y terapias hormonales de asignación de género no deben realizarse en ellos para investigación.*
- b. *No existe evidencia científica que demuestre que la participación de los menores de edad en esos ensayos o experimentos generen un beneficio directo superior a los riesgos y cargas que supone, pues está acreditada la falta de beneficios y mejoras en su salud en este proyecto de ley y los enormes perjuicios irremediables que causan en su vida, con inclusive efectos irreversibles.*
- c. *No hay motivos que fundamenten algún beneficio para la población que representan los menores de edad con esos tratamientos.*
- d. *Estas prácticas no representan sólo un riesgo mínimo y carga mínima para el menor afectado en comparación con el tratamiento estándar del problema de salud que padece, que sería la disforia de género, por cuanto: a) las causas de esta última se pueden encontrar en otros problemas de salud de orden físico o psiquiátrico; b) las consecuencias que generan en el cuerpo y en la mente de los niños y adolescentes no son riesgos mínimos, sino que son desproporcionadas e irreversibles si se compara con la intención de experimentar en ellos para un eventual beneficio que científicamente está descartado.*
- e. *No está probado que estos tratamientos son pertinentes para realizarse con urgencia en la salud de un menor de edad que padece de disforia de género para salvaguardar su vida e integridad personal".*

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

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



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



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

3.5 Los tratamientos de reasignación de género son irreversibles y causan grave detrimento en la salud de los menores

En las bases de datos sobre la evidencia científica reconocida internacionalmente no se ha encontrado evidencia de que la disforia de género mejore con tratamientos hormonales¹⁹. Por ejemplo, en España se está observando un aumento de la demanda de adolescentes solicitando la suspensión de los tratamientos farmacológicos²⁰. Ante esta situación, la comunidad científica está planteándose otros modelos de abordaje distinto a la afirmación de género, teniendo en cuenta otras variables biológicas, psicológicas y sociales correlacionadas con cada sujeto como individuo²¹. Esto lo podemos corroborar con el comunicado realizado en junio de 2024 por la asociación americana de pediatría, en dónde sugieren la psicoterapia como abordaje para el tratamiento de la disforia de género en niños y adolescentes y no la afirmación, por las implicaciones que traen los tratamientos médicos a nivel de salud²²

3.6 Consecuencias a nivel de salud física de los tratamientos farmacológicos para la reasignación de género

Algunas corrientes sociales relacionadas con corrientes ideológicas promueven las terapias afirmativas en menores de edad que presentan disforia de género, afirmando que los bloqueadores del desarrollo de la pubertad y los tratamientos hormonales son

¹⁹ Ludvigsson JF, Adolfsson J, Höistad M, Rydelius PA, Kriström B, Landén M. A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2023;(December 2021):1-14. doi:10.1111/apa.16791

²⁰ Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinol Diabetes y Nutr (English ed)*. 2020;67(9):562-567. doi:10.1016/j.endien.2020.03.005

²¹ Expósito-Campos P. A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers. *J Sex Marital Ther*. 2020;47(3):270-280. doi:10.1080/0092623X.2020.1869126.

²² Anderson JE, Field S, Lee June P. Mental Health in Adolescents with Incongruence of Gender Identity and Biological Sex [Internet]. *Acpeds.org*. 2024 [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://acpeds.org/position-statements/mental-health-in-adolescents-with-incongruence-of-gender-identity-and-biological-sex>



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



reversibles sin valorar adecuadamente las consecuencias que pueden afectar el estado de salud.

En la actualidad existe cierto consenso en la comunidad científica acerca de las consecuencias a corto y largo plazo de dichos tratamientos, ya que, aunque se desbloquee el curso natural del desarrollo hormonal este desbloqueo puede ocasionar afectaciones de salud tanto físicas como mentales.

