

Bogotá, D. C., 26 de agosto de 2026

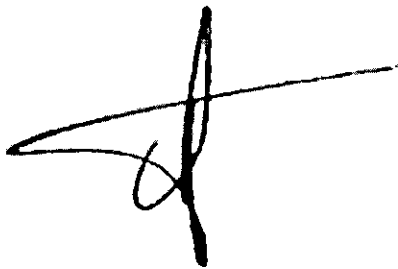
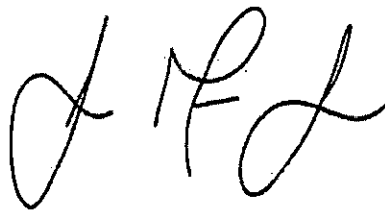
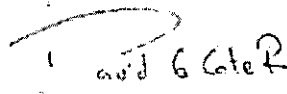
Señor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL
Honorable Senado de la República
Ciudad

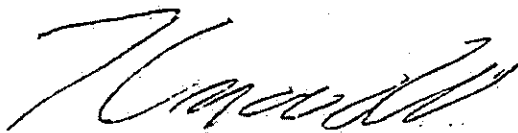
Asunto: Radicación del Proyecto de Ley *“Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones.”* - Ley Laura, Niños No Experimentó.

Respetado secretario:

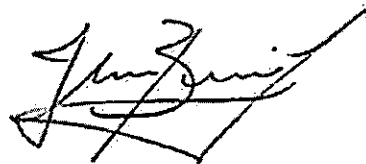
En nuestra condición de miembros del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, por su conducto nos permitimos poner a consideración de la Cámara de Representantes el siguiente Proyecto de Ley *“Por medio de la cual se establecen 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 Experimentó.

Cordialmente,

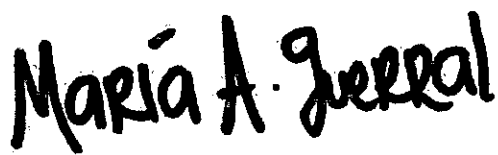
 Andrés Eduardo Forero Molina Senador de la República	 Luis Miguel López Aristizábal Representante a la Cámara por Antioquia
 Carol Stefanny Borda Acevedo Representante a la Cámara Bogotá	 David Gerardo Cote Rodriguez Representante a la Cámara por Bogotá



Juan Fernando Caicedo Callejas
Senador de la República



JHON JAIRO BERRÍO LÓPEZ
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático



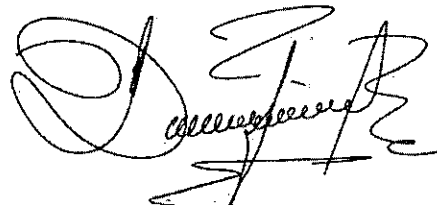
MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República



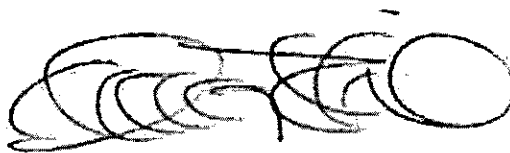
Esteban Quintero Cardona
Senador de la República



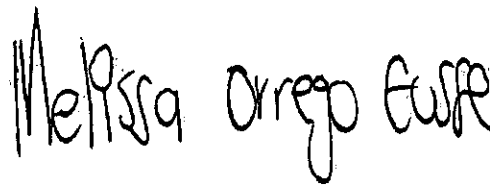
JUAN ESPINAL
Senador de la República



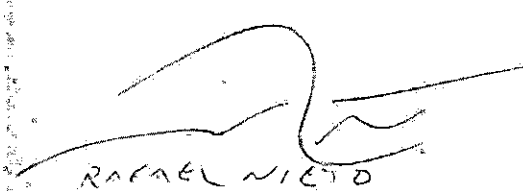
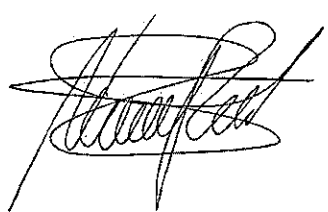
DARUIN CASTELLANOS ROMERO
Representante Cámara del Meta
Centro Democrático

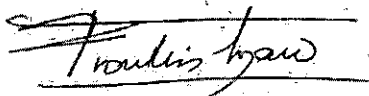


**CLAUDIA MARGARITA ZULETA
MURGAS**
SENADORA DE LA REPÚBLICA



MELISSA ORREGO EUSSE
Representante a la Cámara

 RAFAEL NIETO LOAIZA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO	 NELLY PATRICIA MOSQUERA MURCIA Representante a la Cámara por Bogotá Partido Centro Democrático
 HILDA GUTIERREZ Representante a la Cámara por Cundinamarca Partido Centro Democrático	 ANA LIGIA MORA MARTINEZ Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático
 SARA CASTELLANOS RODRIGUEZ Senadora de la República Movimiento Salvación Nacional	 JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ Senador de la República Partido Conservador Colombiano
 ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático	 GONZALO BAUTE GONZALEZ Senador de la República*



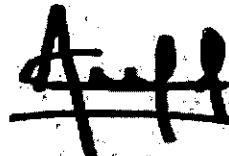
FRANKLIN LOZANO DE LA OSSA
Representante a la Cámara por Magdalena
Partido Conservador Colombiano



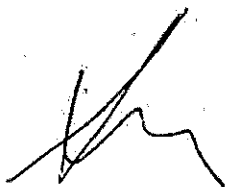
JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a La Cámara
Norte de Santander



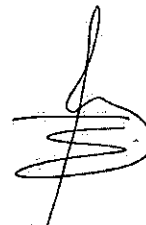
José Jaime Uscátegui Pastrana
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



ALFREDO APE CUELLO BAUTE
Representante a la Cámara
Dpto. Cesar



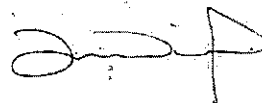
SANTIAGO MONTOYA MONTOYA
Senador de la República



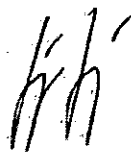
GUILLERMO LEON BLANCO VALENCIA
Representante a la Cámara
Santander



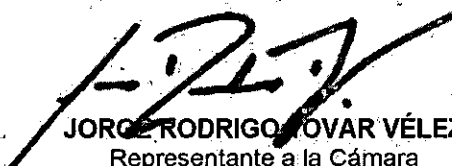
DANIEL FELIPE BRICEÑO MONTES
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



JUAN DAVID ZULUAGA ZULUAGA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



ENRIQUE GÓMEZ MARTÍNEZ
Senador de la República
Partido Salvación Nacional



JORGE RODRIGO POVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP 12 - Cesar, La Guajira y Magdalena
Asociación Paz es Vida.

Proyecto de Ley No. ____ 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

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto prohibir los procedimientos médicos de afirmación de género consistentes en bloqueadores de la pubertad, procedimientos hormonales de afirmación de género y procedimientos quirúrgicos de afirmación de género para menores de edad y establecer el régimen sancionatorio a quienes violen esta prohibición.

Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la aplicación de la presente Ley, se utilizarán las siguientes definiciones:

- **Sexo:** Son aquellas características genéticas y fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres, siendo a nivel cromosómico el hombre XY y la mujer XX.
- **Procedimientos médicos de afirmación de género:** Proceso de intervenciones médicas orientadas a modificar las características sexuales de una persona para adecuarlas a una identidad de género distinta a su sexo biológico, mediante medios farmacológicos o quirúrgicos.
- **Bloqueadores de pubertad:** Medicamentos que se utilizan para retrasar o detener temporalmente los cambios físicos asociados con la pubertad. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales responsables de los cambios puberales.
- **Procedimientos hormonales de afirmación de género:** Medicamentos que tienen como fin reducir los caracteres físicos del sexo biológico, y a su vez, desarrollar los del sexo opuesto, mediante la administración de estrógenos o testosterona.
- **Procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género:** Procedimientos quirúrgicos que tienen como fin crear la apariencia física del sexo opuesto, entre los que se encuentran las intervenciones quirúrgicas genitales, mamarias, no genitales y no mamarias.

Artículo 3°. Prohibición de los procedimientos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes. Se prohíbe en todo el territorio nacional la utilización en niños, niñas y adolescentes de:

- a) Bloqueadores de pubertad
- b) Procedimientos hormonales de afirmación de género
- c) Procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género.

Parágrafo 1°. Esta prohibición se adopta sin detrimento del acceso de los niños, niñas y adolescentes a la atención integral necesaria de conformidad con la *lex artis* y las demás disposiciones del ordenamiento jurídico.

Parágrafo 2°. Esta prohibición no será aplicable a los casos de pubertad precoz clínicamente diagnosticada, ni a las alteraciones congénitas, genéticas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor, entre otros, siempre que los procedimientos empleados se encuentren debidamente autorizados para dichas indicaciones o cuenten con el respaldo regulatorio correspondiente.

Parágrafo 3°. La delimitación del ámbito de aplicación de la presente ley responde exclusivamente al deber constitucional de protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes y no constituye aprobación ni regulación sobre las intervenciones médicas de afirmación de género en personas mayores de edad.

Artículo 4°. Adiciónese el numeral 21 al artículo 20 de la Ley 1098 de 2006, de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 20. DERECHOS DE PROTECCIÓN. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

(...)

21. 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."

Artículo 5°. Régimen sancionatorio.

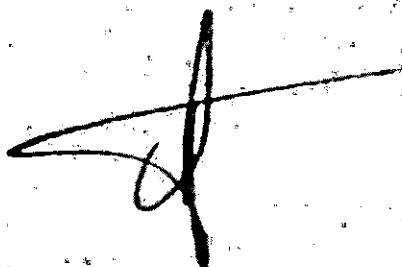
1. El médico que preste, ordene, practique o de cualquier otra forma ejecute en un niño, niña o adolescente alguno de los procedimientos prohibidos en el artículo 3° de esta Ley incurre en falta grave contra la ética médica.
2. La falta será investigada y sancionada por el Tribunal Seccional de Ética Médica del domicilio del profesional, siguiendo el procedimiento previsto en el Capítulo II de la Ley 23 de 1981 (arts. 74 a 82), y dará lugar a las sanciones del artículo 83 de dicha ley, según la gravedad de la conducta y la reincidencia, hasta la suspensión en el ejercicio de la medicina por el término máximo de cinco (5) años, sanción que sólo puede imponer el Tribunal Nacional de Ética Médica (arts. 84, 88 y 89 de la Ley 23 de 1981).

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que autoricen, financien, faciliten o toleren la realización de las conductas prohibidas en el artículo 3° de esta Ley serán sancionadas administrativamente por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, modificados por la Ley 1949 de 2019, sin perjuicio de la suspensión o revocatoria del certificado de habilitación respectivo.

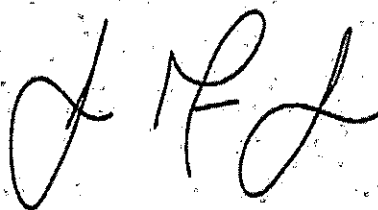
Parágrafo 2°. Lo previsto en este artículo se aplica sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial del Estado, civil y de la responsabilidad penal a que haya lugar conforme al Código Penal.

Artículo 6°. 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.



Andrés Eduardo Forero Molina
Senador de la República



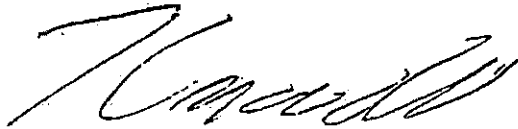
Luis Miguel López Aristizábal
Representante a la Cámara por Antioquia



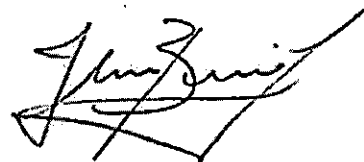
Carol Stefanny Borda Acevedo
Representante a la Cámara Bogotá



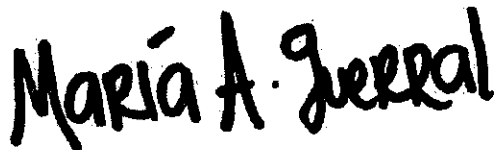
David Gerardo Cote Rodriguez
Representante a la Cámara por Bogotá



Juan Fernando Caicedo Callejas
Senador de la República



JHON JAIRÓ BERRÍO LÓPEZ
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático



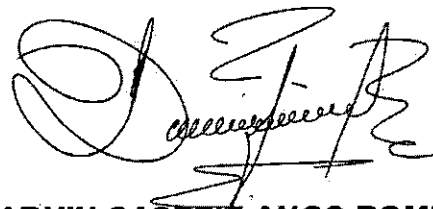
MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República



Esteban Quintero Cardona
Senador de la República



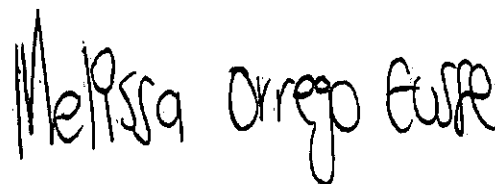
JUAN ESPINAL
Senador de la República

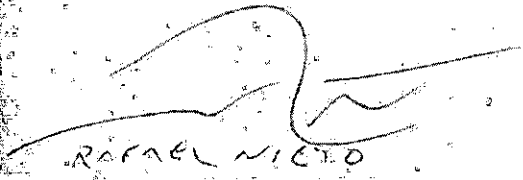
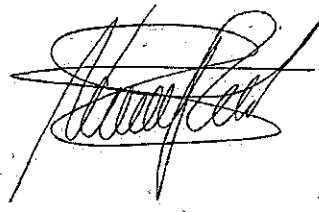
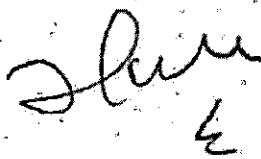
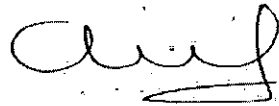


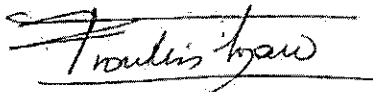
DARUIN CASTELLANOS ROMERO
Representante Cámara del Meta
Centro Democrático



CLAUDIA MARGARITA ZULETA
MURGAS



SENADORA DE LA REPÚBLICA	MELISSA ORREGO EUSSE Representante a la Cámara
 RAFAEL NIETO RAFAEL NIETO LOAIZA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO	 NELLY PATRICIA MOSQUERA MURCIA Representante a la Cámara por Bogotá Partido Centro Democrático
 HILDA GUTIERREZ Representante a la Cámara por Cundinamarca Partido Centro Democrático	 ANA LIGIA MORA MARTINEZ Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático
 SARA CASTELLANOS RODRIGUEZ Senadora de la República Movimiento Salvación Nacional	 JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ Senador de la República Partido Conservador Colombiano
 ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático	 GONZALO BAUTE GONZALEZ Senador de la República*



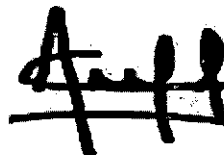
FRANKLIN LOZANO DE LA OSSA
Representante a la Cámara por Magdalena
Partido Conservador Colombiano



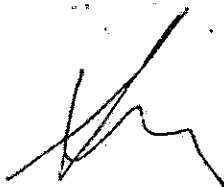
JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a La Cámara
Norte de Santander



José Jaime Uscátegui Pastrana
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



ALFREDO APE CUELLO BAUTE
Representante a la Cámara
Dpto. Cesar



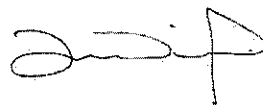
SANTIAGO MONTOYA MONTOYA
Senador de la República



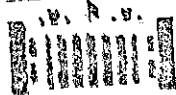
GUILLERMO LEON BLANCO VALENCIA
Representante a la Cámara
Santander



DANIEL FELIPE BRICEÑO MONTES
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



JUAN DAVID ZULUAGA ZULUAGA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 26 de Agosto del año 2026

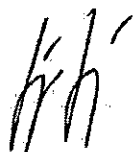
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Accto legislativo

No. 211/26 Con su correspondiente

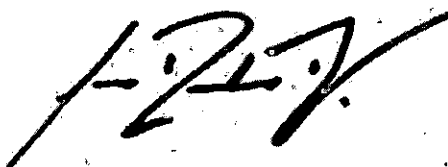
Exposición de Motivos suscrito Por:

H.S. Andrés Eduardo Forero y otros

SECRETARIO GENERAL



ENRIQUE GÓMEZ MARTÍNEZ
Senador de la República
Partido Salvación Nacional



JÓRGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP 12 - Cesar, La Guajira y Magdalena
Asociación Paz es Vida.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El presente proyecto de ley se estructura en seis artículos que desarrollan la protección que aquí se persigue: el objeto (artículo 1°), las definiciones (artículo 2°), la prohibición con la excepción pubertad precoz clínicamente diagnosticada, ni a las alteraciones congénitas, genéticas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor, entre otros, siempre que los procedimientos empleados se encuentren debidamente autorizados (artículo 3°), el derecho de los niños, niñas y adolescentes a no ser tratados con procedimientos que no tengan validez científica y que puedan causar detrimento en la salud (artículo 4°), el régimen sancionatorio disciplinario y administrativo aplicable a quienes incumplan la prohibición (artículo 5°), y la reglamentación y vigencia de la ley (artículo 6°).

El régimen sancionatorio del artículo 5° no restringe indebidamente el ejercicio de la profesión médica, sino que desarrolla la potestad de configuración legislativa que la Corte Constitucional ha reconocido frente a profesiones cuya práctica conlleva un riesgo social significativo, para las cuales resulta constitucionalmente admisible una mayor intensidad regulatoria, siempre que la medida sea razonable y proporcionada¹. Al remitir el conocimiento de la falta a los Tribunales de Ética Médica y al procedimiento ya previsto en la Ley 23 de 1981, el artículo no crea un régimen disciplinario paralelo, sino que activa los mecanismos institucionales existentes para sancionar una conducta que, dada la prohibición del artículo 3°, constituye una vulneración grave de la *lex artis*; sin este mecanismo de exigibilidad, la prohibición carecería de eficacia normativa y quedaría reducida a una declaración simbólica.

Aclaración terminológica. La literatura científica y la jurisprudencia citadas en esta exposición de motivos emplean, según la época y el marco teórico de referencia, dos expresiones distintas para referirse a los mismos procedimientos. El término de "reasignación de sexo" o "reasignación de género" fue empleado por la jurisprudencia constitucional más antigua (entre otras, la Sentencia T-477 de 1995), mientras que "afirmación de género", es de uso más reciente adoptada por distintos protocolos clínicos y por quienes desarrollan actualmente estas prácticas. Para efectos de este proyecto de ley, se utilizará la expresión "afirmación de género", citada en las definiciones del artículo 2° de este proyecto de ley, sin que ello implique una diferenciación sustancial respecto de los procedimientos descritos en las fuentes jurisprudenciales y científicas citadas.

Este proyecto no pretende resolver el debate conceptual o teórico asociado a los términos o denominaciones utilizadas tanto en la literatura científica, protocolos o en la jurisprudencia. El fundamento de esta ley es la aplicación del principio de precaución frente a intervenciones médicas con efectos potencialmente irreversibles y respecto de las cuales no hay evidencia sólida sobre su beneficio clínico en niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, las referencias contenidas en esta ley a procedimientos de afirmación de género deben entenderse exclusivamente en el sentido definido en el artículo 2°.

1. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de ley tiene por objeto, en ejercicio de la potestad de reglamentación y vigilancia

¹ Corte Constitucional, Sentencia C-393 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil, 24 de mayo de 2006.

sanitaria del Estado (artículo 49 de la Constitución Política) y en aplicación del principio de precaución, prohibir la realización de procedimientos médicos de afirmación de género en menores de dieciocho (18) años, en atención a la incertidumbre científica existente sobre sus efectos, a la insuficiencia de evidencia clínica de largo plazo, al carácter irreversible o de difícil reversión de algunas de estas intervenciones y a la documentación de afectaciones a la salud, con el propósito de proteger su salud física y mental. Esta medida se adopta además en atención al interés superior del niño y al principio *pro infans*, sin perjuicio de los deberes generales de protección previstos en la Ley 1098 de 2006.

Lo anterior debido a que dichos procedimientos para el manejo de la disforia o incongruencia de género en menores de edad aumentan el riesgo de consecuencias irreversibles a nivel de salud física como osteoporosis, enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes tipo 2, además, eleva el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamarios. Así mismo, estas intervenciones pueden afectar la fertilidad futura de forma irreversible. (Recomendación 3. Pag.20 Guía Minsalud). El catálogo completo de riesgos clínicos documentados en la literatura especializada se desarrolla en el numeral 3.7.2 de esta exposición de motivos.

Aunque hay estudios acerca de la mejoría sostenida en la salud mental como la ansiedad, depresión, y la reducción en la ideación y/o conducta suicida por el suministro de estos tratamientos, la evidencia científica es marcadamente limitada, altamente sesgada e incierta (Informe Cass). Por otro lado, a nivel mental, se ha constatado que los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos incrementan el riesgo a que se desencadenen trastornos psicoafectivos y psiquiátricos. Afecciones que se encuentran consignadas en la WPATH en su versión número 7, en donde expresa que dichos tratamientos podrían desestabilizar psiquiátricamente, ocasionando "(...) el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo y otros trastornos que pueden incluir síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado con dosis elevadas o con niveles suprafisiológicos de testosterona en sangre".²

Con base a lo anterior, se concluye que la realización de tratamientos médicos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes puede implicar un riesgo de afectación permanente para su salud física y mental, así como para su desarrollo integral, circunstancia que justifica la adopción de medidas de protección reforzada conforme a los principios de precaución e interés superior del niño.

A su vez, 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.^{3,4,5} Asimismo, actualmente no hay estudios que dejen claros los efectos adversos a largo plazo.^{6,7} Esta incertidumbre científica se evidencia en la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad en población pediátrica, lo que impide una adecuada valoración de la relación riesgo-beneficio.

Adicionalmente, los medicamentos usados en la ruta afirmativa no están aprobados ni indicados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para tratar la discordancia/incongruencia o disforia de género, por lo tanto, su formulación y dispensación entra dentro de los tratamientos *off-label*⁸, lo cual también va en contravía del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud⁹. Es decir, son medicamentos que se han aprobado y utilizado para otras condiciones médicas diferentes a las de afirmación de género, o para tratar la disforia/discordancia o incongruencia de género y, por ende, tienen estudios clínicos que describen

² Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Version 7. *Int J Transgend*. 2012;13(4):165-232.

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

⁴ Drobníř Radobuljac M, Grošelj U, Kaltiala R, Vermeiren R, Crommen S, Kotsis K, et al. ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(6):2011-6.

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

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

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

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

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

riesgos de efectos adversos y contraindicaciones de uso claras, a los que se exponen los pacientes que reciben dichos medicamentos, incluso en organismos completamente desarrollados.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece, en el artículo 15, que los recursos públicos destinados al sistema de salud no podrán financiar servicios o tecnologías sanitarias cuando no exista evidencia científica que respalde su seguridad, eficacia o efectividad clínica, cuando su uso no haya sido autorizado por la autoridad sanitaria competente o cuando se encuentren en fase de experimentación¹⁰. Por lo anterior, cualquier intervención farmacológica utilizada en menores de edad para la atención de la disforia o incongruencia de género debe analizarse dentro del marco regulatorio vigente, considerando la evidencia científica disponible, la aprobación sanitaria correspondiente, la evaluación del perfil de seguridad y los principios de farmacovigilancia.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, dado que estas intervenciones pueden realizarse durante etapas críticas del desarrollo biológico, endocrino y neuropsicológico, su indicación exige estándares reforzados de evaluación científica, vigilancia clínica y protección integral del paciente. Asimismo, requiere una valoración clínica exhaustiva que permita identificar y analizar las relaciones causales y las condiciones o trastornos concomitantes que puedan estar asociados con la disforia de género o con las manifestaciones de inconformidad del sexo biológico, con el fin de garantizar decisiones clínicas fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible.