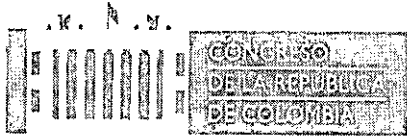
Un estudio llevado a cabo en el 2018 publicado en el diario oficial de la academia americana evidenció que los adolescentes sometidos a estos tratamientos presentaban un aumento significativo del IMC (índice de masa corporal) y una disminución de IMCM (Índice de masa corporal magra), con propensión a la hipertensión arterial y a largo plazo, con posibilidades de infertilidad²³.

El tratamiento hormonal cruzado que consiste en suministrar hormonas del sexo opuesto sí puede ocasionar secuelas irreversibles, en la medida en que, sería un factor de riesgo si el cambio es de hombre a mujer de padecer la enfermedad venosa tromboembólica, hipertrigliceridemia, litiasis biliar, aumento de peso, problema cardiovascular, hipertensión, hiperprolactinemia o prolactinoma y diabetes tipo 2; y si la transición es de mujer a hombre las personas podrían padecer de policitemia, aumento de peso, alopecia androgénica, apnea del sueño, hiperlipidemia, hipertransaminemia, desestabilización de ciertos problemas psiquiátricos, enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes tipo 2, además de aumentar el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamarios²⁴.

Existen unos antecedentes jurisprudenciales, como la Sentencia T-675 de 2017, en la cual la Corte Constitucional ha reconocido la autonomía de los menores de edad para tomar sus propias decisiones sobre su identidad sexual y de género en asuntos determinantes, decisiones que obedecen a un contexto y a una realidad científica anterior a la actual que se ha citado en la exposición de motivos del presente proyecto de ley, en virtud de la cual, países pioneros del desarrollo de los derechos de las comunidades LGBTI y de las cirugías de reasignación de género y de la terapia hormonal de afirmación de género han retrocedido y prohibido estas prácticas con ocasión de las investigaciones científicas adelantadas y de los procesos judiciales que

²³ Denise Chew. "Hormonal Treatment in Young People with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2018; 141(4): 15-16.

²⁴ Ovies Carballo G, Alonso Domínguez E, Gómez Alzugaray M, Duarte Cazeres E. Tratamiento hormonal y sus complicaciones en el paciente con disforia de género. *Rev Cuba Endocrinol*. 2019;30(2): e182. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532019000200002%0Ahttp://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/182



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



pusieron en entredicho su eficacia y, además, ocasionaron daños irreversibles en la vida y en la salud de los menores que se sometieron a estos procedimientos.

3.7 Impactos de los tratamientos farmacológicos de la reasignación de género en el desarrollo cerebral de los niños y adolescentes

El neurodesarrollo parte desde la concepción. El espermatozoide al fecundar el óvulo, dependiendo del tipo de cromosoma que contenga el espermatozoide Y o X, se va a dar lugar a la formación de las gónadas. La presencia del gen Y dará lugar a la formación de los testículos en el hombre en la sexta semana del desarrollo embrionario y la ausencia de este gen conlleva a la formación de los ovarios o gónadas femeninas²⁵.

Las gónadas secretan la mayor cantidad esteroides sexuales, es decir, de los ovarios se produce los estrógenos y la progesterona; y de los testículos la testosterona, los cuales tienen efecto sobre el SNC (sistema nervioso central) mediante un mecanismo organizacional, y el otro de activación. En el transcurso de la vida hay una continua liberación de estos esteroides, pero hay tres periodos críticos en el desarrollo cerebral en donde hay una alta secreción, el primero se da en el primer trimestre de gestación, el segundo en la etapa peri y posnatal y el tercero en la pubertad²⁶.

En el primer trimestre de gestación luego de la formación de los ovarios o testículos, la alta secreción hormonal da como resultado la diferenciación cerebral entre hombre y mujer anatómica y funcionalmente; además los esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y testosterona) optimizan el desarrollo de las diferentes estructuras y circuitos cerebrales; Adicionalmente estos actúan como factores neurotróficos permitiendo la supervivencia neuronal, crecimiento y plasticidad cerebral²⁷.

En la etapa peri y posnatal favorece la continuidad del desarrollo de estructuras cerebrales dimorfas (diferentes entre hombres y mujeres) y la conectividad neuronal. En la pubertad que es la tercera etapa de alta secreción da lugar al desarrollo de los

²⁵ Barral, M. J. (1996). Diferencias cerebrales entre el hombre y la mujer. *Area 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 10. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-4-diferenciascerebrales-MJBarral.pdf>

²⁶ Schwarz, J. M., & McCarthy, M. M. (2008). Steroid-induced sexual differentiation of the developing brain: Multiple pathways, one goal. *Journal of Neurochemistry*, 105(5), 1561–1572. <https://doi.org/10.1111/j.1471-4159.2008.05384.x>

²⁷ Gil-Verona, J. A., Macías, J. A., Pastor, Juan F., De paz, F., Barbosa, M., Maniega, M. A., Román, J. M., Lopez, A., Alvarez, I., Rami, L., & Boget, T. (2003). Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 3(2), 351–361.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



órganos sexuales secundarios; recordemos que desde los testículos y ovarios se produce la mayor cantidad de hormonas sexuales²⁸.

Los bloqueadores hormonales disminuyen la producción y liberación de los estrógenos y la progesterona en la mujer y la testosterona en el hombre. En el cerebro femenino, por ejemplo, los estrógenos son importantes para el mantenimiento y conexión neuronal del hipocampo (área cerebral más grande en la mujer, que está encargada del proceso de memoria) la carencia de este, no permite un óptimo desarrollo de esta área cerebral conllevando a temprana edad a un deterioro y muerte neuronal, es decir, da como resultado pérdida de memoria, reduciendo de esta forma la capacidad intelectual²⁹. Por otra parte, la progesterona funciona como neuroprotector, su carencia ocasiona neurodegeneración³⁰.

Cabe resaltar que estas hormonas sexuales también producen y liberan diferentes neurotransmisores, tales como: acetilcolina, serotonina y dopamina, neurotransmisores que están inervados en la corteza prefrontal³¹. Al existir una carencia de estrógenos en la mujer (Por alteraciones del ciclo menstrual o ausencia de este) y testosterona en el hombre ocasiona alteraciones en las inervaciones de los neurotransmisores anteriormente mencionados⁶, entonces, la alteración colinérgica produce fallos de memoria e inatención³². La alteración serotoninérgica desencadena diversos trastornos neuropsiquiátricos, tales como trastornos de ansiedad (incluyendo

²⁸ Marquant, E., Plotton, I., & Reynaud, R. (2015). Pubertad normal. EMC – Pediatría. 50(1), 1–6. [https://doi.org/10.1016/s1245-1789\(15\)70112-5](https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)70112-5)

²⁹ Moratalla, N. L., Alcalá, T. E., & Santiago, E. (2011a). Estrógenos Y Desarrollo Del Cerebro Femenino En La Adolescencia: Anticoncepción De Emergencia Estrogens and Feminine Brain Maturation During Adolescence: Emergency Contraceptive Pill. *Cuadernos de Bioética*, 22(2), 185–200.

³⁰ Beltrán-Campos, V., Padilla-Gómez, E., Palma, L., Aguilar-Vázquez, A. y Díaz Cintra, S. (2011). Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Universitaria, Revista Digital*, 12(3), 1–11. <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/index.html%3E>

³¹ Romeo, R. D., McCarthy, J. B., Wang, A., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2005). Sex Differences in Hippocampal Estradiol-Induced N-Methyl-D-Aspartic Acid Binding and Ultrastructural Localization of Estrogen Receptor-Alpha. *Neuroendocrinology*, 81(6), 391–399. <https://doi.org/10.1159/000089557>

³² Romeo, R. D., McCarthy, J. B., Wang, A., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2005). Sex Differences in Hippocampal Estradiol-Induced N-Methyl-D-Aspartic Acid Binding and Ultrastructural Localization of Estrogen Receptor-Alpha. *Neuroendocrinology*, 81(6), 391–399. <https://doi.org/10.1159/000089557>



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos de estado de ánimo como la depresión y bipolar³³.