En este contexto, se resalta el principio de precaución en medicina, lo cual implica que no puede descartarse un daño potencial y que se debe optar por limitar las intervenciones.

A nivel internacional hay decisiones en ese sentido. En la declaración promulgada por el Colegio Americano de Pediatría a principios del año 2024, más de 75 000 médicos y profesionales de la salud representados por organizaciones médicas firmantes de 60 países, manifestaron la solicitud de detener de inmediato la promoción de la afirmación social, los bloqueadores de la pubertad, las hormonas cruzadas y las cirugías para niños y adolescentes que experimentan angustia por su sexo biológico, debido a los riesgos para la salud de los infantes y adolescentes¹¹.

En países que han implementado rutas afirmativas como el "método holandés", existen demandas por daños ocasionados a menores de edad, como es el caso de Estados Unidos y Reino Unido; dos estados que, junto a otros como Suecia, Finlandia¹², Rusia y Dinamarca, han implementado enfoques precautorios similares a los planteados en el presente proyecto de ley. Su decisión se fundamenta en que los sistemas sanitarios europeos han revisado los beneficios esperados versus los potenciales riesgos y justifican la restricción del uso de los bloqueadores hormonales, recomendando priorizar el acompañamiento psicológico y psiquiátrico. Reconocieron incertidumbre significativa respecto a la eficacia y seguridad de la terapia afirmativa de género, haciendo una fuerte recomendación en aumentar la producción científica de alta calidad antes de su implementación generalizada.

Por tales razones se considera necesario dictar lineamientos en la prestación de servicios de salud en pro de los niñas, niños y adolescentes, además de prohibir tratamientos de reasignación de género tales como: bloqueadores de pubertad GnRH, tratamiento hormonal de afirmación de género y cirugías de afirmación en niños, niñas y adolescentes y fortalecer las redes de apoyo para los menores y sus familias y evitar así la afectación permanente e irreversible a nivel físico y mental de los menores de edad, que podrían generarse a partir de la continua implementación de la ruta o terapia afirmativa no regulada.

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

2. CONCEPTOS Y TÉRMINOS

¹⁰ Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427; 16 feb 2015.

¹¹ CHILDREN DP. Declaración de los médicos que protegen a los niños 2024. Available from: <https://doctorsprotectingchildren.org/>.

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

- 2.1. **Sexo biológico:** Condición biológica de una persona determinada por el conjunto de características cromosómicas, genéticas, gonadales, hormonales y anatómicas que permiten su clasificación como hombre o mujer. En condiciones típicas del desarrollo, el sexo masculino se asocia con el cariotipo XY y el sexo femenino con el cariotipo XX, sin desconocer la existencia de variaciones del desarrollo sexual.¹³
- 2.2. **Género:** Hace referencia a la clasificación social y cultural relacionada con roles, expectativas, expresiones e identidades asociadas a lo masculino y lo femenino. Se enfatizan las diferencias culturales en roles, comportamientos y expectativas socialmente asignadas.¹⁴
- 2.3. **Disforia de Género (DG):** En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR) de 2022¹⁵, se describe como malestar o deterioro clínicamente significativo asociado a una marcada incongruencia entre el género experimentado o expresado por la persona y el sexo asignado al nacer, por un periodo de tiempo de al menos 6 meses y que cumpla con los criterios clínicos específicos¹⁶. Es de destacar que debe existir un deterioro en la funcionalidad de la persona en su desarrollo personal, social, académico u ocupacional.
- 2.4. **Identidad de Género:** Vivencia interna e individual del género tal como cada persona la experimenta y percibe. Esta vivencia puede expresarse en la percepción de su propio cuerpo, en la apariencia, en el comportamiento y en otras formas de presentación personal, que pueden ser similares a las de otras personas de un género determinado.¹⁷
- 2.5. **Transición social:** Manifestación o expresión social de la identidad de género. Puede incluir cambios en el nombre, pronombres, forma de vestir, de hablar o de conducta. No necesariamente implica intervenciones clínico-quirúrgicas.
- 2.6. **Transgénero:** Se refiere al amplio espectro de individuos que se identifican, de forma permanente, con un género diferente de su sexo biológico.¹⁸
- 2.7. **Transexual:** Persona cuya identidad de género difiere del sexo biológico y que busca, está realizando o ha realizado una transición social y, en algunos casos, intervenciones médicas tales como tratamientos hormonales o procedimientos quirúrgicos, con el fin de adecuar sus características físicas (fenotípicas) a su identidad de género. No todas las personas transexuales desean o acceden a intervenciones médicas.
- 2.8. **Incongruencia de Género:** Se define como una marcada y persistente incongruencia o falta de correspondencia entre el género experimentado de la persona y el sexo biológico¹⁹. Suele asociarse con el deseo de realizar una transición social, hormonal, quirúrgica u otras intervenciones sanitarias para adecuar el cuerpo al género experimentado.

Este término fue recientemente incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-11 (Código Internacional de Enfermedades, versión 11), que incluyó una lista de **afecciones que probablemente no causen la muerte**, dentro de las cuales se encuentra la discordancia o incongruencia de género en la infancia.

La discordancia de género se incluye en el Capítulo 17 del CIE-11. Este capítulo ha sido formulado para agrupar condiciones relacionadas con la salud sexual y permite la

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

¹⁴ Diamond M. Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different. Clin Child Psychol Psychiatry. 2002;7(3):320-334. doi:10.1177/1359104502007003002.

¹⁵ DSM-V-TR [Internet]. PSISE. Available from: <https://psisemadrid.org/dsm-v-tr/>

¹⁶ DSM-V-TR [Internet]. PSISE. Available from: <https://psisemadrid.org/dsm-v-tr/>

¹⁷ Rubin JD, Atwood S, Olson KR. Studying Gender Diversity. Trends in Cognitive Sciences. 2020 Mar;24(3):163-165. doi: 10.1016/j.tics.2019.12.011

¹⁸ Badía Villaseca C. DSM-5-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : texto revisado. 5ª ed. Buenos Aires [etc: Editorial Médica Panamericana; 2024.

¹⁹ García RR, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019;65-7.

categorización de las condiciones relacionadas con la identidad de género sin estigmatización, manteniendo la clasificación de estas condiciones dentro del sistema de codificación sanitaria, sin que ello implique un pronunciamiento diagnóstico definitivo, para que las intervenciones de salud relacionadas puedan gestionarse administrativamente dentro del sistema de salud ²⁰. Se modificó el Trastorno de identidad de Género en la infancia por Discordancia de género en la infancia, definiéndolo como una incongruencia marcada y persistente entre la experiencia o expresión de género individual y el sexo asignado en infantes prepúberes. Sin embargo, en el año 2018 la identidad de género diversa o la incongruencia de género fue retirada de la CIE-11²¹.

Conviene aclarar que el Código Internacional de Enfermedades tiene como objetivo clasificar las condiciones de salud para fines diagnósticos, estadísticos y administrativos, proponiendo un lenguaje común que permite a los profesionales de la salud compartir información estandarizada en todo el mundo, **mas no es guía diagnóstica**.

2.9. Ruta afirmativa: Es la ruta de atención en salud orientada al reconocimiento y acompañamiento de la identidad de género autopercibida, sin intentar modificarla, en donde se establecen intervenciones en salud mental y física para la transición social o médica que la persona decida emprender²².

2.10. Ruta de afirmación de género a nivel médico: Las Normas de Atención para la Salud de Personas Transgénero y con Diversidad de Género (Standards of Care, Versión 8) de la WPATH describen una ruta de atención afirmativa que contempla intervenciones progresivas de acuerdo con la etapa del desarrollo y la evaluación clínica individual. Esta ruta incluye la utilización de supresores de la pubertad mediante análogos de la GnRH una vez iniciado el estadio de Tanner 2, el inicio de la terapia hormonal de afirmación de género en la adolescencia cuando se cumplen los criterios clínicos establecidos y, en términos generales, la realización de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género en la mayoría de edad, aunque prevé la posibilidad de determinadas intervenciones antes de los 18 años en circunstancias específicas y tras una evaluación multidisciplinaria.²³

2.11. Estadio Tanner 2: El estadio Tanner 2 corresponde a una de las fases de desarrollo sexual que el Doctor James Tanner describió, estableciendo un sistema para categorizar las transformaciones físicas durante la pubertad, denominado como las etapas de Tanner o índices de Tanner.

Este sistema analiza el desarrollo basándose en aspectos sexuales secundarios como el desarrollo de los senos, la aparición o desarrollo de vello púbico y el incremento en la longitud de los genitales. De forma específica la Etapa Tanner 2 hace referencia a los primeros cambios físicos notables debido al aumento en la producción de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona).

Esta etapa es un indicador clave de inicio clínicamente reconocible de la pubertad. Es una activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG), lo que aumenta la secreción de gonadotropinas (LH y FSH) y finalmente un incremento en la producción de hormonas sexuales producidas en las gónadas, principalmente estrógenos en las niñas y testosterona en los niños. Cabe aclarar que la pubertad es el momento en el que se evidencia

²⁰ García RR, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019;65-7.

²¹ Sánchez Sánchez, Teresa. "Sexo y género: una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica." Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 40.138 (2020): 87-114.

²² Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-s259.

²³ Coleman, E., A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, et al. 2022. "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8." International Journal of Transgender Health 23 (sup1): S1-259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644.

clínicamente la acción y efecto de las hormonas sexuales.

La edad típica de aparición en las niñas (mujeres), el estadio Tanner 2 suele aparecer entre los **8 y 13 años** y en los niños (varones) típicamente aparece entre los **9 y 14 años**. Esta fase brinda a médicos, educadores y padres la posibilidad de determinar si el crecimiento sexual y físico del adolescente se encuentra en los límites normales o si existen señales de pubertad temprana o tardía que podrían necesitar intervención médica²⁴.

- 2.12. Bloqueadores de Pubertad:** Son medicamentos que se utilizan para retrasar temporalmente la progresión puberal. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales²⁵. Su indicación de uso durante la infancia es principalmente el tratamiento de la pubertad precoz, con el fin de retrasar la aparición de caracteres sexuales secundarios (desarrollo de senos, menstruación, crecimiento de vello facial y cambio de voz)²⁶.
- 2.13. Tratamiento Hormonal de Afirmación de Género:** Medicamentos que tienen como fin inducir características sexuales secundarias acordes con el objetivo terapéutico de afirmación de género, mediante la administración de estrógenos, testosterona u otros agentes hormonales, según el tipo de transición y el objetivo clínico establecido²⁷.
- 2.14. Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género según la WPATH:** Este tipo de procedimiento tiene como fin modificar características corporales para favorecer la concordancia con la identidad de género de la persona. Según la WPATH, en su versión más actualizada —los Standards of Care, versión 8—, si bien se recomienda realizar la cirugía de afirmación de género después de los 18 años, se contemplan casos excepcionales en los que podría realizarse antes de esa edad.

Consideraciones de conceptos y términos

El término Disforia de Género continúa vigente en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR, 2022) y constituye un diagnóstico clínico definido por el malestar clínicamente significativo asociado a la incongruencia entre el género experimentado y el sexo biológico, como ya se mencionó en las definiciones. Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) adoptó el término Incongruencia de Género y lo ubicó fuera del capítulo de trastornos mentales. Pese a estas diferencias terminológicas, muchos de los documentos e información científica disponible fueron desarrollados y fundamentados en el diagnóstico de disforia de género o diagnósticos equivalentes. Esto se debe a que, por sugerencia de la WPATH en sus versiones iniciales, el criterio diagnóstico fue requisito para llevar a cabo tratamientos de afirmación de género²⁸. Por tal razón, diversos estudios médico-científicos sobre las posibles relaciones causales, los trastornos asociados, la eficacia de los supresores de la pubertad, los tratamientos hormonales y las cirugías de afirmación de género tienen como base este diagnóstico o diagnósticos equivalentes.

²⁴ Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*. 1969 Jun;44(235):291-303. doi: 10.1136/adc.44.235.291. PMID: 5785179; PMCID: PMC2020314.

²⁵ Saleh FL, Taylor HS. Clinical applications of gonadotropin-releasing hormone analogues: a broad impact on reproductive medicine. *F S Rep*. 2023;4(2 Suppl):83-7.

²⁶ Yang EH, Jo HY, Park SJ, Yoo HW, Choi SH, Kim HY, et al. Effect of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment on near final height in girls with central precocious puberty and early puberty. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2023;28(1):49-53.

²⁷ López, Gilberto Pérez. "Identidad de género: Conceptos actuales y tratamiento hormonal de afirmación de género." *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 70 (2023): 27-37.

²⁸ Cross, Alexander. "The WPATH Standards of Care: Their History and Importance in Advocating for Transgender Health." (2023)

En consecuencia, para efectos de la presente exposición de motivos, las referencias a disforia de género o incongruencia de género tienen una finalidad descriptiva y metodológica, en cuanto permiten comprender adecuadamente las poblaciones estudiadas y el contexto en el que fue producida la evidencia científica analizada. **La discusión planteada en este proyecto de ley no se centra en la clasificación diagnóstica empleada, sino en la evaluación de la evidencia disponible sobre los beneficios, riesgos y efectos a largo plazo de las intervenciones médicas realizadas en niños, niñas y adolescentes.**

Es inminente precisar que, aunque el término de Disforia de Género se encuentra vigente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición más actualizada (DSM-5-TR) del año 2022, por directrices de la ONU y la WPATH-Versión 8, a nivel internacional hay una marcada tendencia de omitir el criterio diagnóstico consignado en el DSM-5-TR, en aras de no “discriminar” a la población transexual o de género diverso, con el fin de brindarles, sin que exista consenso sobre la suficiencia de la evidencia disponible, los tratamientos médicos de afirmación de género, enfatizándose primordialmente en los niños, niñas y adolescentes²⁹.

Por lo tanto, la tendencia hacia la despatologización de la disforia de género ha favorecido modelos de atención centrados en la afirmación de la identidad de género. Diversos autores han señalado que este enfoque puede reducir el énfasis en una formulación clínica integral, que incluya la evaluación de factores asociados, del neurodesarrollo, y de otras condiciones coexistentes, lo que ha motivado recomendaciones para fortalecer las valoraciones multidisciplinarias en niños, niñas y adolescentes³⁰.

Posibles relaciones causales y trastornos asociados a la Disforia de Género

La disforia de género, o incongruencia de género, es una condición de salud mental cuya evaluación clínica requiere un abordaje integral que permita identificar posibles relaciones causales y trastornos asociados. No obstante, algunos autores han señalado que determinados modelos de atención afirmativa priorizan la afirmación de la identidad de género, lo que podría reducir el énfasis en la exploración sistemática de comorbilidades psiquiátricas, trastornos del neurodesarrollo, antecedentes de la DG y otros factores que pueden influir en la aparición o persistencia de la sintomatología. En consecuencia, una valoración clínica exhaustiva es fundamental para garantizar un diagnóstico diferencial adecuado y un plan terapéutico individualizado.

a. Posibles relaciones causales

- Experiencias traumáticas

Varios estudios constatan la existencia de posibles relaciones causales para que se desarrollen los síntomas de la disforia de género, entre ellas se encuentran las experiencias traumáticas y problemas de salud mental³¹. Littman, en un estudio de encuesta retrospectiva con muestra autoseleccionada de personas que interrumpieron su transición, reclutadas a través de foros y comunidades en línea —lo que limita la posibilidad de generalizar sus resultados—, reportó en el año 2021 que el (58%) de las personas que tuvieron disforia de género tenían antecedentes de experiencias traumáticas o de trastorno afectivo³², siendo corroborado por otros estudios³³. En ese mismo estudio se indagó la razón por la cual varias personas decidieron detransicionar, y se halló que el (60%) (45 mujeres y 15 hombres) lo hicieron porque se sentían mejor identificándose con su sexo biológico; el (49%), porque fueron conscientes de las complicaciones médicas que subyacen a los tratamientos; el (38%), porque se dieron cuenta de que la disforia de género estaba asociada a un abuso, trauma o problema de salud

²⁹ Madrigal-Borlitz V. Prácticas de las llamadas “terapias de conversión.” ONU : Consejo de derechos humanos ; 2020 Jul. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/108/71/pdf/g2010871.pdf>

³⁰ Spencer J, D'Angelo R, Clarke P. Formulation concepts in the care of children and adolescents identifying as transgender or gender diverse. *Australas Psychiatry*. 2026 Apr;34(2):118-121. doi: 10.1177/10398562251362739. Epub 2025 Aug 2. PMID: 40751456; PMCID: PMC13062461.

³¹ D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care. *Australasian Psychiatry*. 2018;26(5):460-463.

³² Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav*. 2021;50(8):3353-3369. doi:10.1007/s10508-021-02163-w

³³ Biedermann SV, Asmuth J, Schröder J, Briken P, Auer MK, Fuss J. Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *J Psychiatr Res*. 2021 Sep;141:318-324. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.016. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34304035.

mental; el (42%), porque los tratamientos médicos para la disforia de género no mejoraron sus síntomas relacionados con su salud mental; el (33%), porque vivieron de manera egodistónica los cambios físicos que produjo la transición; y el (34%), porque sus síntomas mentales se agudizaron con los tratamientos para la disforia de género.

Siguiendo la misma línea, un estudio llevado a cabo por Craig SL y colaboradores en el año 2020, con una muestra poblacional de 3.508 adolescentes que oscilaban entre los 14-18 años pertenecientes a la comunidad LGBTQ+, reportó que el (58%) había sufrido negligencia emocional en la infancia; el (56%) padeció abuso emocional; y el (51%) convivió con un familiar que tenía problemas de salud mental. El mismo estudio concluye que el (43%) de los adolescentes estuvo expuesto a situaciones traumáticas en la infancia, las cuales generaron un alto impacto en su salud mental³⁴.

- Influencia social

Por otro lado, el aumento observado en la solicitud de tratamientos médicos de afirmación de género en menores de edad responde a diferentes factores, entre ellos: el fácil acceso a este tipo de tratamientos, la influencia de las redes sociales, la opinión pública y una mayor aceptación social³⁵. En esta misma línea argumental, un estudio llevado a cabo por Fernández Rodríguez y colaboradores en España en el año 2022 reportó que el (44,4%) de los menores de edad con disforia de género pertenecían o tuvieron contacto con los grupos LGBTI; y el (39,7%) afirmó que las redes sociales tuvieron un papel importante para decidir iniciar los tratamientos médicos de afirmación de género³⁶.

- Cambios ocasionados por la pubertad

La pubertad constituye una etapa del desarrollo caracterizada por importantes transformaciones físicas, hormonales y psicológicas que pueden generar dificultades en la adaptación a los cambios corporales y afectar la percepción de la propia imagen corporal. Durante este periodo, tanto los hombres como las mujeres adolescentes pueden experimentar inseguridad, comparación social y preocupación por la apariencia física, especialmente cuando existe una discrepancia entre los cambios corporales propios y los ideales corporales sociales³⁷.

En un estudio longitudinal realizado por Tarif et al. (2025), con una muestra de 6.644 adolescentes pertenecientes a la cohorte británica Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC), se evaluó la relación entre el momento de la maduración puberal, la insatisfacción corporal y la autoimagen. Los autores hallaron que la maduración puberal se asociaba con diferencias significativas en la percepción corporal durante la adolescencia, observando que los cambios físicos propios de esta etapa pueden influir en la forma en que los jóvenes valoran su apariencia.

De igual manera, un estudio llevado a cabo por McLean y Colaboradores (2020) evaluó una muestra de 735 adolescentes (367 hombres y 368 mujeres), encontrando que el 37,9 % de los varones y el 20,7 % de las mujeres presentaban insatisfacción corporal moderada, mientras que la insatisfacción corporal clínicamente significativa estuvo presente en el 6,8 % de los hombres y el 19,6 % de las mujeres³⁸. De manera consistente, Voelker et al. (2019) señalaron que la adolescencia temprana representa un periodo crítico para la aparición de insatisfacción corporal debido a la interacción entre maduración puberal, comparación social y presión por cumplir determinados ideales físicos³⁹.

En algunos adolescentes con incongruencia o disforia de género, la percepción negativa del propio cuerpo puede estar relacionada con el malestar experimentado frente a determinadas características

³⁴ Craig SL, Austin A, Levenson J, et al. Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child Abuse and Neglect*. 2020;107:104623. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104623

³⁵ Monedero M del R. Disforia de género en menores. (Tesis de grado de medicina). Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019.

³⁶ 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.

³⁷ Güemes-Hidalgo, M., M. Ceñal, and M. Hidalgo. "Pubertad y adolescencia." *Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia* 5.1 (2017): 7-22.

³⁸ McLean SA, Jarman HK, Rodgers RF. How do adolescents experience body dissatisfaction? A systematic review of qualitative studies. *Body Image*. 2020;34:116-126. doi:10.1016/j.bodyim.2020.04.002.

³⁹ Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2019;10:1-12.

sexuales secundarias, asociadas con la pubertad. **Marchiano (2017)** planteó que, en un subgrupo de adolescentes con aparición tardía de disforia de género, podrían coexistir factores como dificultades con la imagen corporal, malestar psicológico, influencia del grupo de pares y exposición a comunidades digitales⁴⁰. En este mismo sentido, **Romito y Colaboradores (2021)**, mediante entrevistas semiestructuradas a adolescentes transgénero de entre 16 y 20 años, encontraron que todos los participantes reportaron al menos una conducta dirigida a modificar su peso o apariencia corporal, identificando que la insatisfacción corporal estaba relacionada tanto con factores específicos asociados al género como con procesos generales del desarrollo adolescente⁴¹.

b. Trastornos asociados

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 asociadas⁴². Por el contrario, algunos estudios reportan un aumento de síntomas afectivos⁴³; otros han documentado que los adolescentes con disforia de género presentan, en comparación con sus pares, mayores tasas de afectación del bienestar psicológico, incluyendo síntomas de depresión, ansiedad^{44,45}, autolesiones e ideación o conductas suicidas^{46,47}.

Asimismo, se ha evidenciado una **asociación y alta prevalencia de la disforia de género con los trastornos psicopatológicos⁴⁸, como el trastorno de la conducta alimentaria⁴⁹, el trastorno de la personalidad, los trastornos afectivos, los trastornos psicóticos, y los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas⁵⁰**. 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 psicopatológicos⁵¹.

Siguiendo esta misma línea argumental, un estudio realizado por Lipson y colaboradores en el año 2019, con una muestra poblacional total de 65.213 estudiantes, de los cuales 1.237 formaban parte de la población transgénero, de 71 campus universitarios de EE. UU., halló que el (78%) de los estudiantes transgénero presentaban problemas de salud mental como el trastorno de depresión, el trastorno de ansiedad, el trastorno de la conducta alimentaria, autolesiones y tendencia a la conducta suicida, en comparación con los estudiantes cisgénero; los autores reportaron que la población transgénero tiene 4,3 veces mayor probabilidad de padecer un problema de salud mental⁵².