La pérdida de dopamina produce serios trastornos en la función frontal y se ha relacionado con graves trastornos psicóticos como la esquizofrenia con mayor prevalencia en hombres que en mujeres; además su disminución desencadena el trastorno de déficit de atención³⁴

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

Para las comunidades trans es importante iniciar el proceso de transición de género desde la infancia, ya que según refieren "al resolver la DG" los menores de edad estarían más satisfechos y, por ende, se disminuiría la ideación autolítica, sin embargo, algunos estudios cuestionan esta afirmación.

Un estudio llevado a cabo por el centro para investigación de políticas de la salud y el instituto Williams en el año 2016 concluyó que la población trans tiene tres veces más riesgo de autolisis en comparación con los cisgénero³⁵. Fundamentan lo anterior ya que, al haber sido sometidos a los bloqueadores hormonales suprimiendo el curso natural hormonal los cuales son importantes para el mantenimiento de una buena salud mental, están más propensos a desarrollar diversos trastornos mentales.

La testosterona en el hombre por ejemplo, permite mantener un estado emocional estable, por ende, la reducción de esta conlleva a que se desencadenan trastornos de ansiedad, depresión y bipolaridad³⁶. Por otro lado, en el caso de las mujeres, la disminución de estrógenos está asociado a la depresión y pérdida de memoria, entre otros³⁷.

³³ Gómez Beldarrain, M., & Tirapu Ustároz, J. (2012). Neuropsicología de la corteza prefrontal y funciones ejecutivas: una visión panorámica. *Neuropsicología de La Corteza Prefrontal y Las Funciones Ejecutivas*, 672

³⁴ Rebollo, M; Montiel, S. (2006). Atención y Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(2), 3-7.

³⁵ Haberkorn Jennifer. Health Policy Brief. *Health Aff.* 2012;(October).

³⁶ Borráz-León JI, Herrera-Pérez JJ, Cerda-Molina AL, Martínez-Mota LA. Testosterone and mental health: A review. *Psiquiatr Biol.* 2015;22(2):44-49. doi:10.1016/j.psiq.2015.10.005

³⁷ Vega-Rivera NM, Fernández-Guasti JA, Ramírez-Rodríguez GB, Castro-García M, Estrada Camarena E. Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: Su relación con la depresión. *Salud Mental.* 2012;35(6):527-533.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



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

4.1 Contexto Normativo

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

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

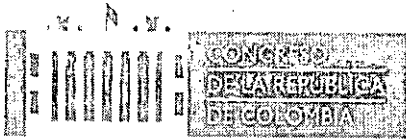
El Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 resalta que el niño, "por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". A su vez, el Principio II de esta última, reseña que el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

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

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

La Convención Americana de los Derechos Humanos, aprobada en Colombia a través de la Ley 16 de 1972, regula en su artículo 19 los derechos del niño al establecer que todos ellos tienen derecho "*a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.*"

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por el Estado colombiano mediante la Ley 12 de 1991, significa en su artículo 1 por niño:



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



"todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad." El numeral 1 de su artículo 2 establece que "los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales."³⁸

El numeral 2 del artículo 6 indica que los Estados Parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Frente a la salud, el artículo 24 de la Convención determina que los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

El numeral 1 del artículo 27³⁹ de la Convención, por su parte, prevé que Los Estados Parte reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, lo cual también es señalado por UNICEF⁴⁰ en su sitio web oficial.

En la Constitución Política de 1991, el artículo 44⁴¹ establece como derechos fundamentales de los niños, entre otros, la salud y la seguridad social, y gozarán

³⁸ Convención de los Derechos del Niño. Artículo 1.

³⁹ Convención de los Derechos del Niño. Artículo 27.