⁴⁰ Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychol Perspect*. 2017;60(3):345-366. doi:10.1080/00332925.2017.1350804

⁴¹ Romito M, Salk RH, Roberts SR, Thoma BC, Levine MD, Choukas-Bradley S. Exploring transgender adolescents' body image concerns and disordered eating: Semi-structured interviews with nine gender minority youth. *Body Image*. 2021;37:50-62. doi:10.1016/j.bodyim.2021.01.008.

⁴² Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, et al. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*. 2022;5(2):e220978

⁴³ Guerrero-Fernández J, Barrera-Bonis AC, González-Casado I. Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica. *Rev Española Endocrinol Pedriátrica*. 2015;6(S2):45-51.

⁴⁴ Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *Anales de Pedriatria*. 2022;96(4):349.e1-.e11.

⁴⁵ Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, 2nd, Johnson CC, Joseph CL. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-95.

⁴⁶ Anderssen N, Sivertsen B, Lønning KJ, Malterud K. Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*. 2020;20(1):138.

⁴⁷ di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145-52.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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>

⁵⁰ Ocampo-Sema 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

⁵¹ 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>

⁵² Lipson, Sarah Ketchen, et al. "Gender minority mental health in the US: Results of a national survey on college campuses." *American journal of preventive medicine* 57.3 (2019): 293-301.

Liu et al. (2019) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó **51 estudios empíricos (54 muestras independientes)**, con una población acumulada superior a **282.000 participantes**, con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores asociados a las autolesiones no suicidas en personas pertenecientes a minorías sexuales y de género. Los autores encontraron que la prevalencia de autolesiones durante la vida alcanzó el **46,65 % en población transgénero**, cifra superior a la observada en minorías sexuales (29,68 %) y en población heterosexual/cisgénero (14,57 %) ⁵³.

Estos resultados evidencian la elevada presencia de dificultades en materia de salud mental en esta población y la necesidad de que las alteraciones psicopatológicas asociadas sean identificadas y tratadas de manera oportuna junto con la disforia de género.

3. FUNDAMENTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS

3.1. Marco teórico del problema de salud pública: Epidemiología De Población Transgénero En Colombia.

La caracterización epidemiológica de la población transgénero en Colombia presenta importantes limitaciones debido a la escasez de estudios poblacionales, la heterogeneidad de las definiciones utilizadas y la ausencia de sistemas de vigilancia específicos. Estas limitaciones son aún más evidentes en la población infantil y adolescente, para la que no existen datos nacionales que permitan establecer con precisión la incidencia o prevalencia de la disforia de género, la incongruencia de género o la demanda de intervenciones de afirmación de género.

A nivel internacional, una revisión sistemática publicada en 2022⁵⁴ sobre disforia de género en adolescentes encontró que la evidencia disponible es insuficiente para determinar la prevalencia de esta condición, debido a la falta de estudios poblacionales representativos, el solapamiento de muestras y el predominio de estudios observacionales realizados en centros especializados. Sin embargo, los autores documentaron un aumento en la frecuencia de consultas relacionadas con identidad de género y cambios en las características demográficas de los pacientes atendidos.

En Colombia la información también es limitada. Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, durante el período agosto de 2023 a julio de 2024 se estimó una población de aproximadamente 487.000 personas LGBT, equivalente al 1,3% de la población adulta del país. No obstante, esta encuesta no discrimina la identidad de género dentro del colectivo LGBT, por lo que no permite determinar el número específico de personas transgénero. ⁵⁵

⁵³ Liu RT, Sheehan AE, Walsh RFL, Sanzari CM, Cheek SM, Hernandez EM. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2019 Dec;74:101783. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101783. Epub 2019 Nov 9. PMID: 31734440; PMCID: PMC6896220.

⁵⁴ Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sæmford, A., & Gillberg, C. (2022). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. *PLOS Glob Public Health*, 2(3), e0000245. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245>

⁵⁵ DANE. Mercado laboral de la población LGBT
Año móvil agosto 2023 - julio 2024. 2024.

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

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

Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018.

Nota: se incluyen únicamente a las personas de 18 años o más.

Por su parte, ONUSIDA, a través de su publicación interactiva *Atlas de Poblaciones Clave*, estimó para el año 2023 una población transgénero de aproximadamente 22.900 personas en Colombia (UNAIDS, 2025). Asimismo, el Registro Voluntario para la Visibilidad de la Diversidad Sexual y de Género en Colombia reportó que, de 6.541 registros válidos recopilados en 2022, el 2,1% correspondía a mujeres trans y personas transfemeninas, mientras que el 1,7% se identificó como hombres trans y personas transmasculinas (8). Sin embargo, debido al carácter voluntario de este registro, sus resultados no pueden considerarse representativos de la población nacional.

La literatura internacional muestra una amplia variabilidad en las estimaciones de prevalencia. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en la *European Psychiatry* reportó una prevalencia global de transexualismo de 4,6 por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia estimada de 6,8 por 100.000 para mujeres trans y de 2,6 por 100.000 para hombres trans (6). Los autores concluyeron que la prevalencia reportada ha mostrado una tendencia creciente en las últimas décadas. Estudios posteriores realizados en centros especializados han documentado cifras superiores y un incremento sostenido en la demanda de servicios relacionados con identidad de género (10), cifras que, como se señaló, deben interpretarse con cautela, dadas las limitaciones metodológicas ya expuestas (heterogeneidad de definiciones, ausencia de estudios poblacionales representativos y predominio de muestras clínicas no generalizables).

Es importante señalar que estas cifras no son directamente comparables entre sí, ya que provienen de fuentes que utilizan definiciones, metodologías y poblaciones de referencia diferentes. Mientras algunas estimaciones cuantifican personas que se identifican como transgénero, otras se refieren a personas con diagnósticos clínicos específicos, como transexualismo o disforia de género, y otras agrupan a toda la población LGBT sin distinguir la identidad de género. En consecuencia, las diferencias observadas entre los estudios pueden reflejar variaciones metodológicas y conceptuales, además de posibles cambios reales en la frecuencia del fenómeno.

En consecuencia, la evidencia disponible indica que persisten importantes vacíos de información epidemiológica sobre la población transgénero en Colombia, especialmente en niños, niñas y adolescentes. Esta limitación dificulta la estimación precisa de la magnitud del fenómeno, la identificación de necesidades asistenciales y la evaluación de los resultados de las políticas públicas y de las intervenciones sanitarias dirigidas a esta población. La ausencia de datos poblacionales robustos constituye, por sí misma, una limitación relevante para la formulación de intervenciones de salud pública basadas en evidencia.

3.2. Calidad de la evidencia científica sobre bloqueadores hormonales en menores de edad con disforia de género

Actualmente la medicina se ejerce con el parámetro de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), la

cual se fundamenta en disponer de la mejor evidencia científica disponible, sumada a la experiencia clínica y la autonomía del paciente frente a su tratamiento. **Esto es particularmente relevante en la población pediátrica o menor de edad ya que se considera población vulnerable que es inherente a su grupo de edad y a la obligación ética de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos en cualquiera que sea la intervención médica que se realice.**

En este sentido fue necesario revisar crítica y comparativamente los diferentes aportes nacionales e internacionales frente a esta situación clínica. Se incluyeron documentos científicos, bioéticos, institucionales y regulatorios. Cada documento fue clasificado según su naturaleza documental (revisión sistemática, metaanálisis, estudio observacional, guía clínica, evaluación de tecnología sanitaria, informe regulatorio, declaración institucional, entre otros) y evaluado de acuerdo con estándares metodológicos apropiados para su diseño.

La calidad de la evidencia se valoró mediante criterios GRADE cuando resultó aplicable. En los documentos regulatorios, gubernamentales o institucionales se realizó una evaluación narrativa crítica orientada a identificar el fundamento científico de sus recomendaciones.

Además de los aspectos metodológicos tradicionales, se analizaron los dominios de evidencia abordados por cada documento (eficacia, seguridad, salud mental, neurodesarrollo, fertilidad, ética, implementación de servicios, entre otros), así como su posición frente a las intervenciones evaluadas, la relevancia para la toma de decisiones sanitarias y la aplicabilidad al contexto colombiano.

Finalmente, se realizó una síntesis comparativa orientada a la formulación de política pública, identificando áreas de consenso, incertidumbres persistentes, vacíos de conocimiento, implicaciones regulatorias y potencial impacto clínico, ético, jurídico, social y presupuestal de las diferentes alternativas de intervención.

3.2.1. Incertidumbre científica sobre los beneficios y riesgos de las intervenciones médicas de afirmación de género

En Colombia, la atención médica relacionada con la disforia o incongruencia de género se encuentra orientada por la "Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans" publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2025.

Dicha guía contempla intervenciones médicas como los bloqueadores de la pubertad, los tratamientos hormonales y otros procedimientos asociados a la denominada afirmación de género. Sin embargo, el propio documento reconoce la existencia de incertidumbres relevantes respecto de los beneficios clínicos, los riesgos y los efectos a largo plazo de estas intervenciones tanto en población pediátrica como en población adulta.

La guía señala limitaciones importantes en la evidencia disponible, reconoce que algunos desenlaces relevantes presentan evidencia de baja o muy baja certeza y advierte la necesidad de seguimiento clínico prolongado para evaluar adecuadamente los resultados de estas intervenciones. Asimismo, reconoce que los efectos a largo plazo sobre diversos aspectos de la salud continúan siendo objeto de investigación.

Estas circunstancias adquieren especial relevancia cuando las intervenciones se realizan en niños, niñas y adolescentes, población respecto de la cual el ordenamiento jurídico exige estándares reforzados de protección y seguridad clínica.

3.2.2. Utilización de medicamentos fuera de indicación autorizada (*off-label*)

Los medicamentos empleados para la supresión puberal y los tratamientos hormonales utilizados en menores de edad con disforia o incongruencia de género no cuentan en Colombia con autorización específica por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para esta indicación.

En consecuencia, su utilización corresponde a una prescripción fuera de indicación autorizada (*off-label*), situación que también ha sido reconocida en otras jurisdicciones.

La práctica médica admite el uso excepcional de medicamentos fuera de indicación cuando exista suficiente respaldo científico sobre su seguridad y eficacia, exista una justificación clínica adecuada, se garantice el consentimiento informado y se realice un seguimiento estricto del paciente. Estas exigencias adquieren una importancia aún mayor cuando la intervención se realiza en poblaciones vulnerables como los niños, niñas y adolescentes.

No obstante, en el caso de los bloqueadores de la pubertad y de los tratamientos hormonales utilizados para la disforia o incongruencia de género, persisten incertidumbres relevantes respecto de sus beneficios clínicos, seguridad y efectos a largo plazo, especialmente en población pediátrica.

3.2.3. Intervenciones realizadas durante etapas críticas del desarrollo

La ruta de atención actualmente contemplada en Colombia permite considerar la utilización de bloqueadores de la pubertad desde etapas tempranas del desarrollo puberal, particularmente a partir del estadio Tanner II, momento en el cual se inicia la activación clínica del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y comienzan importantes procesos de maduración biológica, endocrina, reproductiva y neuropsicológica.

Las decisiones terapéuticas adoptadas durante estas etapas pueden tener consecuencias relevantes sobre procesos fisiológicos que aún se encuentran en desarrollo. Por esta razón, cualquier intervención médica que modifique dichos procesos debe estar sustentada en evidencia científica robusta que permita establecer con suficiente certeza la relación entre sus beneficios potenciales y sus riesgos previsibles.

Adicionalmente, el marco regulatorio colombiano reconoce la participación progresiva de los adolescentes en la toma de decisiones sobre su salud. Sin embargo, tratándose de intervenciones con posibles efectos permanentes o de difícil reversión y respecto de las cuales subsisten incertidumbres científicas relevantes, surge la necesidad de aplicar estándares reforzados de protección acordes con el interés superior del menor.

3.2.4. Aplicación del principio de precaución

El principio de precaución constituye un criterio ampliamente reconocido en salud pública y en bioética para la adopción de medidas de protección cuando existe incertidumbre científica respecto de los riesgos de una intervención y la posibilidad de daños graves o irreversibles.

En el caso de los bloqueadores de la pubertad y de los tratamientos hormonales utilizados en menores de edad con disforia o incongruencia de género concurren varios elementos relevantes: (i) la existencia de incertidumbres reconocidas por la propia evidencia científica disponible; (ii) la utilización de medicamentos fuera de las indicaciones específicamente autorizadas para esta condición; (iii) la posibilidad de efectos permanentes sobre procesos biológicos en desarrollo; y (iv) la especial condición de vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes.

En consecuencia, mientras no exista evidencia científica suficiente que permita establecer de manera clara y consistente la seguridad, eficacia y efectividad clínica de estas intervenciones en población pediátrica, resulta procedente adoptar medidas de protección orientadas a salvaguardar la salud, el desarrollo y el interés superior de los menores de edad.

3.2.5. Otras tecnologías en salud diferentes de los medicamentos usados en la ruta afirmativa

Por otro lado, se encuentran los procedimientos en salud necesarios para la ejecución de la ruta de atención que incluye los tratamientos objeto de esta ley, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

Consultas
Terapias
Procedimientos quirúrgicos
Ayudas diagnósticas - laboratorios / paraclínicos

El listado completo de códigos CUPS correspondientes a las consultas, terapias, procedimientos

quirúrgicos y ayudas diagnósticas asociados a la ruta afirmativa se incluye como Anexo 2 de esta exposición de motivos.

Los procedimientos quirúrgicos y prescripción de medicamentos para tratar la disforia o incongruencia de género no cuentan con suficiente evidencia científica para tratar la condición de disforia o incongruencia de género, ya que no hay suficiencia de estudios para afirmar seguridad, eficacia o beneficio para los pacientes, lo que los clasifica como tecnologías emergentes, experimentales o no probadas. En Colombia estas tecnologías anteriormente descritas no cuentan con un proceso formal de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) que incluye aspectos como eficacia, seguridad, costo-efectividad e impacto en la equidad y acceso a la atención, para la condición de disforia o incongruencia de género. Por lo tanto, al tratarse de tecnologías emergentes en menores de edad se requiere de ensayos clínicos controlados antes de ser aprobados para su uso en la condición de disforia o incongruencia de género.

3.5. Síntesis del contexto internacional

Pais	Instrumento y fecha	Contenido esencial
Argentina	Decreto 62/2025 (6 feb. 2025)	Prohibición total de los tres tratamientos en menores de 18 años; modificó el artículo 11 de la Ley 26.743, que antes los permitía sin autorización judicial o administrativa. ⁵⁶
Brasil	Resolución CFM 2.427/2025 (8 abr. 2025)	Prohíbe bloqueadores de la pubertad; hormonización cruzada y cirugías de afirmación en menores de 18 años; excluye casos de pubertad precoz u otras condiciones endocrinas reconocidas. ⁵⁷
Canadá	Orden Ministerial 31 de 2025, Alberta (9 sep. 2025)	Prohíbe recetar terapias hormonales a menores con el fin de tratar la disforia o la incongruencia de género con algunas excepciones en la provincia de Alberta. ⁵⁸
Costa Rica	Proyecto de Ley 24.628 (en trámite)	Busca modificar la Ley General de Salud 5.395 de 1973 para prohibir los tres tratamientos en menores de edad, con excepción de intervenciones médicas no relacionadas con la identidad de género. ⁵⁹
Perú	Proyecto de Ley 12285-2025-CR (3 sep. 2025, en trámite)	Busca prohibir la prescripción, administración, venta o financiamiento de bloqueadores de la pubertad y hormonización cruzada, así como las cirugías de afirmación, en menores de edad. ⁶⁰
Puerto Rico	Ley 63 de 2025 (16 jul. 2025)	Prohíbe intervenciones quirúrgicas y tratamientos con bloqueadores de la pubertad u hormonas sexuales en menores de edad bajo el pretexto de una transición de género, al considerarlos contrarios al interés superior del menor. ⁶¹
Australia	Dirección Ministerial QH-MD-002, Queensland (28 oct. 2025)	Prohíbe los bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada para la disforia de género en menores en el estado de Queensland; a nivel nacional

⁵⁶ Presidente de la Nación Argentina, Decreto 62 de 2025, Boletín Oficial del Gobierno de Argentina, 6 de febrero de 2025. Consultado el 8 de julio de 2026; disponible en: [BOLETIN OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA - PODER EJECUTIVO - Decreto 62/2025](#)

⁵⁷ Consejo Federal de Medicina de Brasil, Resolución CFM No. 2427 de 2025, Diário Oficial de la Unión, 8 de abril de 2025. Consultado el 8 de julio de 2026, disponible en: [RESOLUÇÃO CFM Nº 2.427, DE 8 DE ABRIL DE 2025 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.427, DE 8 DE ABRIL DE 2025 - DOU - Imprensa Nacional](#)

⁵⁸ Alberta, Primary and Preventative Health Services, Ministerial Order 31/2025: Exceptions for hormone therapy to minors under the Health Professions Act. Alberta King's Printer, 8 de septiembre de 2025. Consultado el 24 de julio de 2026, disponible en: [Orden Ministerial 31/2025 \[Servicios de Salud Primaria y Preventiva\] - Gobierno Abierto](#)

⁵⁹ Bojorges, L., Proyecto de Ley "LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD: PROHIBICIÓN DE CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS HORMONALES DE CAMBIO DE GÉNERO", Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2024, Consultado el 8 de julio de 2026, disponible en: [24628.pdf](#)

⁶⁰ Jáuregui de Aguayo, M., Proponen prohibir terapias de reasignación de sexo en menores de edad, Comunicaciones del Congreso de la República del Perú, 3 de septiembre de 2025. Consultado el 8 de julio de 2026, disponible en: [Proponen prohibir terapias de reasignación de sexo en menores de edad - Comunicaciones » Comunicaciones](#)

⁶¹ Puerto Rico, Ley Núm. 63 de 2025: Ley para la protección de la salud y el bienestar de los menores de edad en Puerto Rico, LexJuris, 16 de julio de 2025. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Ley Núm. 63 de 2025 Ley para la protección de la salud y el bienestar de los menores de edad en Puerto Rico. LexJuris de Puerto Rico](#)

		el NHMRC revisa las guías de tratamiento. ⁶²
Nueva Zelanda	Medicines Amendment Regulations 2025 (vigente desde el 19 dic. 2025)	Restringe la prescripción de bloqueadores de la pubertad (análogos de gonadotropina) para la disforia e incongruencia de género en menores de edad. ⁶³
Singapur	Circular MOH n.º 44/2026 (5 may. 2026)	Prohíbe los tratamientos hormonales y quirúrgicos para la disforia de género en menores de 18 años; en mayores de edad solo se permiten en circunstancias excepcionales con acuerdo multidisciplinar. ⁶⁴
Finlandia	Guías PALKO/COHERE (2020, actualizadas dic. 2024)	Privilegian el apoyo psicosocial y la psicoterapia como primera línea de tratamiento, y califican los tratamientos hormonales en menores como experimentales, exigiendo mucha precaución. ⁶⁵
Suecia	Guías Socialstyrelsen (22 feb. 2022)	Concluye que los riesgos de los bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada superan los beneficios para el grupo en conjunto; recomienda limitarlos a protocolos de investigación. ⁶⁶
Noruega	Informe UKOM (marzo 2023)	Recomienda definir los tratamientos de bloqueadores, hormonización cruzada y cirugías de afirmación como experimentales para la disforia de género en adolescentes, ante la evidencia insuficiente. ⁶⁷
Dinamarca	Ugeskrift for Læger (3 jul. 2023)	Sin norma expresa; la asociación médica confirmó un giro hacia el apoyo terapéutico y la evaluación psicológica, reservando la terapia hormonal a menos personas bajo un enfoque cauteloso. ⁶⁸
Francia	Comunicado Academia Nacional de Medicina (25 feb. 2022)	Sin norma expresa; exige extrema precaución y apoyo psicológico prolongado antes de considerar tratamientos hormonales en menores, dados sus efectos secundarios irreversibles. ⁶⁹
Alemania	Resolución IC-48, Asamblea Médica (10 may. 2024); guías AWMF (mar. 2025)	Sin norma expresa; llama a limitar los tratamientos a ensayos clínicos controlados, al considerar que la evidencia actual no respalda beneficios clínicos frente a los riesgos irreversibles en menores. ⁷⁰ La guía indica que no deben recomendarse intervenciones modificatorias del cuerpo del menor si no se puede establecer con fiabilidad necesaria la presencia persistente de la disforia o incongruencia de género. ⁷¹

⁶² Queensland Health, *Ministerial Direction – Treatment of gender dysphoria in children and adolescents with hormone therapy (QH-MD-002)*, Government of Queensland, 15 de enero de 2026. Consultado el 8 de julio de 2026, disponible en: [Dirección Ministerial – Tratamiento de la disforia de género en niños y adolescentes con terapia hormonal | Salud de Queensland](#)

⁶³ New Zealand, *Medicines (Restriction on Prescribing Gonadotropin-releasing Hormone Analogues) Amendment Regulations 2025 (SL 2025/256)*, New Zealand Legislation, 17 de noviembre de 2025. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Medicines \(Restriction on Prescribing Gonadotropin-releasing Hormone Analogues\) Amendment Regulations 2025 | New Zealand Legislation](#)

⁶⁴ Ministry of Health, *Supporting youths with gender dysphoria*, Ministry of Health Singapore, 6 de mayo de 2026. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [SUPPORTING YOUTHS WITH GENDER DYSPHORIA | Ministry of Health](#)

⁶⁵ Palveluvalikoimaneuvosto (PALKO), *Recommendation on medical treatment methods for gender dysphoria related to variations in gender identity among minors*, Ministry of Social Affairs and Health (Finland), 2025. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [7f1eabcd-a12f-d984-0a98-d12c728e1143](#)

⁶⁶ Socialstyrelsen, *Recomendaciones actualizadas sobre el tratamiento hormonal para la disforia de género en jóvenes* [Comunicado de prensa], 22 de febrero de 2022. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Recomendaciones actualizadas para la terapia hormonal para la disforia de género en jóvenes - Socialstyrelsen](#)

⁶⁷ Norwegian Healthcare Investigation Board (Ukom), Summary. In Patient safety for children and young people with gender incongruence, 9 de marzo de 2023, párrafos 15 y 17. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Sammendrag - Ukom](#)

⁶⁸ Hansen, M. V., Giraldo, A., Main, K. M., Tingsgård, J. V., & Haahr, M. E. (2023). *Danish healthcare offer for children and adolescents with gender dysphoria*. *Ugeskrift for Læger*, 185, V11220740. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Servicios de salud para niños y jóvenes con molestias de género | Ugeskriftet.dk](#)

⁶⁹ Académie Nationale de Médecine. *La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents* [Medicine and gender transidentity in children and adolescents], 25 de febrero de 2022. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [Medicina e identidad transgénero en niños y adolescentes – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps](#)

⁷⁰ Society for Evidence-Based Gender Medicine, *Bic48: [128th German Medical Congress]*. SEGM, s.f.. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [DEV_DAET - Verwaltung](#)

⁷¹ German Society for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy (DGKJP). *S2k guideline: Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence: Diagnosis and treatment* (Version 1.0; AWMF Registry No. 028-014). AWMF, 2025 Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [Microsoft Word - 20190222_S3Leitlinie_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Trans_1.1](#)

Italia	Declaración Comité Nacional de Bioética (22 nov. 2024); proyecto de ley en trámite	Sin norma expresa; los bloqueadores solo deben usarse tras el fallo de intervenciones en salud mental y dentro de ensayos de investigación con supervisión multidisciplinar continua. ⁷²
Portugal	Reforma a la Ley de Identidad de Género (aprobada 20 mar. 2026, en trámite)	Prohíbe cualquier práctica de mutilación química o física de los órganos sexuales de menores relacionada con la disforia de género, incluidos bloqueadores, hormonas y cirugías de reasignación. ⁷³
Rusia	Ley Federal 386-FZ (24 jul. 2023)	Prohíbe la cirugía y la terapia hormonal de transición de género; excepciona las intervenciones médicas por enfermedades genéticas o anomalías congénitas endocrinas en menores. ⁷⁴

3.5.1. Estados Unidos

El Gobierno de los Estados Unidos profirió, el 28 de enero de 2025, la Orden Ejecutiva 14187, "Protecting Children from Chemical and Surgical Mutilation"⁷⁵, cuyo propósito es que el Estado federal no financie, patrocine, promueva, asista ni apoye la transición de menores de 19 años de un sexo a otro. La Sección 2 de la Orden define como "mutilación química y quirúrgica" los bloqueadores de la pubertad, la hormonización cruzada y los procedimientos quirúrgicos; la Sección 3 ordena a las agencias federales revisar o revocar las políticas que dependan de los "Estándares de Atención versión 8" de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH); y la Sección 4 dispone el retiro de la financiación federal a dichos tratamientos.

La Corte Suprema de los Estados Unidos se pronunció sobre esta materia en el caso *United States v. Skrametti*, decidido el 18 de junio de 2025⁷⁶ al examinar la ley de Tennessee (Senate Bill 1) que restringe estos tratamientos en menores de edad. La Corte desestimó los cargos de discriminación por condición transgénero, señalando que la norma "no excluye a ningún individuo de tratamientos médicos por razón de su condición transgénero, sino que retira un conjunto de diagnósticos —disforia de género, trastorno de identidad de género e incongruencia de género— del catálogo de afecciones tratables" (p. 17). Explicó que la ley divide a los menores en dos grupos —quienes buscan bloqueadores u hormonas para tratar los diagnósticos excluidos, y quienes los buscan para otras condiciones—⁷⁷ y que la ley clasifica con base en el diagnóstico y en el uso médico buscado del tratamiento, no en la condición transgénero de la persona; que ese uso coincida empíricamente con las personas transgénero no configura una exclusión basada en dicha condición⁷⁸ (pp. 17-18). Por ello, la Corte se abstuvo de considerar que la prohibición excluyera a alguna persona con fundamento en su condición transgénero.⁷⁹

Al examinar los fundamentos de la medida, la Corte recogió los hallazgos legislativos de Tennessee según los cuales estos tratamientos, administrados a un menor, "pueden llevar a

⁷² Comitato Nazionale per la Bioetica. *Response to the Ministry of Health's query on the use of triptorelin in cases of gender dysphoria diagnosis*. Presidency of the Council of Ministers, Italy, 22 de noviembre de 2024. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [triptorelina_testo-finale.pdf](#)

⁷³ León, P. Las derechas de Portugal con los ultras aprovechan su dominio para promover el recorte de la ley trans. *El País*, 20 de marzo de 2026. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Las derechas de Portugal con los ultras aprovechan su dominio para promover el recorte de la ley trans | LGTBIQ+ | EL PAÍS](#)

⁷⁴ Russian Federation. (2023, July 24). Federal Law No. 386-FZ on amendments to certain legislative acts of the Russian Federation (Федеральный закон от 24 июля 2023 г. № 386-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»). Rossiyskaya Gazeta, 24 de julio de 2023. Consultado el 8 de julio de 2026, disponible en: [Ley Federal del 24 de julio de 2023 n° 386-FZ "Sobre enmiendas a determinados actos legislativos de la Federación Rusa" - Rossiyskaya Gazeta](#)

⁷⁵ The White House. *Protecting children from chemical and surgical mutilation* [Executive Order], 28 de enero de 2025. Consultado el 8 de julio de 2026, disponible en: [Protecting Children from Chemical and Surgical Mutilation - The White House](#)

⁷⁶ Supreme Court of the United States, *United States v. Skrametti*, No. 23-477, 605 U.S., 18 de junio de 2025, página 17, párrafo 2. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [23-477 United States v. Skrametti \(06/18/2025\)](#)

⁷⁷ Supreme Court of the United States, *United States v. Skrametti*, No. 23-477, 605 U.S., 18 de junio de 2025, página 17, párrafo 2. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [23-477 United States v. Skrametti \(06/18/2025\)](#)

⁷⁸ Supreme Court of the United States, *United States v. Skrametti*, No. 23-477, 605 U.S., 18 de junio de 2025, página 17, párrafo 2 y página 18, párrafo 1. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [23-477 United States v. Skrametti \(06/18/2025\)](#)

⁷⁹ Supreme Court of the United States, *United States v. Skrametti*, No. 23-477, 605 U.S., 18 de junio de 2025, página 18, párrafo 1. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [23-477 United States v. Skrametti \(06/18/2025\)](#)

que el menor quede irreversiblemente estéril, tenga un mayor riesgo de enfermedad, o sufra consecuencias psicológicas adversas y en ocasiones fatales⁸⁰, y que "es probable que todavía no se conozcan plenamente todos los efectos nocivos asociados a este tipo de procedimientos médicos cuando se practican en un menor, pues muchos de ellos, para estos fines, son de naturaleza experimental y no cuentan con el respaldo de estudios médicos de alta calidad y de largo plazo" (p. 21).⁸¹

Es pertinente precisar que la Corte examinó la constitucionalidad de la medida bajo el estándar de escrutinio racional (*rational basis review*), el más deferente del derecho estadounidense. Esto contrasta con el test de proporcionalidad estricto que la jurisprudencia constitucional colombiana aplica 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. Corresponde entonces verificar si la prohibición contenida en este proyecto de ley logra superar ese test estricto. Este precedente de derecho comparado se cita únicamente para ilustrar que otros ordenamientos han admitido medidas similares incluso bajo un estándar de control más deferente; ello no exige de superar de manera independiente, con la evidencia científica y jurídica expuesta en esta exposición de motivos, el test estricto de proporcionalidad que exige el ordenamiento colombiano.

A 19 de mayo de 2026⁸², 27 estados de ese país han prohibido estos tratamientos para menores de edad, lo que refleja un enfoque de mayor precaución frente a estos procedimientos.

3.5.2. Reino Unido

Se prohibió en Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y Gales la venta y el suministro de los tratamientos de bloqueadores de la pubertad con análogos de la gonadotropina (que son bloqueadores de la pubertad) para la disforia o la incongruencia de género en niños y adolescentes menores de 18 años a través del artículo 4 de la Orden 1319 del 12 de diciembre de 2024⁸³, llamada también *The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Restrictions on Private Sales and Supplies) Order 2024*, expedida por el Gobierno con base en las facultades otorgadas por el *Medicine Act* de 1968. Solo se permite la prescripción en ensayos clínicos aleatorios bajo protocolos estrictos de investigación. Los tratamientos en curso antes de iniciar la prohibición inicial no se suspendieron.

Inicialmente se habían prohibido transitoriamente en Inglaterra, Escocia y Gales a través de la Orden 727 de 2024.⁸⁴ Esta fue objeto de un *judicial review*, pero la Sala Administrativa del Tribunal Superior de Inglaterra y Gales se pronunció en sentencia proferida el 29 de julio de 2024⁸⁵ advirtiendo que la prohibición establecida es acorde con el ordenamiento jurídico en aplicación del principio de precaución y para evitar la configuración de los riesgos en la salud de los niños y adolescentes.

La sentencia indicó que cuando un medicamento es autorizado, los riesgos son balanceados y cuantificados en contra de los beneficios, y se adopta una decisión de que los beneficios superan los riesgos. Sin embargo, advirtió que esto no ocurre con los bloqueadores de la

⁸⁰ Supreme Court of the United States, *United States v. Skrametti*, No. 23-477, 605 U.S., 18 de junio de 2025, página 21, párrafo 2. Consultado el 10 de julio de 2026; disponible en: [23-477 United States v. Skrametti \(06/18/2025\)](#)

⁸¹ Supreme Court of the United States, *United States v. Skrametti*, No. 23-477, 605 U.S., 18 de junio de 2025, página 21, párrafo 2. Consultado el 10 de julio de 2026; disponible en: [23-477 United States v. Skrametti \(06/18/2025\)](#)

⁸² Kaiser Family Foundation, *Policy tracker: Youth access to gender affirming care and state policy restrictions*. KFF, 19 de mayo de 2026. Consultado el 10 de julio de 2026; disponible en: [Policy Tracker: Acceso juvenil a cuidados de afirmación de género y restricciones en las políticas estatales | KFF](#)

⁸³ United Kingdom, *The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Restrictions on Private Sales and Supplies) Order 2024* (S.I. 2024/1319), UK Legislation, 11 de diciembre de 2024. Consultado el 9 de julio de 2026; disponible en: [The Medicines \(Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues\) \(Restrictions on Private Sales and Supplies\) Order 2024](#)

⁸⁴ United Kingdom, *The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Emergency Prohibition) (England, Wales and Scotland) Order 2024* (S.I. 2024/727), UK Legislation, 29 de mayo de 2024. Consultado el 9 de julio de 2026; disponible en: [La Orden de Medicamentos \(Análogos de Hormonas Liberadoras de Gonadotropina\) \(Prohibición de Emergencia\) \(Inglaterra, Gales y Escocia\) 2024](#)

⁸⁵ *R (TransActual CIC and another) v Secretary of State for Health and Social Care and another*, EWHC 1936 (Admin). High Court of Justice, King's Bench Division, Administrative Court, 29 de julio de 2024. Consultado el 9 de julio de 2026; disponible en: [Approved Judgment - R\(TransActual CIC and Anor\) v SSHSC and Anor](#)

pubertad como tratamiento para la disforia o la incongruencia de género en niños, niñas y adolescentes, porque son prescritos *off label* o sin autorización para ese fin, como lo advirtió el Informe Cass.⁸⁶

El fallo recalcó que la entidad del Gobierno que profirió la orden señaló que el nivel del riesgo que estaban dispuestas a tolerar en el contexto de la protección de la salud de los niños vulnerables fue bajo, y que las entidades estaban autorizadas para actuar bajo el principio de precaución al realizar sus juicios bajo los numerales 1 y 3 de la Sección 62 del Medicine Act de 1968. En vista de la sentencia, invocar el principio de precaución no contradice ni vacía de contenido este numeral 3, sino que es materia del juicio de los ministros decidir si existe incertidumbre científica.⁸⁷

La sentencia advirtió que, de acuerdo con *The Cass Review* y la revisión sistemática de la University of York, los bloqueadores de la pubertad en menores de 18 años con disforia o incongruencia de género pueden comprometer la densidad mineral ósea, la maduración cerebral y causar consecuencias neuropsicológicas a largo plazo, causar en varones una posible vaginoplastia posterior mucho más difícil, reducir el funcionamiento psicológico, y no reducir el riesgo de suicidio.⁸⁸

Este fallo fue un fundamento para la posterior prohibición permanente a través de la Orden 1319 de 2024 en los 4 países que conforman el Reino Unido.

En este año el National Health Service procedió a restringir las hormonas cruzadas para menores de 18 años con disforia e incongruencia de género, tras una revisión que concluyó que la evidencia disponible no soportaba su uso.⁸⁹

3.6. Experiencias nacionales e internacionales relevantes para la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes

3.6.1. Casos judiciales (decididos o en curso)

3.6.1.1. Laura (Colombia)

Laura es una joven mujer quien señala que a los 15 años la Fundación Valle del Lili le diagnosticó de forma precipitada e irregular la disforia de género – sin considerar las comorbilidades y traumas de la infancia por el abuso sexual experimentado – y a los 15 años en esta clínica le prescribieron testosterona, contrariando las guías médicas que incluso son favorables a estos tratamientos. Luego se le prescribieron bloqueadores de la pubertad. Según la paciente, los tratamientos se hicieron sin consentimiento informado ni una evaluación de los riesgos y las alternativas.⁹⁰

En 2020, afirma, fue inducida por el equipo de esta clínica, se le practicó una cirugía de masculinización de pecho, es decir, le extirparon sus senos. Después decidió detransicionar y enfrenta secuelas físicas.⁹¹

Ella informa que se presentó una vulneración del consentimiento informado, ya que no se le

⁸⁶ *R (TransActual CIC and another) v Secretary of State for Health and Social Care and another*, EWHC 1936 (Admin). High Court of Justice, King's Bench Division, Administrative Court, 29 de julio de 2024, página 43, párrafo 177. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Approved Judgment - R\(TransActual CIC and Anor\) v SSHSC and Anor](#)

⁸⁷ *R (TransActual CIC and another) v Secretary of State for Health and Social Care and another*, EWHC 1936 (Admin). High Court of Justice, King's Bench Division, Administrative Court, 29 de julio de 2024, páginas 44 y 45, párrafo 180. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Approved Judgment - R\(TransActual CIC and Anor\) v SSHSC and Anor](#)

⁸⁸ *R (TransActual CIC and another) v Secretary of State for Health and Social Care and another*, EWHC 1936 (Admin). High Court of Justice, King's Bench Division, Administrative Court, 29 de julio de 2024, páginas 50 y 51. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: [Approved Judgment - R\(TransActual CIC and Anor\) v SSHSC and Anor](#)

⁸⁹ Wise, J. (2026, March 10). *NHS halts cross sex hormone treatment for under 18s*. *The BMJ*, 392, s461, párrafos 1 y 2. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [NHS halts cross sex hormone treatment for under 18s | The BMJ](#)

⁹⁰ Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia, párrafo 6. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Caso Laura | Nueva Democracia](#)

⁹¹ Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia, párrafo 7. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Caso Laura | Nueva Democracia](#)

brindó una información exhaustiva sobre los riesgos irreversibles del tratamiento, tales como la infertilidad.⁹² Además, señala que enfrenta secuelas físicas, como la posible pérdida de su fertilidad, y un impacto psicológico profundo; además, algunos expertos internacionales indicaron que los tratamientos pueden conllevar riesgos a largo plazo, tales como el cáncer, infartos, entre otros.⁹³

Con base en lo anterior, ella decidió presentar una demanda de responsabilidad civil contra la Fundación Valle del Lili, hecho que fue ampliamente difundido por los medios de comunicación.⁹⁴

3.6.1.2. Casos internacionales

Se aclara que los casos no constituyen la razón jurídica del proyecto, sino la evidencia fáctica de que algunos de los riesgos que el Legislador pretende prevenir se pueden materializar y que, por consiguiente, es legítimo y necesario analizar las medidas de protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes contra estos tratamientos.

En ese sentido, la existencia de litigios en múltiples jurisdicciones —tanto en Colombia como en el mundo— en sistemas del *common* y del *civil law*, evidencia que estos tratamientos han dado lugar a controversias jurídicas relevantes sobre los deberes de diligencia médica, error en el diagnóstico, el consentimiento informado, capacidad de los menores, la evaluación psicológica y la posible irreversibilidad de los efectos. Esa circunstancia constituye un elemento que el legislador puede legítimamente valorar al adoptar medidas de protección reforzada de la infancia.

Se sintetiza el contexto así:

Caso	País	Edad al inicio	Tratamientos cuestionados	Principales alegaciones	Estado
Laura	Colombia	15 años	Testosterona, bloqueadores y masculinización torácica	Diagnóstico presuntamente precipitado; falta de evaluación de comorbilidades; consentimiento informado insuficiente; riesgos irreversibles; responsabilidad civil	En curso ⁹⁵
Keira Bell	Reino Unido	16 años	Bloqueadores, hormonización cruzada y mastectomía	Consentimiento informado; capacidad del menor; efectos irreversibles	Judicial review decidido; impulsó la revisión del modelo británico ⁹⁶

⁹² Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia, párrafo 10. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Caso Laura | Nueva Democracia](#)

⁹³ Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia, párrafo 11. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Caso Laura | Nueva Democracia](#)

⁹⁴ Caracol, Polémica por tratamiento de reasignación de género a menor de edad en Cali: esto dice su abogado, Noticias Caracol, 11 de noviembre de 2025, párrafos 3 y 4. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [¿Qué dice abogado por tratamiento de reasignación de género a menor de edad en Cali? - NoticiasCaracol](#)

⁹⁵ Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia, Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Caso Laura | Nueva Democracia](#)

⁹⁶ Bell Keira, Keira Bell: My Story, Persuasion. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: <https://www.persuasion.community/p/keira-bell>

Fox Varian	EE. UU.	16 años	Mastectomía	Error diagnóstico; salud mental; negligencia médica	Sentencia favorable ⁹⁷
Camille Kiefel	EE. UU.	Menor edad	Mastectomía	Consentimiento no informado; telemedicina; salud mental	Acuerdo confidencial ⁹⁸
Soren Aldaco	EE. UU.	Adolescencia	Testosterona y mastectomía	Evaluación psiquiátrica insuficiente; historia clínica	En curso ⁹⁹
Chloe Cole	EE. UU.	13 años	Bloqueadores, testosterona y mastectomía	Consentimiento; presión; comorbilidades	En curso ¹⁰⁰
Prisha Mosley	EE. UU.	Adolescencia	Testosterona y mastectomía	Diagnóstico apresurado; consentimiento; daños permanentes	En curso ¹⁰¹
Isabelle Ayala	EE. UU.	14 años	Testosterona	Fraude; consentimiento; esterilidad y daños	En curso ¹⁰²
Layton Ulery	EE. UU.	20 años	Testosterona	Diagnóstico equivocado; trastornos psiquiátricos	En curso ¹⁰³
Luka Hein	EE. UU.	16 años	Mastectomía	Consentimiento; salud mental	En curso ¹⁰⁴
Jay Langadinos	Australia	19 años	Testosterona, mastectomía e histerectomía	Negligencia; evaluación psiquiátrica insuficiente	En curso ¹⁰⁵

[my-story](#)

⁹⁷ Tudela, J, El caso Fox Varian: condenan por mala praxis a los médicos que autorizaron su transición ignorando su autismo y ansiedad, Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia, 10 de febrero de 2026. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [El caso Fox Varian: condena por mala praxis al autorizar la transición de una menor ignorando su autismo y ansiedad](#)

⁹⁸ Parks, K, Detransitioner wins settlement after suing providers following gender surgery, Fox News, 21 de mayo de 2026. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [Detransitioner settles lawsuit over double mastectomy referral | Fox News](#)

⁹⁹ Osibamowo, T, She sued over her gender transition. Will the Texas Supreme Court decide it's too late?, Kera News, 11 de febrero de 2026. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [She sued over her gender transition. Will the Texas Supreme Court decide it's too late? | KERA News](#)

¹⁰⁰ LegalClarity Team, Chloe Cole vs. Kaiser Permanente: Lawsuit and Trial Status, Legal Clarity, 22 de junio de 2026. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Chloe Cole vs. Kaiser Permanente: Lawsuit and Trial Status - LegalClarity](#)

¹⁰¹ Press Team, Detransitioner Prisha Mosley Takes Landmark Case to Appeals Court, Seeking Justice for Medical Malpractice and Fraud, IndependentWomen, 13 de abril de 2026. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [Detransitioner Prisha Mosley Takes Landmark Case to Appeals Court, Seeking Justice for Medical Malpractice and Fraud | Independent Women](#)

¹⁰² Schlott, R, Detransitioner suing American Academy of Pediatrics: 'I don't want this to happen to other young girls', New York Post, 13 de diciembre de 2023. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [Detransitioner suing American Academy of Pediatrics](#)

¹⁰³ More Detransitioners Sue for Medical Malpractice Fraud, Law and Mediation Offices of Kelly Chang, a Professional Law Corporation, s.f.. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [More Detransitioners Sue for Medical Malpractice Fraud](#)

¹⁰⁴ Wendling, Z, Nebraska woman files lawsuit against UNMC for double mastectomy she received at 16. Nebraska Examiner, 14 de septiembre de 2023. Consultado el 27 de julio de 2026, disponible en: [Mujer de Nebraska presenta una demanda contra la UNMC por mastectomía doble que recibió a los 16 años - Nebraska Examiner](#)

¹⁰⁵ Szego, J, 'Absolutely devastating': woman sues psychiatrist over gender transition, The Sydney Morning Herald, 22 de agosto de 2022. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [Transición de género: Jay Langadinos demanda a un psiquiatra por negligencia profesional](#)

Mel Jefferies	Australia	Juventud	Testosterona y mastectomía	Incapacidad para consentir; salud mental; negligencia	En curso ¹⁰⁶
Susana Domínguez	España	15 años	Hormonas y cirugías	Error diagnóstico; patologías psiquiátricas	En curso ¹⁰⁷
Michelle Zacchigna	Canadá	Adolescencia	Testosterona, mastectomía e histerectomía parcial	Error diagnóstico; alternativas; consentimiento	En curso ¹⁰⁸

3.6.3. Experiencias institucionales de suspensión o cierre de servicios de reasignación de género en menores prestados en clínicas y hospitales

3.6.3.1. Karolinska (Suecia)

El Hospital Universitario Karolinska, en 2021, procedió a suspender el inicio rutinario de tratamientos hormonales para menores con disforia de género, restringiéndolos a protocolos de investigación clínica, al considerar la existencia de una incertidumbre sobre la relación entre beneficios y riesgos – también al detectar un caso con osteopenia grave tras años de tratamiento –, por ende, consideró necesario reforzar las garantías de información, consentimiento y seguimiento.¹⁰⁹ Este hospital advirtió que dentro de los efectos secundarios se superponen las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, la infertilidad, el cáncer y la trombosis. Con posterioridad, las recomendaciones nacionales de Socialstyrelsen adoptaron un enfoque igualmente más restrictivo respecto de estas intervenciones.¹¹⁰

3.6.3.2. Tavistock (Reino Unido)

En el Reino Unido, el National Health Service ordenó el cierre definitivo del Gender Identity Development Service (GIDS) del Tavistock and Portman NHS Foundation Trust —la clínica de identidad de género pediátrica más grande del mundo— tras concluir, con base en la revisión independiente liderada por la doctora Hilary Cass, que el modelo de atención de un único proveedor centralizado “no era una opción segura o viable a largo plazo”.¹¹¹ El GIDS cesó sus operaciones el 31 de marzo de 2024 y fue remplazado por un nuevo modelo regional y multidisciplinario de atención, mientras el NHS dejó de ofrecer de manera rutinaria bloqueadores de la pubertad a menores con disforia de género, al considerar insuficiente la evidencia disponible sobre su seguridad y eficacia a largo plazo.¹¹² Investigaciones periodísticas sobre el funcionamiento de este servicio documentaron testimonios individuales de pacientes que ilustran las fallas señaladas.¹¹³

¹⁰⁶ Team HRLA, ‘No consent’: Melbourne woman sues gender doctors, HRLA Human Rights – Law Alliance, 30 de mayo de 2025. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [HRLA](#)

¹⁰⁷ García, L., Una joven trans arrepentida demanda a la Sanidad española, Derechos y Leyes España, 24 de febrero de 2023. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [Una joven trans arrepentida demanda a la Sanidad española](#)

¹⁰⁸ Canada News News, Ontario detransitioner who had breasts and womb removed to change gender sues doctors, Canada Head Topics, 22 de febrero de 2023. Consultado el 23 de julio de 2026, disponible en: [Ontario detransitioner who had breasts and womb removed to change gender sues doctors | Canada](#)

¹⁰⁹ Karolinska Universitetssjukhuset. (2022, febrero). K2021-10157. Avvikelser och Lex Maria. Párrafos 1 a 3. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [K2021-10157](#)

¹¹⁰ SVT Nyheter. (2021, mayo 6). Karolinska stoppar hormonbehandling av barn med könsdysfori., párrafo 6. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Karolinska detiene el tratamiento hormonal de niños con disforia de género | SVT News](#)

¹¹¹ BBC News: (2022, 28 de julio). NHS to close Tavistock child gender identity clinic. Consultado el 31 de julio de 2026, disponible en: [NHS to close Tavistock child gender identity clinic | BBC News](#)

¹¹² NHS England. (2024, abril 12). NHS England’s response to the final report of the independent review of gender identity services for children and young people, párrafos 5 a 10. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [NHS England » Respuesta de NHS England al informe final de la revisión independiente de los servicios de identidad de género para niños y jóvenes](#)

¹¹³ Entre los testimonios de pacientes recogidos por la periodista Hannah Barnes en su investigación sobre el servicio, se encuentra el caso de un paciente identificado como Jacob, tratado con bloqueadores de la pubertad desde los 12 años, que presentó aumento de peso, depresión, insomnio y fracturas sin mejoría, y no continuó el tratamiento. Ver: Infobae. (2023, 22 de febrero). La periodista británica Hannah Barnes expone los rincones oscuros de una clínica infantil de transición de género. Infobae. Consultado el 27 de julio de 2026, disponible en: <https://www.infobae.com/leamos/2023/02/23/la-periodista-britanica-hannah-barnes-expone-los-rincones-oscuras-de-una-clinica-infantil-de->

De acuerdo con un artículo publicado en The British Medical Journal, The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust está encarando posibles demandas de negligencia clínica por antiguos pacientes del Gender Identity Development Service para niños, niñas y adolescentes, demandas que son impulsadas por la firma legal Pogust Goodhead con aquellos menores que fueron tratados para la disforia de género con tratamientos médicos de reasignación de género.¹¹⁴

Lo expuesto permite afirmar que el centro pediátrico de referencia mundial para el tratamiento de la disforia de género en menores fue cerrado por las propias autoridades sanitarias británicas, tras un proceso formal de revisión de la evidencia científica disponible sobre la seguridad y eficacia de estos tratamientos.