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

⁴⁰10 Derechos Fundamentales de los Niños, por Quino – UNICEF. <https://www.unicef.org/lac/historias/10-derechos-fundamentales-de-los-ni%C3%B1os-porquino#:~:text=El%20ni%C3%B1o%20tiene%20derecho%20desde,un%20nombre%20y%20a%20una%20nacionalidad.&text=El%20ni%C3%B1o%20debe%20gozar%20de,incluso%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20y%20postnatal.>

⁴¹ Constitución Política de Colombia. Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

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

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



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. El tercer párrafo de este artículo advierte que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

La Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, regula en su artículo 27 el derecho a la salud de los niños y prevé que *“(...) todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad.”*⁴²

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, determina en el literal f) del artículo 6⁴³ que el Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Similarmente, su artículo 11⁴⁴ prevé que los niños gozarán de especial protección por parte del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.

El artículo 15 de la citada Ley Estatutaria advierte que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: *“b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; (...)”*⁴⁵

Así mismo, la Corte Constitucional en Sentencia T-057 de 2015, definió y estableció lo siguiente sobre los tratamientos experimentales:

“Por definición, los tratamientos médicos experimentales son aquellos que todavía no tienen la aceptación de la comunidad científica ni de las entidades encargadas de

⁴² Ley 1098 de 2006. Artículo 27.

⁴³ Ley 1751 de 2015. Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

(...)

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

⁴⁴ Ley 1751 de 2015. Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

⁴⁵ Ley 1751 de 2015. Artículo 15.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



acreditarlos como alternativas terapéuticas. Ello significa que su efectividad no ha sido determinada con un nivel de certeza aceptable médicamente. El margen de incertidumbre respecto de la efectividad de un procedimiento experimental impide que se lo pueda considerar como un sustituto de procedimientos terapéuticos acreditados, pero excluidos del Plan Obligatorio de Salud. El derecho a la salud, y específicamente el acceso al servicio de recuperación de la salud, implican que las personas tengan acceso a aquellos servicios de salud cuyo nivel de efectividad sea determinable. Ello significa que un tratamiento considerado experimental, o que no haya sido aceptado por la comunidad médica como una alternativa terapéutica válida para una determinada afectación de la salud, no resulta aceptable ni es susceptible de financiación con cargo a los recursos del sistema” .⁴⁶

Aunado a los anterior, la misma Sentencia nos refiere medicamente los siguiente:

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

Así las cosas, se hace necesario establecer la prohibición prevista en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, de destinar los recursos públicos asignados a la salud para financiar los servicios y las tecnologías en los que se adviertan los criterios allí definidos, entre los cuales se encuentran: “b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; (...)” .⁴⁷

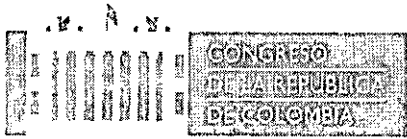
En conclusión, por los motivos anteriormente expuestos en donde no es posible aseverar que los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género, se encuentran respaldados por la comunidad internacional, el Estado Colombiano y el Sistema General del Servicio de Salud en Colombia no puede financiar dichos tratamientos.

4.2 Contexto Jurisprudencial

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

⁴⁶ Aparte extraído de la Corte Constitucional de Colombia, en Sentencia T – 057 de 2015

⁴⁷ Aparte extraído de la Corte Constitucional de Colombia, en Sentencia T – 057 de 2015



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños, y en la Sentencia de Unificación SU-225 de 1998 advirtió que “[d]el artículo 44 se deriva claramente que, la Constitución, respetuosa del principio democrático, no permite, sin embargo, que la **satisfacción de las necesidades básicas de los niños quede, integralmente, sometida a las mayorías políticas eventuales**”. Según la Corte “[p]or esta razón, la mencionada norma dispone que los **derechos allí consagrados son derechos fundamentales, vale decir, verdaderos poderes en cabeza de los menores, que pueden ser gestionados en su defensa por cualquier persona, contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares**”. Advirtió además que “[s]e trata entonces de derechos que tienen un contenido esencial de aplicación inmediata que limita la **discrecionalidad de los órganos políticos** y que cuenta con un mecanismo judicial reforzado para su protección: la acción de tutela” (Negrillas fuera del texto).⁴⁸

Sobre la protección adicional que tiene el derecho fundamental de la salud de los niños en la Ley Estatutaria de Salud, la Corte sostuvo en la Sentencia C-313 de 2014 que:

“El artículo 44 de la Carta, en su inciso último, consagra la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás. **Este predominio se justifica, entre otras razones, por la imposibilidad para estos sujetos de participar en el debate democrático, dado que sus derechos políticos requieren para su habilitación de la mayoría de edad. Esta consideración de los derechos del niño, igualmente encuentra asidero en el principio rector del interés superior del niño, el cual, ha sido reconocido en la Convención de los derechos del niño, cuyo artículo 3, en su párrafo 1, preceptúa que en todas las medidas concernientes a los niños, se debe atender el interés superior de estos (...)**” (Negrillas fuera del texto).⁴⁹

En ese sentido, expuso también el Órgano de Cierre de la Jurisdicción Constitucional que “**cualquier consideración en lo referente a la atención en salud de los niños y niñas debe verse determinada por la fundamentalidad de su derecho, la prevalencia de este sobre los derechos de los demás y la amplia jurisprudencia de la Corte en la materia encaminada a reconocer la protección reforzada de los menores de edad en lo referente a la satisfacción de sus derechos.**” (Negrillas fuera del texto)⁵⁰.

⁴⁸ Aparte extraído de la Corte Constitucional de Colombia, en Sentencia T – 513 de 2020.

⁴⁹ Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.

⁵⁰ Sentencia T-513 del 11 de diciembre de 2020.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



En similar sentido, recalcó la Corte mediante la Sentencia de Unificación SU-677 de 2017 que dicho principio supone aplicar la medida más beneficiosa para salvaguardar al menor de edad que ve comprometida la garantía de sus derechos fundamentales.⁵¹

4.3 Disposiciones vulneradas con la realización de tratamientos de reasignación de género

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

Disposiciones vulneradas	Forma en que se vulneran
Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño	Se están desatendiendo los cuidados especiales y las medidas de protección especial que los menores de edad requieren por su falta de madurez física y mental , al permitirles realizarse esas prácticas sin tener en cuenta que científica y jurídicamente carecen del criterio para comprender las consecuencias que generarán en sus cuerpos y que no podrán retrotraer una vez sean adultos. Además, no es la misma interpretación que tienen de las consecuencias siendo menores de 18 años a cuando llegan a la edad adulta.
Numeral 1 del artículo 2 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado no está respetando los derechos de la Convención ni asegurando su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, porque no está atendiendo el cuidado especial que los menores de 18 años requieren para su desarrollo óptimo lejos de circunstancias que científicamente está comprobada la afectación negativa a su salud con efectos irreversibles.
Numeral 2 del artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado no está garantizando en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño al permitir realizar esas prácticas que no generan beneficios, afectan su salud física y mental durante su crecimiento y cuyos efectos negativos perduran por toda la vida y no pueden revertirse, y en varios casos, pueden

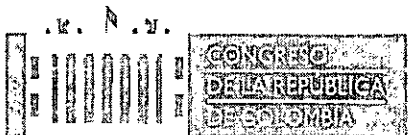
⁵¹ También citada en la Sentencia T-390 del 7 de septiembre de 2020.



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



	generar tendencia al suicidio, como fue demostrado en Noruega, Suecia y Dinamarca.
Numeral 2 del artículo 13 de la Convención de los Derechos del Niño	Se está vulnerando este artículo que establece la libertad de expresión del menor de edad, pero advierte de un límite en el literal b) de su numeral segundo, el cual es la protección de la salud , por ende, por disposición expresa de la Convención, debe prevalecer esta última y se vulnera al permitirles a los menores de edad recibir tratamientos de la reasignación de género porque se causa detrimento a su salud física y mental so pena de permitirles expresarse sobre la aceptación de estos tratamientos.
Numerales 1 y 3 del artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado desconoce su numeral primero al obviar que la realización de estas prácticas de reasignación de género en los menores de edad va en detrimento del disfrute del más alto nivel posible de salud que ellos pueden tener con ocasión de las consecuencias descritas por la evidencia científica y porque no cumplen con la finalidad de rehabilitar su salud ni de tratar las enfermedades que padezcan. Téngase en cuenta que las consecuencias pueden generarles, entre otros efectos, esterilidad, falta del desarrollo sexual, y, por lo tanto, no tendrían el más alto nivel posible de salud y una vez lleguen a la edad adulta pueden arrepentirse por carecer de las condiciones máximas de salud que su cuerpo y mente pudieron tener. Además, por el numeral tercero de este artículo es obligación del Estado abolir las prácticas que sean perjudiciales para la salud de los niños, y se desconocería al permitir las so pena de cumplir con un eventual consentimiento que científicamente está descartado.
Artículo 27 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado vulnera este artículo por no reconocer el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social , en atención a que las prácticas de reasignación de género a través de los procedimientos indicados en el proyecto de ley alterar gravemente su crecimiento y madurez, física y mental , su desarrollo adecuado conforme al sexo de nacimiento, el término de su