3.7. Ausencia de certeza científica sobre los beneficios clínicos frente a los riesgos

Se plantea un dilema con respecto al consentimiento que los menores de 18 años y sus tutores legales pueden emitir para recibir estos tratamientos de afirmación de género debido a que:

3.7.1. No existe certeza sobre los beneficios clínicamente significativos de los tratamientos frente a los riesgos

No están avalados científicamente los beneficios que estas prácticas generan en los menores de 18 años que padecen de la disforia de género, ni está acreditada la manera en que los mismos mejoran su salud.

3.7.2. Los tratamientos pueden causar efectos negativos a nivel de salud

Se encuentran documentados en estudios observacionales, si bien de calidad metodológica limitada, los **efectos negativos** que dichos tratamientos pueden causar en la salud de los menores de edad, muchos de los cuales pueden ser **irreversibles** y alteran tanto su salud física como mental. Si bien se necesitan de ensayos clínicos bajo protocolos de investigación para determinar con total precisión sus efectos hasta la edad adulta y por el resto de la vida, esto no es óbice para señalar los riesgos potenciales identificados con casos registrados en las investigaciones y revisiones sistemáticas.

Hay que tener presente que la tendencia actual de despatologizar el diagnóstico de Disforia de Género, ha transformado el abordaje clínico hacia un modelo centrado en la afirmación de la identidad de género, en el que la autopercepción de la persona constituye el principal criterio para la toma de decisiones clínicas. Bajo este enfoque, dicha incongruencia deja de analizarse como una condición mental y, por lo tanto, dentro de su abordaje no es prioritario evaluar sus posibles relaciones causales y trastornos asociados. Dejando de esta manera, desprotegidos a los niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental.

A su vez, aunque las consecuencias a largo plazo de la aplicación de los tratamientos médicos de la ruta afirmativa de género representan un amplio vacío de conocimiento, ya que no hay suficientes estudios clínicos, ni estudios longitudinales que exploren los resultados, particularmente en jóvenes que comienzan estos tratamientos^{115,116}, estos tratamientos se relacionan directamente con los riesgos relativos previamente expuestos con el uso de los medicamentos prescritos para tal fin, tales como disminución en la densidad ósea, enfermedad venosa tromboembólica, hipertrigliceridemia, litiasis biliar, aumento de peso, problema cardiovascular, hipertensión, hiperprolactinemia o prolactinoma y diabetes tipo 2, para el caso de hombres que desean transicionar; y si la transición es con punto de partida de ser mujer, aumenta el riesgo de policitemia, aumento de peso, alopecia androgénica, apnea del sueño, hiperlipidemia, hipertransaminemia, inestabilidad de ciertos trastornos psicológicos y

transición de género; Barnes, H, Time to Think, The inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children, Swift Press, 2023, páginas 212 a 215; Klotz, F. (2023, 24 de marzo). Book review: Behind the demise of the Tavistock Gender Clinic. Undark, párrafo 17. Consultado el 27 de julio de 2026, disponible en: <https://undark.org/2023/03/24/book-review-time-to-think/>

¹¹⁴ Wise, J. (2022, agosto 11). Tavistock to face possible clinical negligence claims over gender identity service. BMJ, 378, o2016, párrafos 1 y 2. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: [Tavistock to face possible clinical negligence claims over gender identity service | The BMJ](https://www.bmj.com/content/378/o2016)

¹¹⁵ Keuroghlian AS, Keatley J, Shaikh S, Radix AE. The context, science and practice of gender-affirming care.

¹¹⁶ Kimberly LL, Folkers KM, Friesen P, Sultan D, Quinn GP, Bateman-House A, et al. Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth. Pediatrics. 2018;142(6).

psiquiátricos, enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes tipo 2, además de aumentar el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamarios¹¹⁷. Es de resaltar que es desconocido el impacto a nivel neurocognitivo que los bloqueadores hormonales pueden causar en la población infantil a largo plazo. Los estudios que hay en el momento limitan las conclusiones pues no cuentan con muestras significativas y las metodologías aplicadas no son operador dependiente.

Así mismo, existe evidencia longitudinal que indica que una proporción significativa de niños prepuberales que experimentan incongruencia o malestar relacionado con su sexo biológico durante la infancia deja de presentar dicha sintomatología al llegar a la adolescencia, especialmente cuando no se realiza una intervención médica de afirmación durante la etapa prepuberal¹¹⁸. Este hecho debe considerarse antes de iniciar cualquier tratamiento médico y psicológico para la afirmación de género.

Adicionalmente, en un estudio de cohorte retrospectivo publicado en *The Journal of Sexual Medicine*, se analizaron 107.583 adultos con diagnóstico de disforia de género registrados en la base de datos nacional TriNetX (Estados Unidos). Tras el emparejamiento por puntaje de propensión, los pacientes sometidos a cirugía de afirmación de género presentaron una mayor frecuencia de trastornos de salud mental durante los dos años posteriores en comparación con aquellos que no fueron intervenidos. En los hombres, la prevalencia de depresión fue del 25,4 % frente al 11,5 % (RR = 2,20; $p < 0,0001$) y la de ansiedad del 12,8 % frente al 2,6 % (RR = 4,88; $p < 0,0001$). En las mujeres, la depresión se presentó en el 22,9 % frente al 14,6 % (RR = 1,56; $p < 0,0001$) y la ansiedad en el 10,5 % frente al 7,1 % (RR = 1,48; $p < 0,0001$). Además, las personas sometidas a cirugía feminizante presentaron un mayor riesgo de depresión (RR = 1,78; $p = 0,0298$) y de trastornos por consumo de sustancias (RR = 1,28; $p < 0,0001$). Los autores concluyeron que estos resultados muestran una asociación entre la cirugía de afirmación de género y un mayor riesgo de presentar trastornos psicológicos¹¹⁹, conclusión que ha sido corroborada por otros estudios, en donde han reportado un riesgo aumentado de mortalidad, conducta suicida y morbilidad psiquiátrica después de someterse a dichos tratamientos.^{120,121}

A. Riesgos en el desarrollo cerebral

Los tratamientos farmacológicos de afirmación de género en menores de edad intervienen sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal durante una etapa crítica del desarrollo cerebral. La adolescencia constituye un periodo de intensa maduración neurobiológica, caracterizado por la reorganización estructural y funcional de diferentes regiones cerebrales, especialmente de la corteza prefrontal, área encargada de procesos de la toma de decisiones, la regulación emocional, la planificación, el control de impulsos y la valoración de consecuencias futuras¹²². Durante esta etapa, las hormonas sexuales cumplen funciones esenciales en la organización y modulación del sistema nervioso central, participando en la plasticidad neuronal, la maduración de circuitos cerebrales^{123,124}, y la regulación de sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico y dopaminérgico, implicados en la estabilidad emocional, la

¹¹⁷ Ovies Carballo G, Alfonso Domínguez E, Gómez Alzugaray M, Duarte Cázeres E. Tratamiento hormonal y sus complicaciones en el paciente con disforia de género. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2019;30

¹¹⁸ García-Vega E, Camero A, Fernández M, Villaverde A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*. 2018;30(3):283-8.

¹¹⁹ MM, Lim SE, Cuelló VA, Phan MH, Lee WC. Examining gender-specific mental health risks after gender-affirming surgery: a national database study. *J Sex Med*. 2025 Apr 15;22(4):645-651. doi: 10.1093/jsxmed/qdaf026. PMID: 39996623.

¹²⁰ Almazan AN, Keuroghlian AS. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. *JAMA Surg*. 2021;156(7):611-618. doi:10.1001/jamasurg.2021.0952.

¹²¹ Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Långström N, Landén M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS One*. 2011 Feb 22;6(2):e16885. doi: 10.1371/journal.pone.0016885. PMID: 21364939; PMCID: PMC3043071.

¹²² Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nat Neurosci*. 2012;15(9):1184-1191.

¹²³ Vigil P, del Río JP, Carrera B, Aránguiz FC, Riaseco H, Cortés ME. Influence of sex steroid hormones on the adolescent brain and behavior: An update. *Linacre Q*. 2016;83(3):381-391.

¹²⁴ Simerly RB. Wired for reproduction: organization and development of sexually dimorphic circuits in the mammalian forebrain. *Annu Rev Neurosci*. 2002;25:507-536.

motivación, la respuesta al estrés y la conducta.^{125,126,127}

En este sentido, la supresión o modificación de las señales hormonales durante esta fase de alta plasticidad cerebral puede interferir con procesos neurobiológicos relacionados con la regulación afectiva y cognitiva, aumentando el riesgo a que se desarrollen alteraciones emocionales y psiquiátricas en esta población. En diversos estudios se ha hallado que las alteraciones en el sistema serotoninérgico se han asociado con una mayor vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo, particularmente depresión y trastornos de ansiedad, debido a modificaciones en la señalización de receptores serotoninérgicos, disponibilidad del transportador de serotonina (SERT), síntesis de serotonina y regulación de los circuitos cerebrales relacionados con la respuesta al estrés y la estabilidad emocional.^{128,129,130}

Así mismo, la disfunción del sistema dopaminérgico se ha relacionado con alteraciones en los circuitos de recompensa, motivación, funciones ejecutivas y procesamiento de estímulos relevantes, contribuyendo a trastornos como esquizofrenia, depresión, adicciones y alteraciones del control de impulsos¹³¹. Por lo tanto, la adecuada regulación neuroendocrina de estos sistemas resulta fundamental para la maduración cerebral, la plasticidad neuronal y el óptimo funcionamiento psicológico durante las diferentes etapas del desarrollo.

En este sentido, la evidencia científica disponible no permite concluir que la aplicación de la ruta afirmativa reduzca los problemas de salud mental en menores de edad que presentan disforia de género (DG).

Aun así, la ruta afirmativa ha seguido aplicándose en algunos países sustentada en las recomendaciones de la World Professional Association for Transgender Health por sus siglas en inglés (WPATH). La Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero o WPATH es una entidad privada fundada en 1979 en los EE. UU. y se ha encargado de realizar guías clínicas (Referencia 19) para los profesionales de la salud que trabajan con personas transgénero y de género diverso. Fundamentado en sus conceptos se han desarrollado las demás recomendaciones a nivel mundial, como es el caso de Colombia con el Consenso de expertos (Referencia 46).

Sin embargo, en marzo de 2024, se dio a conocer un informe realizado por la periodista e investigadora Mia Hughes, titulado "WPATH Files" disponible en (<https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files>), en donde se critica las prácticas relacionadas con la atención médica transgénero, especialmente en menores de edad. Este informe ha generado controversia al exponer documentos internos de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), evidenciando que ciertos tratamientos, como bloqueadores hormonales y cirugías, se realizan sin el respaldo científico adecuado o sin consentimiento pleno. Se trata de una investigación periodística basada en documentos filtrados y no de una revisión sistemática de la literatura científica, por lo que sus hallazgos deben valorarse con un estándar de evidencia distinto al de las guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas citadas en este numeral (GRADE, NICE, Revisión Cass). Algunos de los puntos más relevantes del informe son:

- a. Hay un efecto directo sobre la fertilidad de los menores de edad, causando infertilidad, pero los menores no entienden a cabalidad lo que esto significa a largo plazo.

¹²⁵ Bendis PC, Zimmerman SZ, Onisiforou A, Zanos P, Georgiou P. The impact of estradiol on serotonin, glutamate, and dopamine systems. *Front Neurosci.* 2024;18:1348551. doi:10.3389/fnins.2024.1348551.

¹²⁶ Borrow AP, Handa RJ. Sex hormones and neuroendocrine regulation of neurotransmitter systems. *Front Neuroendocrinol.* 2017;45:1-15.

¹²⁷ Aubele T, Kaufman R, Montalant F, Kritzer MF. Androgen regulation of the mesocorticolimbic system and executive function. *Front Neuroendocrinol.* 2018;50:23-37.

¹²⁸ Albert PR, Benkelfat C, Descarries L. The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. I. Cellular and molecular mechanisms. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2012;367(1601):2378-2394. doi:10.1098/rstb.2012.0190.

¹²⁹ Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science.* 1996;274(5292):1527-1531.

¹³⁰ Meyer JH, Ginovart N, Boovariwala A, et al. Elevated monoamine oxidase A levels in the brain: an explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(11):1209-1216.

¹³¹ Borrás-León JJ, 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

- b. En Países Bajos ya se han reportado casos de arrepentimiento reproductivo.
- c. Se están realizando procedimientos quirúrgicos como vaginoplastia en menores de 18 años.
- d. Pese a la coexistencia de enfermedades o trastornos mentales graves se inician hormonas.
- e. Realización de modificaciones corporales sin justificación médica. En estos informes también se deja al descubierto que actualmente muchos de los pacientes intervenidos están optando por elegir cirugías no-binarias, es decir vaginoplastias (neovagina) con preservación del pene, o faloplastias con preservación de vagina.
- f. No están de acuerdo con una ruta de detransición, por miedo a que esto reconozca la disforia de género como una patología.
- g. Las hormonas son pro cancerígenas. Se ha observado aumento en la incidencia de cáncer hepático en la población que recibe estos tratamientos.
- h. En mujeres que han deseado hacer la transición, el flujo de testosterona ha causado enfermedad pélvica inflamatoria.
- i. Displacer sexual a consecuencia de: disfunción del piso pélvico, resequedad vaginal, atrofia uterina, dolor con el orgasmo y dolor intenso con la erección del pene. También refieren atrofia de neovagina por dificultad en la dilatación, por ende, pérdida de vida sexual.

3.7.3. No hay cumplimiento de los requisitos para un auténtico consentimiento informado

El consentimiento informado tiene que cumplir con dos **requisitos** que no se acreditan con estas intervenciones:

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-226 de 2025, expuso lo siguiente sobre el consentimiento informado:

310. Sobre este último punto, en términos generales la jurisprudencia constitucional ha indicado que el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características: (i) debe ser libre, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños y, además, (ii) debe ser informado, pues debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica, por lo que debe proporcionarse al individuo datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento.

a. El consentimiento para realizar estos tratamientos en menores de edad no es libre.

El consentimiento debe ser libre, es decir, voluntario y ajeno a toda interferencia indebida, coacción o engaño. Sin embargo, la libertad del consentimiento no se agota en la ausencia de presión externa: presupone también la existencia de alternativas reales entre las cuales el paciente —o quien consiente en su representación— pueda efectivamente optar. Cuando la ruta de afirmación se presenta como la única vía clínicamente disponible, sin ofrecer en condiciones equivalentes modelos de manejo menos invasivos, la decisión que se obtiene no es una elección entre opciones, sino la aceptación de la única alternativa estructuralmente ofrecida. Esta ausencia de alternativas reales no es hipotética: Finlandia, mediante la revisión de sus guías clínicas de 2020 a cargo del Consejo COHERE¹³² (Council for Choices in Health Care), priorizó el acompañamiento psicoterapéutico sobre la intervención médica,

¹³² Society for Evidence-Based Gender Medicine (SEGM). (2021, 5 de mayo). Sweden's Karolinska ends all use of puberty blockers and cross-sex hormones for minors outside of research settings [incluye referencia a la revisión de guías clínicas de Finlandia por el Consejo COHERE en junio de 2020]. Consultado el 31 de julio de 2026, disponible en: https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol

particularmente en los casos —hoy mayoritarios— de disforia de inicio pospuberal.

En el mismo sentido, el Hospital Karolinska de Suecia, uno de los centros pediátricos de mayor prestigio a nivel mundial, suspendió en 2021 el uso rutinario de bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas en menores de 18 años fuera de un protocolo de investigación aprobado por un comité de ética, tras calificar el denominado "protocolo holandés" como experimental. Estos ejemplos demuestran que existen alternativas clínicas legítimas y menos invasivas que, sin embargo, no se ofrecen ni se informan como una opción real dentro del modelo de atención vigente en Colombia. En consecuencia, el consentimiento prestado —sea por el menor en ejercicio de su autonomía progresiva, sea por sus padres en su representación— no puede calificarse de libre: no porque medie una coacción expresa, sino porque quien consiente no tiene, en la práctica, una alternativa genuina frente a la cual comparar su decisión.

- a. **El consentimiento para realizar los tratamientos en menores de edad no es informado, al no otorgarse con base en una información oportuna, completa y fidedigna sobre los beneficios y efectos negativos sobre la salud.**

El consentimiento debe ser **informado**, en el sentido de que la información provista debe ser **suficiente**, esto es —oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa. Actualmente no se está otorgando una información oportuna, completa ni fidedigna sobre los beneficios y efectos negativos sobre la salud, ya que no existe la veracidad de su efectividad, por el contrario, se ha acreditado científicamente la existencia de posibles graves consecuencias en la salud de los niños, niñas y adolescentes que alteran la salud física y mental, y esta información no les ha sido otorgada a los menores ni a sus tutores.

Este riesgo se ilustra en el caso conocido públicamente de 'Laura', que dio origen al nombre de este proyecto de ley y que ha sido objeto de amplia cobertura en medios de comunicación y de debate en el Congreso de la República. Según se alega en la demanda instaurada por la paciente ante la jurisdicción civil, uno de los fundamentos de la acción es la falta de consentimiento informado frente a los tratamientos de reasignación de género y la inadvertencia del riesgo de pérdida de fertilidad cuando era menor de edad. Sin perjuicio del resultado de ese proceso judicial, que corresponde establecer a la autoridad competente, y sin que esta referencia implique un juicio anticipado sobre la responsabilidad de la institución involucrada, el caso evidencia con claridad el tipo de riesgo estructural que este proyecto de ley busca prevenir, con carácter general, hacia el futuro.

Además, la imposibilidad de garantizar un consentimiento verdaderamente informado en estos tratamientos no necesariamente obedece a que se oculte información al paciente o a su familia, sino a que la comunidad científica internacional no cuenta hoy con la evidencia necesaria para caracterizar con certeza sus riesgos y beneficios. La revisión de evidencia encargada por el NHS a NICE, que sirvió de insumo a la Revisión Cass, calificó como de certeza muy baja¹³³ —bajo el sistema GRADE— la totalidad de los desenlaces críticos e importantes de los análogos de la GnRH (bloqueadores de pubertad) en menores con disforia de género, incluyendo su efecto sobre la disforia misma, la salud mental, la densidad ósea y el desarrollo cognitivo, al estar basada en estudios observacionales, de tamaño reducido y sin grupos de control adecuados. En el mismo sentido, la revisión sistemática independiente de la Universidad de York, encomendada por la doctora Hilary Cass, encontró que apenas 1 de 50 estudios sobre bloqueadores de pubertad y 1 de 53 estudios sobre hormonas de afirmación de género cumplían estándares mínimos de calidad metodológica, lo que llevó a la propia Cass a concluir que la práctica clínica en este campo se ha edificado sobre "bases poco sólidas" ("shaky foundations"), en un área que ella misma

¹³³ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020, 14 de octubre). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. Preparado para la Revisión Cass, comisionado por NHS England. Consultado el 31 de julio de 2026, disponible en: https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/puberty-suppressing-hormones/user_uploads/nice-evidence-review-gnrh-analogues-for-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria-october-2020.pdf

describió como de "evidencia notablemente débil"¹³⁴.

En estas condiciones, ningún nivel de transparencia por parte del personal tratante puede subsanar el déficit: el problema no es que el médico sepa y omita informar, sino que la ciencia misma aún no sabe. El consentimiento informado —sea prestado por el propio adolescente en ejercicio de su autonomía progresiva, sea sustituido por sus padres— presupone la existencia previa de un cuerpo de evidencia suficientemente consolidado sobre riesgos, beneficios y alternativas; cuando ese cuerpo de evidencia no existe, lo que se obtiene no es, en sentido estricto, un consentimiento informado, sino una autorización adoptada bajo incertidumbre científica, que no puede quedar exenta de un marco reforzado de salvaguardas clínicas.

3.8. Riesgo de pérdida de fertilidad y esterilidad

Los niños, niñas y adolescentes tienen riesgo a la pérdida de fertilidad por el suministro de los tratamientos farmacológicos de afirmación de género, porque los bloqueadores de pubertad interrumpen procesos necesarios para la maduración gonadal y las hormonas sexuales cruzadas pueden afectar la espermatogénesis o la función ovárica, interfiriendo en los procesos biológicos relacionados con la maduración gonadal y la función reproductiva¹³⁵.

La decisión de constitucionalidad C-131 de 2014 estudió la constitucionalidad del artículo 7 de la Ley 1412 de 2010 sobre la prohibición de la anticoncepción quirúrgica en menores de 18 años, y al declararla exequible, advirtió sobre la **afectación de los derechos sexuales, reproductivos y de conformar una familia** con la esterilización definitiva mediante estos tratamientos en ellos, puntualmente en los considerandos 5.2.2., 5.2.3., 5.2.4. y 5.2.6¹³⁶.

La práctica de intervenciones invasivas que generen esterilidad definitiva en los menores de 18 años contraría la Constitución Política y las sentencias de constitucionalidad, y, adicionalmente, debe evitarse en aplicación del principio de precaución, dado el carácter irreversible de esta consecuencia y la insuficiente evidencia científica sobre los beneficios clínicos de estas intervenciones frente al riesgo específico de esterilidad, conforme a los estándares fijados por la Corte Constitucional en la Sentencia C-131 de 2014 en materia de anticoncepción quirúrgica en menores de edad.