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



COLOMBIA
JUSTA
Libres!



	<p>afectación es de por vida, no generan beneficios para su salud ni crecimiento y los efectos no pueden revertirse para cuando tengan mayor comprensión según la propia ciencia (25 años, edad en la que culmina el desarrollo neuronal, según las pautas de PALKO) o sean adultos.</p>
<p>Artículo 1 de la Constitución Política</p>	<p>Se vulnera el respeto a la dignidad humana, habida cuenta que esta es entendida: i) como ciertas condiciones materiales concretas de existencia, las cuales no se respetan por el Estado al realizar prácticas invasivas en los cuerpos de los menores de 18 años que modifican sus estados y alteran esas condiciones mínimas de existencia, por los efectos que estos tratamientos conllevan, como la afectación en el crecimiento óseo, la esterilidad, la alteración en el intelecto, el aumento del deseo de suicidio, el deber de continuar con el mismo tratamiento por toda la vida con las consecuencias que esto lleva, y que no pueden retrotraerse y quedarán con esas alteraciones por toda la vida; ii) la dignidad humana como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, de la integridad física y moral, por cuanto esta integridad física y moral de los menores de 18 años es alterada con las prácticas invasivas en la forma descrita anteriormente y que esta última no puede ser retrotraída a su estado anterior.</p>
<p>Inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Política</p>	<p>Es desconocido al permitir estas prácticas por cuanto las autoridades están instituidas para proteger a todas las personas en su vida y demás derechos y libertades, y consentir sobre la realización de estos tratamientos en menores de 18 años, que son sujetos de especial protección, es una omisión a este artículo.</p>
<p>Artículo 11 de la Constitución Política</p>	<p>Es vulnerado, por cuanto el derecho a la vida no se reduce a la mera existencia biológica, sino que expresa una relación necesaria con la posibilidad que les asiste a todas las personas de desarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano. Estas facultades son reducidas al permitir las prácticas invasivas en el cuerpo de los menores de 18 años que ocasionan efectos de gravedad en sus cuerpos y que impiden que se desarrollen con todas las facultades,</p>