3.9. Aplicación expresa del principio de precaución para la protección de los niños, niñas y adolescentes

El portal de acceso del sitio oficial de la Unión Europea define al mencionado principio así:

"El principio de precaución es un enfoque de la gestión del riesgo, según el cual, en caso de

¹³⁴ The Guardian. (2024, 10 de abril). Gender medicine 'built on shaky foundations', Cass review finds. Consultado el 31 de julio de 2026, disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2024/apr/10/gender-medicine-built-on-shaky-foundations-cass-review-finds>

¹³⁵ Chen D, Simons L, Johnson EK, Lockart BA, Finlayson C. Fertility preservation for transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):120-123.

¹³⁶ [1] 5.2.2. El derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que se desea tener, es a su vez una de las expresiones de los denominados derechos sexuales y reproductivos en los que se encuentran implícitos otros derechos de rango fundamental como el derecho a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad, a la igualdad, a la información, a la salud y a la educación.

5.2.3. De un lado, los derechos reproductivos protegen la autodeterminación reproductiva asociada con la progenitura responsable consagrada en el artículo 42 Superior, y que se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren o no tener hijos y en qué momento. Este derecho supone la prohibición de cualquier interferencia externa en la toma de este tipo de decisiones personales, por lo cual se considera vulnerado cuando la persona es sometida a cualquier tipo de violencia física, psicológica o a actos de discriminación, como embarazos, esterilizaciones o abortos forzados. Los derechos reproductivos también amparan el derecho de las personas a acceder a servicios de salud reproductivos lo cual incluye tratamientos médicos para enfermedades del aparato reproductor, embarazos libres de riesgos y acceso a información y métodos de anticoncepción^[31].

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

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

que una determinada política o acción pudiera causar daños a las personas o al medio ambiente y no existiera consenso científico al respecto, la política o acción en cuestión debería abandonarse. Sin embargo, dicha política o acción podrá revisarse cuando se disponga de nueva información científica. El principio se establece en el artículo 191 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE).¹³⁷

El principio de precaución está previsto como el Principio 15 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo Sostenible.¹³⁸

Este tiene su origen en Colombia en materia ambiental, de acuerdo con lo previsto en el numeral 6 del artículo 1 de la Ley 99 de 1993, cuyo contenido establece: "(...) las autoridades ambientales y los particulares darán aplicación al principio de precaución conforme al cual, cuando exista peligro de daño grave e irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces para impedir la degradación del medio ambiente."

También se desprende de otras normas en materia ambiental, tales como en la Ley 164 de 1994, por medio de la cual se aprueba "Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático", hecha en Nueva York el 9 de mayo de 1992, cuyo numeral 3 del artículo 1 determina: "Las Partes deberían tomar medidas de precaución para prever, prevenir o reducir al mínimo las causas del cambio climático y mitigar sus efectos adversos. Cuando haya amenaza de daño grave o irreversible, no debería utilizarse la falta de total certidumbre científica como razón para posponer tales medidas, tomando en cuenta que las políticas y medidas para hacer frente al cambio climático deberían ser eficaces en función de los costos a fin de asegurar beneficios mundiales al menor costo posible."

Y también se encuentra en otras normas como en la Ley 740 de 2002, por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica", hecho en Montreal, el veintinueve (29) de enero de dos mil (2000). El artículo 1 de esta determina:

"De conformidad con el enfoque de precaución que figura en el Principio 15 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, el objetivo del presente Protocolo es contribuir a garantizar un nivel adecuado de protección en la esfera de la transferencia, manipulación y utilización seguras de los organismos vivos modificados resultantes de la biotecnología moderna que puedan tener efectos adversos para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica, **teniendo también en cuenta los riesgos para la salud humana**, y centrándose concretamente en los movimientos transfronterizos" (Negrita fuera del texto).

La Corte Constitucional ha definido jurisprudencialmente al principio de precaución en sentencia de unificación como "un criterio hermenéutico para la aplicación de normas relativas a la protección ambiental ante amenazas graves que no han sido científicamente comprobadas y los límites que deben observar los operadores administrativos y judiciales."¹³⁹

Si bien tiene su origen en materia ambiental, **este principio se empezó a aplicar en materia de vida y salud humana.**

La Ley 1523 de 2012, "Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones", establece en el ordinal 8 del artículo 3 el principio en cita de la siguiente forma:

"8. Principio de precaución: **Cuando exista la posibilidad de daños graves o irreversibles a las vidas**, a los bienes y **derechos de las personas**, a las instituciones y a los ecosistemas como resultado de la materialización del riesgo en desastre, las autoridades y los particulares aplicarán el principio de precaución en virtud del cual la falta de certeza científica absoluta no será óbice para adoptar medidas encaminadas a prevenir, mitigar la situación de riesgo"

¹³⁷ Eurolex, glosario, principio de precaución, consultado el 16 de julio de 2025, disponible en: [Principio de precaución - EUR-Lex](#)

¹³⁸ PRINCIPIO 15 Con el fin de proteger el medio ambiente, los Estados deberán aplicar ampliamente el criterio de precaución conforme a sus capacidades. Cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces en función de los costos para impedir la degradación del medio ambiente.

¹³⁹ Corte Constitucional, SU 018 de 2024.

(negrita y subraya fuera del texto).

3.9.1. Pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

La Corte Interamericana de Derechos Humanos profirió la Opinión Consultiva OC-23/17 del 15 de noviembre de 2017, solicitada por nuestro país, y en esta abordó expresamente el principio de precaución para afirmar:

179. La Corte advierte que diversos tratados internacionales contienen el principio de precaución respecto de distintas materias (supra párr. 176). Asimismo, Estados de la región incluyen el principio de precaución dentro de su legislación o ha sido reconocido jurisprudencialmente (supra párr. 178). El contenido del principio de precaución varía dependiendo del instrumento que lo consagra.

180. Sin perjuicio de lo anterior, la obligación general de garantizar los derechos a la vida y a la integridad personal implica que los Estados deben actuar diligentemente para prevenir afectaciones a estos derechos (supra párr. 118). Asimismo, al interpretar la Convención como ha sido solicitado en este caso, debe siempre buscarse el “mejor ángulo” para la protección de la persona (supra párr. 41). Por tanto, esta Corte entiende que, los Estados deben actuar conforme al principio de precaución, a efectos de la protección del derecho a la vida y a la integridad personal, en casos donde haya indicadores plausibles que una actividad podría acarrear daños graves e irreversibles al medio ambiente, aún en ausencia de certeza científica. Por tanto, los Estados deben actuar con la debida cautela para prevenir el posible daño. En efecto, en el contexto de la protección de los derechos a la vida y a la integridad personal, la Corte considera que los Estados deben actuar conforme al principio de precaución, por lo cual, aún en ausencia de certeza científica, deben adoptar las medidas que sean “eficaces”⁴²⁵ para prevenir un daño grave o irreversible⁴²⁶. (negrita y subraya fuera del texto).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos profirió el 27 de noviembre de 2023 su sentencia en el caso Habitantes de la Oroya vs Perú, que versó sobre las afectaciones a la vida, a la salud humana, al medio ambiente, a la niñez y a otros derechos por la contaminación realizada con plomo en la Oroya durante varios años, y derivó en la aplicación del principio de precaución para la condena internacional del Estado y la protección de estos derechos, especialmente cuando se trata de niños. Se señaló que el derecho a la salud y al medio ambiente están protegidos por el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

La Corte mencionada también profirió el 4 de julio de 2024 el caso Pueblo Indígena U'wa y sus miembros Vs. Colombia, en el que decidió sobre la falta de protección del territorio ancestral de este pueblo y también tocó la aplicación del principio de precaución.

En cuanto a la aplicación del citado principio, la Corte sostuvo en ambos pronunciamientos que “en el contexto de la protección de los derechos a la vida y a la integridad personal, y del derecho a la salud, los Estados deben actuar conforme al principio de precaución, por lo cual, aún en ausencia de certeza científica, deben adoptar las medidas que sean “eficaces” para prevenir un daño grave o irreversible.”

3.9.2. Pronunciamientos del Consejo de Estado

La Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en el Concepto No. 2233 del 11 de diciembre de 2014, se pronunció sobre el principio de precaución, señalando que la Carta Política lo ha constitucionalizado al imponer a las autoridades el deber de evitar daños y riesgos a la vida, a la salud y al medio ambiente, aun sin poder cuantificar previamente su magnitud o alcance.¹⁴⁰

La Sección Primera del Consejo de Estado decidió pronunciarse sobre la fumigación con glifosato en la Sentencia proferida el 11 de diciembre de 2013, en la que enfatizó que ese programa amenazaba los derechos de miles de habitantes de las zonas fumigadas a gozar de un ambiente sano, a la salud

¹⁴⁰ Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, Concepto del 11 de diciembre de 2014, radicación número 11001-03-06-000-2014-00248-00, número interno 2233, disponible en: [Microsoft Word - 11001-03-06-000-2014-00248-00\(2233\).doc](#)

y a la vida, así como los derechos de los niños.¹⁴¹

La Sección Primera del Consejo de Estado profirió la sentencia del 14 de septiembre de 2020¹⁴², en la que aplicó el citado principio en una controversia sobre las afectaciones por una explotación minera, al afirmar “Así, es claro que en el presente asunto se cumplen los presupuestos para aplicar el principio de precaución respecto de las actividades de exploración, en la medida que existe un mínimo de certeza sobre el riesgo de daño grave e irreversible que las mismas podrían generar en el recurso hídrico de las cuencas Mayor del Río Coello y Combeima” (negrita y subraya fuera del texto).

La citada Sección expidió la sentencia del 14 de marzo de 2019¹⁴³ sobre la aplicación de este principio en la suspensión de un contrato de concesión minera y advirtió: “En último lugar, tampoco se comparten las conclusiones a las que arriba el recurrente con relación a la aplicación del principio de precaución, pues es del caso recordar que cuando exista peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces que impidan la degradación del ambiente” (subraya fuera del texto).

Esta Sección dictó la sentencia del 28 de marzo de 2017¹⁴⁴, conocida como la Sentencia del Río Bogotá, que desarrolló ampliamente este principio, particularmente en lo relativo a la carga de la prueba y a la protección de las generaciones futuras frente a daños ambientales de difícil reversión.

La Sección Tercera del Consejo de Estado, expresamente en materia de responsabilidad médica, en la sentencia proferida el 17 de octubre de 2023¹⁴⁵, condenó al Estado por la inaplicación de este principio en el ejercicio de la medicina en la muerte de un niño a quien se le practicó una adenomigdalectomía, y con posterioridad tuvo una dehiscencia en uno de los puntos de la sutura que desencadenó una hemorragia, la cual, finalmente, ocasionó el deceso del niño.

El fallo advirtió que la medicina obra por el principio de precaución, y una vez se presente cualquier sangrado después de esa cirugía, se demanda la vigilancia estrecha y la pronta actuación, dado que los niños tienen menor volumen de sangre que los adultos.

La sentencia expuso que no se pudo acreditar que la dehiscencia fuera la consecuencia de un error en la atención brindada con posterioridad a la cirugía, se encontró que existieron fallas en la prestación del servicio médico, al no aplicarse el principio de precaución aún con la edad del menor y la circunstancia de que las hemorragias son las complicaciones más regulares en esas cirugías, y por su inaplicación, se enfatizó en que la falla tuvo una incidencia causal en el deceso del niño.

3.9.3. Pronunciamientos de la Corte Constitucional

En sede de constitucional, la Sentencia C-293 de 2002 resaltó la aplicación del principio de precaución para justificar la suspensión de obras, actividades o proyectos cuando de estos se pueda derivar un peligro para la salud humana o los recursos naturales, incluso sin existir una certeza científica absoluta.

En sede de revisión de tutelás, la Sentencia T-104 de 2012 aplicó este principio y **tuteló los derechos a la salud y a la integridad personal de niños** que acudían a un hogar comunitario infantil en el municipio de Matanza y se ordenó al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y a la Agencia Nacional del Espectro analizar y comunicar a la comunidad los posibles efectos adversos a la salud que pueden ocasionar la exposición a campos electromagnéticos y las medidas adecuadas a tomarse para minimizarlos. También se ordenó a la Alcaldía de ese municipio el diseño de un proyecto dirigido a la reubicación a distancia prudente de las antenas parabólicas con relación a los hogares comunitarios y otros establecimientos de atención o permanencia de menores de edad.

¹⁴¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Sentencia del 11 de diciembre de 2016, radicación No. 11001-03-24-000-2004-00227-01, disponible en: [SENTENCIA 11001-03-24-000-2004-00227-01 de 2013](#)

¹⁴² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Sentencia del 14 de septiembre de 2020, radicación No. 73001-23-31-000-2011-00611-03, Acción Popular.

¹⁴³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Sentencia del 14 de marzo de 2019, radicación No. 17001-23-00-000-2011-00337-01, Acción Popular.

¹⁴⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Sentencia del 28 de marzo de 2014, radicación No. 25000-23-27-000-2001-90479-01, Acción Popular.

¹⁴⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia proferida el 17 de octubre de 2023, radicación número 68001-23-31-000-2010-00451- 01, número interno 66866.

En un fallo similar, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-1077 de 2012 se aplicó el principio en alusión para tutelar los derechos a la salud del niño accionante que padecía de cáncer y se ordenó a Telefónica Telecom S.A. E.S.P. desmontar la estación base localizada en un inmueble y al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que regule la distancia prudente entre las torres de telefonía móvil y las viviendas, instituciones educativas, hospitales y hogares geriátricos.

La Sentencia T-397 de 2014 dio aplicación al principio de precaución para tutelar el derecho a la salud de un niño y ordenar a *Comcel S.A. el desmonte de una antena de telefonía móvil celular* y al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que regulara la distancia prudente entre las torres de telefonía móvil y las viviendas, instituciones educativas, hospitales y hogares geriátricos.

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-583 de 2015, dio aplicación al principio de precaución en salud al estudiar la constitucionalidad del artículo 24 de la Ley 1480 de 2011, que no exigía dentro de la información mínima que los productores y proveedores deben suministrar si un alimento era genéticamente modificado o tenía componentes de organismos genéticamente modificados – OGM – y ordenó al Congreso incluir esa información dentro de los dos años siguientes a la expedición de esa sentencia, so pena de devenir en inexecutable.

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-236 de 2017, dio aplicación al principio de precaución para ordenar al Consejo Nacional de Estupefacientes no reanudar el Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos mediante Aspersión Aérea con Glifosato (PECIG) por el riesgo significativo contra la salud humana que implicaba contra las comunidades étnicas del municipio de Nóvita, entre otros motivos.

En la misma línea, en la Sentencia T-614 de 2019, aplicó expresamente el principio de precaución para ordenar a la empresa Carbones del Cerrejón Limited que controlara sus emisiones de material particulado para que la calidad del aire en el Resguardo Indígena *Provincial* se tuviera con concentraciones que no superen los 25 µg/m³ -promedio diario- y 10 µg/m³ -promedio mensual- de PM 2.5 (menor a 2.5 micras), ni los 50 µg/m³ -promedio diario- y 20 µg/m³ -promedio mensual- de PM 10 (menor o igual a 10 micras).

En materia de salud y desligada de una afectación al ambiente, la Corte Constitucional dictó la Sentencia T-365 de 2017, sobre la aplicación del virus del papiloma humano (VPH) y sus posibles efectos adversos en una paciente, exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a que identifique el número de personas destinatarias de esa vacuna y que requieran atención médica por causas atribuibles a las afectaciones posibles derivadas de esa vacuna.

La Corte Constitucional profirió la Sentencia T – 343 de 2022, en cuyo contenido desarrolló el mencionado principio para ordenar al Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) que suspenda inmediatamente la comercialización de productos químicos agropecuarios con el componente activo clorpirifós, para proteger el derecho fundamental a la salud de los accionantes y de todos los niños del territorio colombiano.

Y recientemente, en sede de unificación, la Corte Constitucional advirtió en la SU 018 de 2024 su aplicación incluso con indicios para la prevención de daños al ambiente y a la salud pública, así:

“158. En conclusión, el principio de precaución se deriva directamente de la Constitución ecológica y obliga tanto a particulares como a las autoridades a prevenir daños ambientales y a la salud pública siempre que sea posible constatar elementos técnicos o científicos o indicios sobre la potencialidad de un peligro y la materialización de un daño grave o irreversible” (negrita y subraya fuera del texto).

En esta decisión se indicó su aplicación a toda actividad del ser humano así:

“150. Adicionalmente, se ha precisado que toda actividad humana estatal o privada que genere un riesgo significativo para los seres humanos está obligada a observar el principio de precaución⁽²¹¹⁾. De manera que, no solo la administración está obligada por los mandatos del principio de precaución, sino que también es responsabilidad de los particulares actuar conforme a ese principio pues hace parte de los deberes de la persona y del ciudadano” (negrita y subraya fuera del texto).

3.9.4. Pronunciamientos de los Tribunales de la Unión Europea

En el caso T-13/99 - Pfizer Animal Health v Council, se avaló el retiro provisional de la autorización de un aditivo alimentario ante la falta de certeza científica sobre sus efectos, sosteniendo que el principio de precaución permite exigir a la autoridad pública actuar incluso antes de que se manifiesten los efectos adversos.¹⁴⁶

En el caso puntual de medicamentos, el Caso T-416/22 Fresenius Kabi, 2024, se avaló la suspensión de las autorizaciones de la comercialización de las soluciones de infusión que contenían hidroxietilalmidón, con fundamento en el principio de precaución, al considerar que basta con pruebas serias y concluyentes que susciten dudas razonables sobre la seguridad del medicamento, sin exigir la eliminación total de la incertidumbre científica.¹⁴⁷

El Asunto T-74/00 y otros – Artegodan contra Comisión también decidió sobre la aplicación del principio de precaución para la protección de la salud humana a través de la orden del retiro del mercado de medicamentos adelgazantes que contenían anfepramona debido a informes que advertían riesgos de problemas cardíacos y de hipertensión pulmonar. El fallo sostuvo que la suspensión o retiro de una autorización de comercialización procede cuando nuevos datos generan serias dudas sobre la seguridad o eficacia del producto, aunque no se resuelva la incertidumbre científica.¹⁴⁸

3.9.5. Síntesis de los planteamientos de los pronunciamientos

De los previos fallos se puede extraer los planteamientos que a continuación se sintetizan:

- Este principio se ha constitucionalizado e impone el deber de las autoridades de evitar riesgos y daños a la vida y a la salud de las personas (C-988 de 2004); incluso si no se puede cuantificar previamente la magnitud o el alcance de esa afectación (Concepto 2233 del 11 de diciembre de 2014, Sentencia con número de radicación 00227-01 del 11 de diciembre de 2013).
- En el análisis convencional, este principio implica que, en el contexto de la protección de los derechos a la vida, a la salud y a la integridad personal, los Estados deben adoptar las medidas eficaces para prevenir un daño grave e irreversible, aún en ausencia de certeza científica (casos Habitantes de la Oroya vs Perú y Pueblo Indígena U'wa y sus miembros Vs. Colombia).
- Si bien tuvo su origen para la protección del medio ambiente, se puede emplear para proteger el derecho a la salud, si existen evidencias científicas de que un proceso, fenómeno o producto presenta riesgos potenciales a la salud, pero estas evaluaciones no son suficientes para determinar con total precisión ese riesgo (C-583 de 2015).
- No se desconocen las disposiciones de la Norma Superior al suspenderse obras, actividades o proyectos si de estas actividades se desprenden daños o peligros para la salud humana, incluso si no existe una certeza científica absoluta (C 293 de 2002).
- Conforme al principio de precaución, los Estados deben actuar diligentemente para prevenir afectaciones a la vida y a la integridad personal, lo que conlleva a siempre enfocarse en el "mejor ángulo" para la protección de la persona, al interpretarse con base en la Convención Americana de Derechos Humanos (Opinión Consultiva OC-23/17 del 15 de noviembre de 2017).
- En la jurisdicción de lo contencioso administrativo, este principio se aplica precisamente cuando coexisten diversas posiciones científicas sobre los riesgos que puede causar una actividad, pues si el daño fuera totalmente cierto e identificable no se trataría de precaución sino de prevención.

¹⁴⁶ Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas. (2002, 11 de septiembre). *Pfizer Animal Health SA v. Council of the European Union* (Asunto T-13/99, ECLI:EU:T:2002:209). EUR-Lex. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:61999TJ0013.

¹⁴⁷ Tribunal General de la Unión Europea. (2024, 15 de mayo). *Fresenius Kabi Austria GmbH y otros v. Comisión Europea* (Asunto T-416/22, ECLI:EU:T:2024:316). EUR-Lex. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [EUR-Lex - 62022TJ0416 - EN - EUR-Lex](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:62022TJ0416).

¹⁴⁸ Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas. (2002, 26 de noviembre). *Artegodan GmbH y otros v. Comisión de las Comunidades Europeas* (Asuntos acumulados T-74/00, T-76/00, T-83/00, T-84/00, T-85/00, T-132/00, T-137/00 y T-141/00, ECLI:EU:T:2002:283). EUR-Lex. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: [EUR-Lex - 62000TJ0074 - EN - EUR-Lex](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:62000TJ0074).

(Sentencia con número de radicación 00227-01 del 11 de diciembre de 2013).

- La falta de certeza científica no puede invocarse para posponer la adopción de medidas eficaces que eviten la generación de los riesgos contra la salud (Sentencia con número de radicación 00337-01 del 14 de marzo de 2019), incluso pese a no probarse con certeza la afectación de la salud de los niños (T-104 de 2012, T-365 de 2017 y T-343 de 2022) o de otras comunidades (T-614 de 2019).
- Si bien no se pudo constatar una relación directa entre la radiación no ionizante y la afectación de la salud de las personas, la sola clasificación de la actividad (en ese caso los campos electromagnéticos de radiofrecuencia) como posiblemente carcinógenos requiere a las autoridades aplicar el principio y tomar medidas contra la radiación para evitar la producción de daños en la salud a los accionantes por la omisión legislativa sobre el tema (T-1077 de 2012).
- Tiene su aplicación no solo cuando el riesgo, sino cuando la magnitud del daño generado o que pueda sobrevenir a la salud humana no sea conocida previamente, debido a que no se puede determinar los efectos de una acción a mediano o largo plazo por la falta de certeza de la evidencia científica absoluta (T-397 de 2014).
- El principio de precaución se armoniza con el derecho del acceso a la información para garantizar la protección y la prevención en salud al admitir riesgos presuntos o eventuales relacionados con aspectos de algunos productos, como los OGM, que son desconocidos hasta la fecha para la sociedad (C-583 de 2015).
- Según este principio, cuando una actividad representa una amenaza para la salud humana, se deben adoptar las medidas inclusive cuando la relación de causa efecto no haya podido establecerse científicamente de forma conclusiva (T-365 de 2017).
- El principio de precaución es un elemento de protección especial en favor de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes como la vida y la salud, y es un deber constitucional para materializar los derechos fundamentales que involucran el interés superior del niño (T-365 de 2017 y T-343 de 2022).
- Bajo este principio, el reproche a los riesgos en la vida y en la salud de los niños, niñas y adolescentes es todavía mayor bajo el enfoque del principio constitucional del interés superior del niño, como ocurrió con el clorpirifós (T-343 de 2022).
- Cuando se ha amenazado el derecho fundamental a la salud de los niños y adolescentes la aplicación del principio de precaución es reforzada (T-104 y T-1077 de 2012), postura que armoniza mejor con el alcance dado por la Corte Constitucional con ese derecho fundamental y con el interés superior del menor y que se ha aplicado con la exposición a campos electromagnéticos (T-397 de 2014).
- Este principio no responde con exclusividad al peligro, sino más bien al riesgo, el cual es un determinado grado de probabilidad del daño, en los eventos en los que la magnitud de esa probabilidad no se ha definido con certeza (T-236 de 2017).
- Se puede aplicar con elementos que permitan conclusiones provisionales, y pese a las posibles objeciones metodológicas contra algunas investigaciones, se aplica como ha ocurrido con los riesgos del glifosato. La posible objeción metodológica debería llevar a ordenar una mayor investigación científica para mitigar los riesgos (T-236 de 2017).
- Los Estados tienen la obligación de proteger la salud de las personas, y de manera primordial de los niños y adolescentes, asegurando el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, lo cual incluye la protección preventiva frente a sustancias que la puedan afectar, y esto conlleva a la adopción de medidas de prevención y mitigación de los riesgos potenciales como de los daños ya causados (T-343 de 2022).
- Este principio debe aplicarse siempre que constaten elementos científicos, técnicos o incluso indicios sobre la potencialidad de un peligro y la materialización de un daño grave o irreversible a

la salud (SU-018 de 2024).

- Rige a toda la actividad humana, tanto pública como privada, que genere un riesgo significativo para los seres humanos, por lo cual también es responsabilidad de los particulares su aplicación debido a que ellos también tienen deberes con la sociedad (SU-018 de 2024).
- El principio de precaución ha implicado en Europa que, por regla general, los consumidores europeos y las asociaciones que los representan deban probar los riesgos de un producto o procedimiento una vez comercializado, a excepción de los medicamentos, los aditivos alimentarios o los pesticidas, y en estos casos, se puede exigir al productor, al fabricante o al importador que acrediten la ausencia de peligro en aplicación del citado principio (Sentencia con número de radicación 70479-01 del 28 de marzo de 2014 [Sentencia del Río Bogotá]).
- Este principio debe tomar en cuenta los riesgos actuales y los de las generaciones futuras en la salud de las personas, tales como los riesgos de mutaciones genéticas o de perturbaciones endocrinas (Sentencia con número de radicación 70479-01 del 28 de marzo de 2014 [Sentencia del Río Bogotá]).
- Este principio aplica en el ejercicio de la medicina y se ha utilizado para condenar patrimonialmente al Estado en materia de responsabilidad extracontractual médica por la muerte de niños pese a no encontrarse con certeza que la causa del deceso fuera un error en la atención brindada, pero sí se acreditó que las fallas en la prestación del servicio médico tuvieron incidencia causal en lo que derivó en su muerte (Sentencia con número interno 66866 del 17 de octubre de 2023).
- En el derecho europeo el principio implica que cuando existe incertidumbre científica sobre la existencia o la magnitud de los riesgos para la salud humana, se pueden adoptar medidas de protección sin tener que esperar a que la realidad y la gravedad de estos riesgos sean evidentes en su plenitud (Caso T-13/99 - Pfizer Animal Health v Council, Caso T-416/22 Fresenius Kabi, 2024, Asunto T-74/00 y otros – Artegoda contra Comisión), lo cual se efectuó con el uso de algunos aditivos en los piensos.
- Con el principio de precaución, los riesgos para la salud que se buscan prevenir no tienen por qué ser específicos, sino únicamente potenciales (Caso T-416/22 Fresenius Kabi, 2024).
- Aplicando este principio a los medicamentos, se pueden aportar pruebas serias que, sin excluir la incertidumbre científica, susciten dudas razonables sobre la seguridad del medicamento respectivo, su efecto terapéutico, la existencia de una relación riesgo-beneficio favorable o la composición cuantitativa y cualitativa declarada (Caso T-416/22 Fresenius Kabi, 2024).
- El principio de precaución en salud humana puede exigir la suspensión o la retirada de una autorización de comercialización cuando se presentan nuevos datos que implican serias dudas sobre la eficacia o la seguridad del producto medicinal respectivo, y estas dudas conducen a una evaluación desfavorable de la relación beneficio – riesgo de dicho producto medicinal (Asunto T-74/00 y otros – Artegoda contra Comisión).

Aterrizando los anteriores pronunciamientos al objeto de la presente regulación, se tiene una armonización de la aplicación del principio de precaución en materia de salud con el principio pro infans, el interés superior del niño y la prevalencia de sus derechos sobre los demás para fundamentar la protección contra las consecuencias de los tratamientos de reasignación de género en niños, niñas y adolescentes.

Como se expuso con más detalle en el numeral 1.1, esa misma tendencia hacia el principio de precaución se observa en el Reino Unido y en los países nórdicos¹⁴⁹, en Rusia y en Estados Unidos, así como en países de Asia y Oceanía como Singapur, Nueva Zelanda y el estado de Queensland¹⁵⁰,

¹⁴⁹ Véase The Cass Review, Final Report, abril de 2024, disponible en: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>; Socialstyrelsen (Suecia), Care of children and adolescents with gender dysphoria — summary of national guidelines, diciembre de 2022, disponible en: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/care-of-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria--summary-of-national-guidelines--december-2022-2023-1-8330/>; y COHERE Finlandia, Recommendation of the Council for Choices in Health Care, 2020.

¹⁵⁰ High Court of New Zealand, MR 2025 NZHC 4045, sentencia del 17 de diciembre de 2025, que suspendió cautelarmente la prohibición reglamentaria neozelandesa, disponible en: <https://www.courtsofnz.govt.nz/assets/cases/2025/MR-2025-NZHC-4045.pdf>. Esta circunstancia no

la provincia de Alberta en Canadá y en Latinoamérica en Puerto Rico, Argentina y Brasil¹⁵¹, todos los cuales han adoptado restricciones o prohibiciones frente a estos tratamientos con fundamento en la falta de evidencia sobre sus beneficios y en sus riesgos potenciales.

Y otros países como Portugal, Italia, Costa Rica y Perú, se encuentran con proyectos de leyes en curso para adoptar decisiones de precaución prohibitivas con estos tratamientos. Alemania y Francia tienen posiciones de autoridades académicas y de salud internas que recomiendan la adopción de enfoques precautorios con estos tratamientos en niños, niñas y adolescentes.

A este consenso comparado se suma el respaldo de organismos internacionales de derechos humanos. La Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, Reem Alsalem, ha señalado públicamente que medidas de precaución como la Resolución CFM n.º 2.427/2025 de Brasil resultan compatibles con las obligaciones internacionales de derechos humanos en materia de protección de la niñez¹⁵². En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud excluyó expresamente a los niños, niñas y adolescentes de su guía de 2024 sobre salud de las personas trans, al considerar que la evidencia disponible para esta población es "limitada y variable"¹⁵³.

En el derecho comparado, la Sala Administrativa del Tribunal Superior de Inglaterra y Gales observó expresamente este principio para desestimar las pretensiones de la demanda instaurada contra la Orden 727 de 2024. En la observancia de la precaución, la Sala encontró que el Informe Cass tenía la más reciente revisión de la evidencia científica, la cual permitió concluir con base en la evidencia la ausencia de beneficios clínicos significativos para los niños y adolescentes y los graves riesgos que los tratamientos de los bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada pueden causar en ellos, motivo por el cual, la aplicación para la prohibición se encuentra soportada en el ordenamiento jurídico de ese país.

Si bien no existe una evidencia científica 100% conclusiva de la magnitud de cada uno de los daños que pueden irrogar, la existencia de estos se encuentra ampliamente soportada al igual que la ausencia de un beneficio clínico significativo para la disforia o incongruencia de género, conforme a lo concluido por las revisiones sistemáticas de la evidencia desarrolladas en otros países. Además, también ha revelado la evidencia la posibilidad de la existencia de riesgos todavía no identificados a mediano y largo plazo frente a estos tratamientos.

3.10. Registro sanitario ante el INVIMA

En el registro sanitario de medicamentos del INVIMA se encuentran autorizados en Colombia los principios activos empleados en las rutas de bloqueo puberal y hormonización cruzada (entre ellos triptorelina, leuprolide, espironolactona, acetato de ciproterona, progestágenos, finasterida, estradiol y testosterona), sin que exista una indicación específica y expresa para su uso en la afirmación de género en menores de edad, según puede verificarse en el registro público de consulta del INVIMA: [Consultar registro sanitario INVIMA](#).

El sistema de salud colombiano cuenta con entes de control, regulación y vigilancia estipulados en:

- **Ley 100 de 1993.** (Artículo 230) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Ley 1122 de 2007.** (Artículo 35 y 14) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Ley 1751 de 2015.** (Artículo 15 y 16) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Decreto 780 de 2016.** Sobre la **Superintendencia Nacional de Salud** para la vigilancia y control de la prestación de servicios e incluye los procedimientos para la vigilancia de medicamentos y dispositivos médicos regulados por el INVIMA.
- **Decreto 2462 de 2013,** donde se reglamentan las funciones del INVIMA y lo establece como el

despoja a la medida de su valor persuasivo como ejercicio del principio de precaución, sino que refleja la normalidad del debate judicial que rodea decisiones legislativas y administrativas de esta naturaleza.

¹⁵¹ La Resolución CFM n.º 2.427/2025 del Conselho Federal de Medicina de Brasil fue objeto de suspensión cautelar por el Tribunal de Justiça do Acre y se encuentra pendiente de decisión de fondo ante el Supremo Tribunal Federal. Véase <https://www.equaldex.com/región/brazil-y-https://en.mercopress.com/2025/04/16/brazil-more-restrictive-on-gender-reassignment-procedures>.

¹⁵² ADF International, Brazilian Supreme Court urged to protect children from gender ideology experiments in brief filed by human rights organizations, 2025, disponible en: <https://adfinternational.org/news/brazilian-supreme-court-urged-to-protect-children-from-gender-ideology-experiments-in-brief-filed-by-human-rights-organizations>.

¹⁵³ Organización Mundial de la Salud, Preguntas frecuentes sobre las directrices de salud para personas trans y de género diverso, junio de 2024, disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/200624-tgd_faupdates-final-v2.pdf.

ente de control sanitario sobre medicamentos, alimentos, dispositivos médicos, entre otros. Define su papel en la vigilancia sanitaria a nivel nacional.

En general en el mundo, el uso de análogos de la GnRH en jóvenes con incongruencia de género no cuenta con una autorización específica de comercialización para esta indicación. En consecuencia, su utilización constituye una **prescripción fuera de indicación autorizada (off-label)**, situación que no es distinta en Colombia.

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

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

La prescripción médica de estos medicamentos fuera de las indicaciones del ente de control sanitario (INVIMA) se le conoce como uso "off-label". La Organización Mundial de la Salud justifica su utilización siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios^{154,155}:

A. Evidencia científica disponible.

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

B. Justificación Clínica.

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

C. Consentimiento informado del paciente.

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

D. Monitoreo y seguimiento.

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

E. Consideraciones regulatorias.

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

¹⁵⁴ WHO, Policy, Perspectives, Medicines o. Promoting rational use of medicines: core components. 2002.

¹⁵⁵ World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Jama. 2013;310(20):2191-4.

- En algunos países, el uso off-label puede requerir la aprobación de comités éticos o de autoridades regulatorias de salud.
- F. Uso en poblaciones especiales.**
- Si el uso off-label se realiza en poblaciones vulnerables (niños, personas mayores, embarazadas), se debe tener especial cuidado, ya que estas poblaciones pueden tener mayor riesgo de efectos adversos.
 - En este caso, la justificación y el monitoreo deben ser más estrictos.
- G. Ética médica.**
- El uso de medicamentos off-label debe realizarse de acuerdo con los principios éticos de la medicina, priorizando siempre la seguridad y bienestar del paciente.
 - El médico debe considerar si el beneficio supera los riesgos potenciales antes de prescribir un medicamento fuera de su indicación aprobada.
- H. Acceso a información actualizada.**
- El profesional de la salud debe mantenerse actualizado con la literatura médica y las recomendaciones de guías clínicas que apoyen el uso off-label de ciertos medicamentos.
- I. Documentación.**
- Es fundamental que el médico documente detalladamente en la historia clínica del paciente:
 - La decisión de usar el medicamento off-label.
 - La información proporcionada al paciente.
 - El consentimiento informado.
 - Los resultados del monitoreo del tratamiento.

Los medicamentos usados en la ruta afirmativa no cuentan con la suficiencia de estudios de seguridad, eficacia ni beneficio para la mejoría de la condición de disforia o incongruencia de género y se desconocen sus efectos a largo plazo. Por su parte la ley estatutaria de salud 1751 Artículo 15 deja en claro que el Sistema de Salud Colombiano no podrá destinar a financiar servicios y tecnologías en salud, en los que se advierta que no exista evidencia científica sobre efectividad clínica, seguridad y eficacia. Así entonces el tratamiento hormonal no debe contar con autorización sanitaria como tratamiento estándar para esta condición de salud puesto que no han demostrado de manera suficiente su seguridad y eficacia mediante los procesos científicos y regulatorios exigidos, como ocurre con otros tratamientos médicos tales como algunos tratamientos de células madre.

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

4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS Y CONSTITUCIONALES

4.1. Marco constitucional, legal e internacional

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

El numeral 2 del artículo 25¹⁵⁶ de la Declaración Universal de Derechos Humanos indica que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

El Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959¹⁵⁷ 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”**. El Principio II, por su parte,¹⁵⁸ de esta última, reseña que el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios,

¹⁵⁶ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, numeral 2.

¹⁵⁷ Declaración de los Derechos del Niño de 1959, Preámbulo.

¹⁵⁸ Declaración de los Derechos del Niño de 1959, Principio II.

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 IV¹⁵⁹ advierte, además, que los niños tendrán derecho a crecer y desarrollarse con 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 ¹⁶⁰que 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 3¹⁶¹ 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 19¹⁶² los derechos del niño al establecer que todos ellos tienen derecho *“a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.”*

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por el Estado colombiano mediante la Ley 12 de 1991, entiende en su artículo 1¹⁶³ por niño *“todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”* El numeral 1 de su artículo 2¹⁶⁴ 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.”* Además, el numeral 2 del artículo 6¹⁶⁵ indica que los Estados parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Frente a la salud, el artículo 24¹⁶⁶ 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 27¹⁶⁷, 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**.

En la Constitución Política de 1991, el artículo 44¹⁶⁸ establece como **derechos fundamentales de los niños, entre otros, la salud y la seguridad social**, y gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. El tercer párrafo de este artículo advierte que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

La Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, regula en su artículo 27¹⁶⁹ el derecho a la salud de los niños y prevé que *“(…) todos los niños, niñas y adolescentes*

¹⁵⁹Declaración de los Derechos del Niño de 1959, Principio IV.

¹⁶⁰Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 24, numeral 1.

¹⁶¹Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10, numeral 3.

¹⁶²Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada por Colombia mediante la Ley 16 de 1972, artículo 19.

¹⁶³Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, artículo 1.

¹⁶⁴Convención de los Derechos del Niño, artículo 2, numeral 1.

¹⁶⁵Convención de los Derechos del Niño, artículo 6.

¹⁶⁶Convención de los Derechos del Niño, artículo 24.

¹⁶⁷Convención de los Derechos del Niño, artículo 27, numeral 1.

¹⁶⁸Constitución Política de Colombia, artículo 44.

¹⁶⁹Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia), artículo 27.

tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no sólo la ausencia de enfermedad.”

La Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social, establece en el numeral 5 de su artículo 3 que es obligación de la familia, de la sociedad y del Estado en materia de salud cuidar, proteger y asistir a los niños, las niñas y adolescentes, para **garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral.**¹⁷⁰

La Ley 1616 de 2013, conocida como la Ley de Salud Mental, establece en su artículo 23 que los niños, las niñas y los adolescentes **son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.**

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, determina en el literal f)¹⁷¹ de su artículo 6 que el Estado debe implementar **medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política.** Similarmente, su artículo 11¹⁷² 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.

4.2. Marco jurisprudencial

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

La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños, y en la Sentencia de Unificación SU-225 de 1998 advirtió que “[d]el artículo 44 se deriva claramente que, la Constitución, respetuosa del principio democrático, **no permite, sin embargo, que la satisfacción de las necesidades básicas de los niños quede, integralmente, sometida a las mayorías políticas eventuales**”. Según la Corte “[p]or esta razón, la mencionada norma dispone que **los derechos allí consagrados son derechos fundamentales, vale decir, verdaderos poderes en cabeza de los menores, que pueden ser gestionados en su defensa por cualquier persona, contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares**”. Advirtió además que “[s]e trata entonces de derechos que tienen un **contenido esencial de aplicación inmediata que limita la discrecionalidad de los órganos políticos** y que cuenta con un mecanismo judicial reforzado para su protección: la acción de tutela” (Negrillas fuera del texto).¹⁷³

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).¹⁷⁴

En esa línea, señaló 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)¹⁷⁵

¹⁷⁰ Ley 1438 de 2011, artículo 3, numeral 5.

¹⁷¹ Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), artículo 6, literal f).

¹⁷² Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), artículo 11.

¹⁷³ Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.

¹⁷⁴ Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.

¹⁷⁵ Sentencia T-513 del 11 de diciembre de 2020.

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.¹⁷⁶

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

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

La Sentencia de Unificación SU-360 de 2024 expuso sobre el principio *pro infans* que: “Es un criterio hermenéutico para superar tensiones entre principios o derechos y exige un juicio de ponderación que permita una solución que otorgue mayores garantías a sus derechos.”

Recientemente, en la Sentencia C-039 de 2025, al declarar inexecutable los artículos 117 y 124 del Código Civil y pronunciarse sobre la prohibición del matrimonio de menores de 18 años, la Corte Constitucional sostuvo:

*“...se ha configurado un estándar que **exige a los Estados la mayor protección posible a los derechos de la niñez,** y que dicho estándar implica implementar una prevalencia efectiva de sus derechos, partiendo de un concepto de niñez amplio que llega como mínimo hasta los 18 años y que incluye entre otros: i) la protección contra la discriminación; ii) **la atención al interés superior del niño y al principio pro infans;** iii) **la defensa del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo** (artículo 6º) y iv) **el derecho del niño a ser escuchado y a expresar su consentimiento informado y autónomo**” (negrita y subraya fuera del texto).*

Por esta razón, a los niños, niñas y adolescentes se les debe proteger debido a las circunstancias de fragilidad en las que se encuentran frente a los demás, lo cual le impone al Estado mayores cargas en la defensa de sus derechos en comparación con lo que debe hacer para defender a otros grupos que no están en la misma situación. Igualmente, se señala que, dado este deber, se debe dar aplicación al principio *pro infans*, que demanda que en cada caso se aplique la medida más beneficiosa para proteger los derechos del menor de edad.

4.2.1. Forma en la que el proyecto de ley protege los derechos de los niños, niñas y adolescentes

El presente proyecto de ley busca **materializar la protección de los derechos del niño en nuestro ordenamiento jurídico** a través de la prestación del servicio de salud, en cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por el Estado colombiano y las disposiciones constitucionales y legales vigentes al evitar la aplicación de **tratamientos médicos sobre los cuales recientemente la ciencia ha advertido que no tienen respaldo científico para demostrar beneficios clínicamente significativos en la salud de los menores de 18 años, y que, por el contrario, pueden causar graves efectos negativos en su salud, en su desarrollo y en su integridad a corto, mediano y largo plazo.**

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

¹⁷⁶ También citada en la Sentencia T-390 del 7 de septiembre de 2020.

- a. Este proyecto de ley desarrolla el numeral 2 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Principio II de la Declaración de los Derechos del Niño, ya que, al tener los niños, el **derecho a cuidado y asistencias especiales**, se evita que estos sean tratados con procedimientos descalificados recientemente por la ciencia por la falta de evidencia sobre sus beneficios y por los efectos nocivos y daños que pueden causar en la salud de los niños, niñas y adolescentes.
- b. El proyecto de ley desarrolla lo dispuesto en el Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, conforme al cual los niños, por su falta de madurez física y mental, requieren protección y cuidados especiales. Por eso, la iniciativa establece medidas orientadas a impedir la realización de procedimientos que puedan producir efectos irreversibles sobre su cuerpo y su salud. También parte de la existencia de incertidumbre científica respecto de la práctica de intervenciones irreversibles en niños, niñas y adolescentes, en un contexto en el que la evidencia sobre el desarrollo neurológico citada en la presente exposición de motivos se extiende hasta los 25 años, lo que refuerza la pertinencia de un estándar de precaución reforzado durante la minoría de edad, sin que ello modifique el umbral de mayoría de edad (18 años) fijado por este proyecto de ley. Por lo tanto, se considera que, debido a la falta de madurez neurológica, es necesario que dichas decisiones se adopten a una edad en la que la persona cuente con la capacidad suficiente para comprender plenamente sus implicaciones y otorgar un consentimiento verdaderamente informado, basado en información adecuada y suficiente.
- c. También se lleva a cabo lo plasmado en el Principio IV de la Declaración de los Derechos del Niño, ya que **permite que los niños crezcan y se desarrollen en buena salud**, al prohibir la práctica de procedimientos médicos no adecuados de acuerdo con las investigaciones y las revisiones sistemáticas de los estudios recientemente analizadas por la comunidad internacional, en las cuales se resaltó la falta de evidencia científica sólida de los beneficios clínicamente significativos y se advirtieron los efectos secundarios negativos en la aplicación de esas prácticas en los menores de edad, tales como un **mayor riesgo trombótico o hipertensión arterial, granos cicatriciales, pérdida de atención, reducción en la densidad mineral ósea y en la altura**, entre varios más.
- d. Se da cumplimiento a los artículos 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 10 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos, dado que los Estados deben **adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños que por sus condiciones de menores se requiere**, al prohibir los tratamientos de afirmación de género en ellos por los efectos nocivos y negativos que pueden generar en su salud y en su desarrollo.
- e. Se da aplicación a los artículos 2, 6, 24 y 27 de la Convención de los Derechos del Niño, pues **se garantiza en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño en el territorio colombiano y se le permite al niño el disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud que están avalados por la comunidad científica**, al prohibir los procedimientos de reasignación por su falta de respaldo en la ciencia y por afectar de forma negativa y en muchas ocasiones irreversible su desarrollo y su nivel de salud con los efectos que estos procedimientos generan en los menores de edad y que han sido documentados a lo largo de esta exposición de motivos. Ellos, se reitera, necesitan cuidados médicos probados científicamente para ayudarlos, darles una mejor vida, garantizar su desarrollo y no exponerlos a riesgos injustificados.
- f. Se da aplicación al literal b) del artículo 4 de la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, debido a que **se protege a las niñas y adolescentes mujeres de intervenciones médicas que afectan su integridad física al no permitirles desarrollarse conforme su feminidad y sexo biológico** (a modo de ejemplo, el desarrollo de sus senos, la aparición de la ovulación y la consecuente fertilidad) o la amputación de los senos sin una justificación válida, por la ausencia de evidencia científica que acredite los beneficios clínicos relevantes de esas intervenciones; se les protege su integridad psíquica y moral, por los argumentos expuestos y también porque ellas se encuentran en una etapa de desarrollo conforme a su anatomía cuya alteración genera también unas consecuencias negativas en su mente y en su psiquis.