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



	<p>pues tendrán una reducción ósea, esterilidad, intenciones de suicidio, posibilidad alta de desarrollar tumores, insatisfacción psicológica pronunciada, autolesiones, mutilación de parte de su cuerpo, entre otras. Estas impiden la expresión autónoma y completa de las características de cada menor de 18 años en los campos de la experiencia humana.</p>
<p>Inciso tercero del artículo 13 de la Constitución Política</p>	<p>El Estado lo vulnera porque, so pretexto de aceptar la voluntad de los menores de 18 años, no está protegiendo a aquellos que por sus condición física, mental o económica se encuentran en circunstancia de debilidad, y en este caso, la propia ciencia ha establecido que no debe permitirse el consentimiento en los menores de 18 años para esas prácticas (informe de la UKOM) por su circunstancia de debilidad y de falta de comprensión relacionada con su edad que impide determinar los requisitos de este último para ser tomado por los menores, y además, en ellos debe adoptarse el requisito de prudencia.</p>
<p>Artículo 16 de la Constitución Política</p>	<p>Es quebrantado por el propio Estado porque los límites del derecho al libre desarrollo de la personalidad se encuentran en los que impone el orden jurídico, que, para el caso de los menores de 18 años, está soportado en todas las otras normas, y más, cuando se trata de estos últimos. De igual forma, se desconocen los derechos sexuales que hacen parte del libre desarrollo de la personalidad (C-131 de 2014), toda vez que las intervenciones invasivas del proyecto de ley tienen un alto riesgo de afectar la función sexual de los menores de edad que son tratados con estas prácticas y no podrán disfrutar plenamente de estos derechos.</p>
<p>Artículo 42 de la Constitución Política</p>	<p>Es desconocido por el Estado porque estas intervenciones afectan los derechos reproductivos de los menores de edad, los cuales van articulados a la progenitura responsable, y se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren tener hijos o no y cuándo tenerlos (C-131 de 2014). Al ocasionar la esterilidad en los menores de edad, estas prácticas afectan totalmente sus derechos reproductivos por la</p>



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



	<p>falta de fertilidad y les impedirá ejercer este derecho a futuro en una edad adulta. La esterilidad en los menores de edad fue estudiada ya por la Corte Constitucional. También afecta el derecho a formar una familia, el cual es también una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y de los derechos reproductivos, ya que al afectar la fertilidad en los menores de edad, les impide definitivamente materializar la elección libre entre las distintas opciones y proyectos de vida que, según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, puedan construir durante su existencia (C-131 de 2014) por no poder tener descendencia biológica.</p>
<p>Artículo 44 de la Constitución Política</p>	<p>Se vulnera porque el derecho a la salud y la integridad física son fundamentales en los niños, al igual que los reconocidos por los demás tratados internacionales ratificados por Colombia, entre los que se encuentran los identificados en este cuadro. De continuar permitiéndose la realización de estas prácticas en los niños, el Estado omitirá su deber de protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, puesto que estos tratamientos vulneran precisamente su desarrollo integral y armónico, conforme a lo expuesto, y afecta el ejercicio de sus derechos de la manera como se ha expuesto en los demás artículos. Esta obligación de asistencia no es solo del Estado, sino de la familia y de la sociedad, y cualquier persona puede exigir a las autoridades su cumplimiento y el castigo a los infractores.</p>
<p>Artículo 45 de la Constitución Política</p>	<p>Se vulnera con estas prácticas toda vez que se desconoce el derecho que tienen los adolescentes de ser protegidos y formados integralmente, y estos tratamientos atentan contra su propia salud física y mental, contra su desarrollo integral y contra su propia integridad, algunos retrasan su desarrollo, otros causan efectos irreversibles en su salud de forma permanente y la edad en la que se recomienda se realicen es después de los 25 años.</p>



Lorena Ríos
¡Construyamos juntos!



**Artículo 49 de la
Constitución Política**

Se atenta contra el primer y quinto párrafo de este artículo, en consideración a que estas prácticas **no promueven, protegen ni recuperan la salud de los menores de edad** que las realizan, por el contrario, **causan detrimentos y perjuicios irremediabes y de por vida**, y no está acreditada la recuperación de los menores que se someten a estos tratamientos. Además, es deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud, lo cual se desconoce al permitirle a los menores de 18 años, quienes requieren especial cuidado por la falta de desarrollo que tienen, a decidir la práctica de tratamientos que no benefician su salud pero que la perjudican gravemente, y que pueden generar consecuencias como la tendencia al suicidio, a la autolesión, y otras patologías de orden físico y mental.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 20 del mes Julio del año 2024.

se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 001 Acto Legislativo N°. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por HS: larena Rios Cuellar, Soledad Torrayo, Nicolas Echeverry Alvaran, Karina Espinosa Oliver, Esteban Quintero Cardona, Honorio Henriquez Pinedo, Jonathan Pulido, Jose Alvaro Barrera German Blanco Alvarez, Paola Holguin Moreno y otras Firmas.

SECRETARIO GENERAL