- g. El proyecto de ley desarrolla el artículo 44 de la Constitución Política, en atención a que protege el derecho fundamental de la salud de los niños, les **permite gozar de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales ratificados por Colombia** previamente identificados y, por prevalecer sus derechos sobre los demás, establece una prohibición que no afecta sus derechos ni de otros, y en caso de hacerlo frente a estos últimos, la **justificación se encuentra en la aplicación del principio de precaución, dado el riesgo de afectación irreversible a la salud física y mental y a la fertilidad de los niños, niñas y adolescentes derivado específicamente de estas tres intervenciones médicas, sin que ello implique una regulación general de los derechos sexuales o reproductivos como categorías constitucionales autónomas**, mediante la prohibición de estos procedimientos específicos.
- h. Igualmente, se da cumplimiento al artículo 27 del Código de la Infancia y la Adolescencia, ya que **se busca la ausencia de la enfermedad en los niños** con la prohibición de estos procedimientos médicos no avalados por la ciencia, y se propende por el **estado de bienestar físico, síquico y fisiológico** de ellos al evitar que con estas cirugías y terapias se generen los efectos secundarios ya descritos anteriormente que alteran la salud de los menores de edad, inclusive, de por vida.
- i. También, **se siguen los parámetros de interpretación constitucional consolidados por la jurisprudencia de unificación de la Corte Constitucional**, ya que no se somete a las mayorías políticas eventuales que apoyen la afirmación de género en los menores de edad a través de cirugías, terapias hormonales y bloqueadores de la pubertad, pues **el interés superior del niño debe predominar y sus derechos siempre prevalecen sobre los demás**, y la mejor forma de materializar sus derechos, en estos casos, es a través de la prohibición de estos procedimientos, por todos los argumentos científicos y jurídicos expuestos en la exposición de motivos del presente proyecto de ley.

4.2.2. Desarrollo integral y armónico

En la Sentencia C - 507 de 2004 se advirtió que el desarrollo integral y armónico del niño se da de dos formas, así: *"La propia Carta establece la finalidad que con ellas se debe buscar, a saber, garantizar a los niños (i) su desarrollo armónico e integral y (ii) el ejercicio pleno de sus derechos." El desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona (intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural). El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos."*

Teniendo en cuenta lo anterior, se afirma que los tratamientos prohibidos en este proyecto de ley impiden el desarrollo integral del menor, al afectar de forma negativa las esferas intelectual, física, cognitiva, sexual de los niños, niñas y adolescentes, al alterarse la producción hormonal propia e incurrir en la intromisión en sus cuerpos de hormonas del sexo opuesto que disminuyen el crecimiento y desarrollo propio en estas esferas debido a los efectos que producen.

También el desarrollo armónico, pues **las intervenciones médicas prohibidas por este proyecto de ley, al no contar con respaldo científico suficiente, anteponen una decisión clínica irreversible a otros aspectos del desarrollo integral del menor de edad, sin que ello implique un juicio sobre la identidad de género como tal**, ya que, como se ha expuesto, los tratamientos de reasignación de género señalados en este proyecto de ley **afectan el desarrollo del sistema nervioso (y con este la esfera intelectual y cognitiva); alteran el desarrollo del sistema óseo, la estatura, la masa corporal, el peso, la vista y tienen riesgos cardiovasculares (con este se afecta la esfera física); y generan esterilidad y riesgo de imposibilidad de tener una vida sexual plena (con lo que se afecta el aspecto sexual).**

En consecuencia, no puede considerarse que existe un desarrollo integral y armónico del menor con las intervenciones cuya prohibición se busca en este proyecto de ley, y no pueden realizarse aplicando el estándar de autonomía progresiva de manera aislada, sin ponderar —conforme al test fijado por la propia Corte Constitucional— la urgencia e importancia del tratamiento, los riesgos e intensidad del impacto y la edad del menor, criterios que, aplicados a la evidencia científica actual, no se satisfacen para estas tres intervenciones específicas.

4.3. Vulneración de los derechos de la infancia y la adolescencia al utilizar tratamientos de

afirmación de género

4.3.1. Disposiciones vulneradas con la realización de tratamientos de afirmación de género

A continuación, se procede a identificar las normas superiores que se desconocen al realizar tratamientos de afirmación de género sobre niños, niñas y adolescentes:

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 no existe certeza de sus beneficios clínicamente significativos; que existen serios riesgos identificados en las revisiones de la evidencia científica reciente ; que científica y jurídicamente carecen del criterio para comprender las consecuencias que generarán en sus cuerpos y que en varios casos 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 se comprobó su afectación negativa a la salud con algunos 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 esos tratamientos que no tienen certeza de sus beneficios clínicamente relevantes; afectan su desarrollo, su salud física y mental durante su crecimiento y cuyos efectos negativos en algunos casos perduran por toda la vida y no pueden revertirse; y en varios casos, se ha documentado un aumento del riesgo o la ideación suicida, lo que compromete directamente la garantía de su supervivencia.
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 niño, pero advierte de un límite en el literal b) de su numeral segundo, el cual es la protección de la salud pública , por lo cual, por disposición expresa de la Convención, debe prevalecer esta última y se vulnera al permitirles a los niños, niñas y adolescentes recibir tratamientos de la reasignación de género porque se causa un riesgo de afectación irreversible a su salud física y mental, a su integridad, a su desarrollo y a su fertilidad, cuya reversibilidad no está científicamente acreditada, en desmedro 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 niños, niñas y adolescentes va en detrimento del disfrute del más alto nivel posible de salud que ellos pueden tener debido a 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, la pérdida de la fertilidad y la 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 pueden alterar gravemente su crecimiento y madurez, física y mental, su desarrollo adecuado conforme a su biología, el término de su afectación es de por vida, no generan beneficios clínicamente significativos para su salud ni crecimiento y varios de los efectos no pueden reversarse ni total ni parcialmente para cuando tengan mayor comprensión según la propia ciencia o sean adultos. Por lo anterior, estas prácticas desconocen expresamente lo sostenido por la Corte Constitucional en la Sentencia C-507 de 2004 al determinar sobre las medidas de protección en los menores de edad que <i>"La propia Carta establece la finalidad que con ellas se debe buscar, a saber, garantizar a los niños (i) su desarrollo armónico e integral y (ii) el ejercicio pleno de sus derechos."</i> <u>El desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona (intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural). El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos.</u> (Negrita y subraya fuera del texto). Estas prácticas impiden un nivel de vida adecuado y afectan el desarrollo integral, dado que varias áreas, como la intelectual, la física (que incluiría la deportiva), la cognitiva y la emocional son alteradas a raíz de las alteraciones en la anatomía que terminan disminuyendo y modificando de forma negativa estos procesos, considerando únicamente el libre desarrollo de la personalidad, con lo cual, tampoco sería un desarrollo armónico por privilegiarse un aspecto en detrimento de los otros.
Artículo 1. de la Constitución Política	Se vulnera el respeto a la dignidad humana, la cual se entiende: i) como ciertas condiciones materiales concretas de existencia, las cuales no se respetan por el Estado al realizar tratamientos invasivos 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 pueden conllevar, como la alteración en el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, la afectación en el crecimiento óseo, en la altura, la infertilidad, 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, ya que esta integridad física y moral de los menores de 18 años es alterada con las prácticas invasivas en la forma descrita anteriormente y que esta última no puede ser retrotraída a su estado anterior.
Inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Política	Es desconocido al permitir estas prácticas, pues 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.
Artículo 11 de la Constitución Política	Es vulnerado, ya que 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 (T-926 de 1999). Estas facultades son reducidas al permitir las prácticas invasivas en el cuerpo de los menores de 18 años que ocasionan efectos de gravedad en sus cuerpos y que impiden que se desarrollen con todas las facultades, pues tendrán una reducción en la densidad

		mineral ósea, en el desarrollo cognitivo, pérdida de la fertilidad, intenciones de suicidio, posibilidad alta de desarrollar tumores, insatisfacción psicológica pronunciada, autolesiones, pérdidas anatómicas o funcionales de partes de su cuerpo y de órganos sanos, 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.
Inciso tercero del artículo 13 de la Constitución Política		El Estado lo vulnera porque, al aceptar sin más la voluntad manifestada por los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, no está protegiendo a aquellos que por su condición física, mental o económica se encuentran en circunstancia de debilidad, frente a tratamientos que no tienen certeza de sus beneficios clínicamente significativos y que pueden afectar gravemente la salud, y en este caso, la propia ciencia ha establecido que no debe permitirse el consentimiento en los menores de 18 años para esas prácticas, dado que su circunstancia de debilidad y su falta de comprensión relacionada con la edad impiden que el consentimiento cumpla los requisitos necesarios para ser válidamente otorgado por ellos.
Artículo 16 de la Constitución Política	la	Es quebrantado por el propio Estado porque el ejercicio de este derecho, frente a intervenciones médicas irreversibles como las que regula este proyecto de ley, no puede desconocer los graves riesgos clínicos ni la falta de certeza científica sobre sus beneficios, circunstancia que exige una protección reforzada para los menores de 18 años. También existe un riesgo respecto de la función sexual de los niños, niñas y adolescentes derivado de los efectos adversos documentados de estas intervenciones, lo que refuerza la necesidad de aplicar el principio de precaución mientras no exista evidencia científica suficiente, sin que ello constituya una regulación general del derecho al libre desarrollo de la personalidad.
Artículo 42 de la Constitución Política	la	Es desconocido por el Estado porque estas intervenciones afectan los derechos reproductivos de los niños, niñas y adolescentes, 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 pérdida de la fertilidad en los menores de edad, estas prácticas afectan totalmente sus derechos reproductivos por la incapacidad total o parcial de procrear y les impedirá ejercer este derecho a futuro en una edad adulta. También afecta el derecho a formar una familia, el cual también se ve comprometido, ya que la pérdida de fertilidad ocasionada por estas intervenciones les impide definitivamente materializar, en la edad adulta, las distintas opciones y proyectos de vida familiar que, según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, hubieran podido construir (C-131 de 2014), por no poder tener descendencia biológica.
Artículo 44 de la Constitución Política	la	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 omite su deber de protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, puesto que estos tratamientos vulneran precisamente este desarrollo, 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.
Artículo 45 de la Constitución Política	la	Se vulnera con estas prácticas porque se desconoce el derecho que tienen los adolescentes de ser protegidos y formados integralmente, y estos tratamientos, además de no existir certeza

	sobre sus beneficios clínicamente relevantes, atentan contra su propia salud física y mental, contra su desarrollo integral y contra su propia integridad, dado su carácter potencialmente irreversible y la ausencia de evidencia científica suficiente sobre sus beneficios en menores de edad.
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 niños, niñas y adolescentes que las realizan, tal y como se ha expuesto a lo largo de este proyecto de ley. Por el contrario, pueden causar detrimentos y perjuicios irremediables y de por vida , y no está acreditada la recuperación de los niños, niñas y adolescentes que se someten a estos tratamientos (verbigracia, en la reducción de la densidad mineral ósea). Además, es deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud, lo cual se desconoce al permitirle a ellos, quienes requieren especial cuidado por la falta de desarrollo que tienen, a decidir la práctica de tratamientos que no benefician significativamente su salud pero que la pueden perjudicar gravemente, y que pueden generar consecuencias como la no disminución de la tendencia al suicidio, a la autolesión, y otros efectos de orden físico y mental.

4.4. Ausencia de un consentimiento informado válido a la luz de la evidencia científica disponible

4.4.1. Aplicación del test de validez del consentimiento a la luz de la evidencia clínica y científica disponible

La solución al problema jurídico exige aplicar el mismo test de ponderación que la propia Corte Constitucional ha diseñado para valorar la voluntad del niño, niña o adolescente frente a un tratamiento médico específico: **la urgencia e importancia del tratamiento para sus intereses, los riesgos e intensidad del impacto sobre su autonomía presente y futura, y su edad.** Aplicado a la evidencia científica actual sobre los procedimientos que regula este proyecto de ley, ese mismo test conduce a privilegiar **el interés superior del menor de 18 años, la prevalencia de sus derechos sobre los demás y la protección de su vida, salud e integridad física y emocional, de su desarrollo sano y de su fertilidad, cuya afectación puede ser irreversible**, por sobre el consentimiento para estos procedimientos específicos.

Los pronunciamientos jurisprudenciales —puntualmente la T-218 de 2022— han avalado estos tratamientos en menores de edad con base en lo señalado por el artículo 16 de la Constitución Política que establece el derecho al libre desarrollo de la personalidad y por el artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño que reconoce la evolución de las facultades del niño y señalan que se apartan del concepto de incapacidad de naturaleza civil para estimar estas capacidades evolutivas y proteger su autonomía, por lo que, uno de los escenarios fundamentales en los que **se ha desligado la autonomía de los niños, niñas y adolescentes de las reglas generales de incapacidad es en el ámbito médico.**

Ahora bien, esa misma doctrina —que desliga la autonomía de los niños, niñas y adolescentes de las reglas generales de incapacidad civil en el ámbito médico— no se construyó en abstracto, sino sobre la premisa de que el menor de edad puede ejercer esa autonomía en su propio beneficio, esto es, que el tratamiento respectivo le reporta una ventaja clínica que justifica reconocerle un peso decisivo a su voluntad. Frente a los tratamientos de afirmación de género mediante bloqueadores de pubertad, cirugías de afirmación y terapias hormonales de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes, la propia ciencia médica ha establecido recientemente la falta de certeza sobre los beneficios clínicamente significativos de estos tratamientos, así como sus efectos adversos sobre la vida, la dignidad humana, la integridad personal, la salud física y mental, el desarrollo y la fertilidad de quienes los reciben, cuya afectación puede ser irreversible. **Esta evidencia no cuestiona la doctrina de la capacidad evolutiva; lo que muestra es que, para este tipo específico de intervenciones, la premisa de un beneficio clínico cierto sobre la cual se edificó el reconocimiento de esa autonomía no se verifica hoy.**

Se menciona lo anterior porque en estos casos la decisión de realizar el tratamiento no solo recae sobre el género o la identidad del menor de edad (y no puede compararse con otras decisiones como el cambio de la información registrada en un documento de identidad), sino que genera algunas **consecuencias seriamente negativas** en su vida, en su desarrollo, en su salud mental y física, y que no existe certeza de que todos estos efectos puedan revertirse. En algunos casos, incluso, existe certeza de que no pueden serlo.

Cabe señalar que los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre la materia son **anteriores a la evidencia científica más reciente sobre los riesgos de una transición inapropiada** de género y sobre las dificultades que los niños, niñas y adolescentes pueden experimentar en su pubertad si desean retomar su género original tras cambiar de opinión, riesgos que ya fueron advertidos por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS).

Se han demostrado las dificultades que existen para los niños, niñas y adolescentes **comprender y sopesar la información de lo que realmente implican este tipo de tratamientos**, en la medida en que, un niño puede comprender el concepto de la pérdida de fertilidad, pero no es lo mismo el comprender cómo ésta afectará su vida adulta. La actitud de un menor de 18 años sobre el hecho de tener hijos biológicos y la comprensión de lo que realmente significa es muy probable que cambie en el período de la infancia o adolescencia al de la adultez. Para muchos niños, no será posible conceptualizar lo que implicaría concebir hijos a través de su propio esperma o dar a luz en su etapa adulta. Lo mismo ocurre con el **desarrollo** y la vida sexual, y las implicaciones que podría tener en la vida adulta, pues será imposible para ellos comprender esos efectos, tal y como se advirtió en el caso Bell v Tavistock en el Reino Unido.

En el caso de los tratamientos de afirmación de género, ante los graves efectos que la evidencia científica ha comprobado que pueden causar, la protección de los derechos y bienes jurídicos de los niños, niñas y adolescentes no implica un detrimento de su libre desarrollo de la personalidad ni de sus facultades evolutivas, pues el límite se establece en los 18 años por el principio de precaución, no de forma indeterminada o permanente ni bajo consideraciones sobre su identidad.

En vista de lo anterior, la aplicación del test que la propia Corte Constitucional ha fijado para ponderar la voluntad del menor de edad frente a un tratamiento médico —urgencia e importancia del tratamiento, riesgos e intensidad del impacto sobre su autonomía, y edad— conduce a concluir que, para los tratamientos de afirmación de género mediante bloqueadores de pubertad, terapias hormonales y cirugías de afirmación, **no se configura hoy un consentimiento válido del niño, niña o adolescente**: no existen beneficios clínicamente significativos acreditados, no hay certeza científica sobre la totalidad de sus efectos, y subsisten graves riesgos para la salud y otros derechos del menor. En consecuencia, mientras no se acredite la satisfacción de esos tres criterios frente a **este tipo de intervenciones irreversibles**, el mismo marco jurisprudencial impone privilegiar la protección de la salud, la vida y los demás derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes.

Aplicación del test de proporcionalidad

La propia Corte Constitucional, en la Sentencia C-246 de 2017, al estudiar la **prohibición de procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos** para menores de 18 años y el consentimiento informado que ellos pueden otorgar, expuso lo que a continuación se cita: *“Esta Corporación ha sostenido que las **medidas de carácter paternalista** pueden justificarse a la luz del orden constitucional, siempre que: (i) procuren el **bienestar y protección de las personas**, en relación con derechos que la misma Constitución haya privilegiado como objeto de garantía reforzada; y (ii) sean medidas **proporcionales en sentido estricto**, esto es, a) que busquen el cumplimiento de una finalidad afincada en los principios constitucionales, b) que el grado de restricción del derecho de autonomía, sea acorde a la importancia del principio constitucional que se pretende garantizar, c) que la medida resulte **necesaria** porque no existe otra para lograr la misma finalidad, y d) que su implantación no implique el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden proteger. Esta Corporación ha denominado a la metodología de análisis anterior, **test de proporcionalidad**”* (Negrilla fuera del texto).

Teniendo en cuenta lo expuesto por esta sentencia, se tiene que las medidas de este proyecto de ley se justifican a la luz del orden constitucional y también internacional, con el siguiente test de proporcionalidad:

- a. **Procuran el bienestar de los niños, niñas y adolescentes**, en consideración a que con ellas se protegen sistemáticamente los derechos previstos en la Constitución Política y en la Convención de los Derechos del Niño, aplicable en Colombia por el bloque de constitucionalidad.
- b. Son medidas **proporcionales en sentido estricto**, pues: (i) buscan una **finalidad afincada en los principios constitucionales e internacionales**, la cual es la defensa del interés superior del niño desde una interpretación sistemática y no individualista de una disposición que termina desconociendo a los demás derechos; y (ii) el **grado de restricción a la autonomía es acorde con la importancia de los principios** constitucionales que se pretenden garantizar, en este caso, a la vida, a la dignidad humana, al desarrollo, a la salud física y mental, a la integridad y a la fertilidad de los menores de 18 años, conforme a lo que se expuso en el cuadro mencionado y al contexto actual de la evidencia científica.
- c. **La medida es necesaria**, pues no existe otra para la protección de los demás principios constitucionales y la protección del interés superior del niño, ya que cualquier medida que permita la realización de las prácticas invasivas en sus cuerpos siendo los niños, niñas y adolescentes, puede conllevar a la afectación de los demás derechos consagrados en la carta que tienen un resorte importante y deben prevalecer para el presente caso, teniendo en cuenta: i) la falta de certeza de los beneficios clínicamente relevantes de los tratamientos, ii) la incertidumbre de la totalidad de sus efectos, iii) los graves riesgos identificados actualmente para sus derechos, algunos de carácter irreversible.
- d. Su implantación **no implica el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden defender**, por el contrario, **son más los principios y valores que se protegen y más importantes que aquellos que eventualmente se limitan con esta restricción**, y adicionalmente, la permisión de estas prácticas puede generar un riesgo grave e irreversible para la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo la pérdida de fertilidad, sin que exista hoy evidencia científica suficiente que permita descartarlo.

El citado fallo sostuvo que **el derecho de los niños al libre desarrollo de la personalidad en las intervenciones médicas no es absoluto**, como no lo es tampoco el consentimiento sustituto (el cual es el consentimiento de los padres por los hijos). En ambos espectros, las limitaciones están dadas por **las capacidades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes**, pero también por el **tipo de intervención** que se va a realizar con el objetivo de maximizar siempre el ejercicio de su autonomía presente y futura, con las excepciones indicadas.

Sobre estas, se indicó que para sopesar el valor de la opinión de los niños, niñas y adolescentes acerca del tratamiento que quiere le sea practicado, se debe tener en cuenta (criterio también compartido en la Sentencia C-182 de 2016): (i) **la urgencia e importancia misma del tratamiento** para sus intereses; (ii) **los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento** sobre la autonomía actual y futura; y (iii) **su edad**.

Es importante precisar que las novedades científicas registradas a nivel internacional —documentadas en el numeral 1.1 de esta exposición de motivos— no pretenden cuestionar ni desconocer la doctrina de la capacidad evolutiva de los niños, niñas y adolescentes que la propia Corte Constitucional ha desarrollado. La ley no controvierte que existan facultades evolutivas ni que estas deban ser respetadas y ponderadas conforme al artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño. Lo que hacen esas novedades científicas es iluminar, con evidencia empírica actualizada, el juicio que la propia Corte ha ordenado realizar para determinar el peso que debe darse a la voluntad del menor de edad frente a un tratamiento médico específico, conforme a los tres criterios fijados en la Sentencia C-182 de 2016 y reiterados en la Sentencia T-218 de 2022: (i) **la urgencia e importancia del tratamiento** para sus intereses; (ii) **los riesgos y la intensidad del impacto** sobre su autonomía actual y futura; y (iii) **su edad**.

Bajo ese mismo marco jurisprudencial, la evidencia científica internacional recogida en esta exposición de motivos no hace sino acreditar que, frente a los tratamientos de afirmación de género en menores de edad, los criterios (i) y (ii) no se satisfacen: no existe la urgencia ni el respaldo de beneficios clínicamente significativos que exigiría reconocer un peso decisivo a la voluntad del menor, y los riesgos e incertidumbres sobre los efectos irreversibles son de tal magnitud que la intensidad del

impacto sobre su autonomía futura desborda lo que la propia Corte ha considerado admisible dejar en manos de un consentimiento actual. En otras palabras, no se trata de que la ley niegue la capacidad evolutiva de los niños, niñas y adolescentes, sino de que, aplicando el mismo test que la Corte ha diseñado para ponderarla, no existe hoy evidencia científica suficiente que permita a los menores de edad decidir válidamente sobre estos tratamientos específicos.

Para el presente caso, no se cumplen los requisitos del consentimiento del niño, niña y adolescente por lo siguiente:

- a. **La importancia y la urgencia del tratamiento para sus intereses es desacreditada.** La evidencia científica actual demostró que estas prácticas no tienen beneficios clínicamente significativos en los niños, niñas y adolescentes que son intervenidos, tal y como se ha expuesto en este proyecto de ley, lo que descartaría, además, la premura o urgencia en este tratamiento. Además, se ha establecido por un gran consenso de la comunidad científica la falta de certeza científica de la totalidad de los efectos de estos tratamientos.
- b. **Los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura no han sido descartados por la evidencia disponible y pueden ser significativos e irreversibles,** pues las consecuencias de estos tratamientos pueden generar alteraciones altamente negativas en la vida, en la dignidad humana, en la salud física y mental, en la integridad, en el desarrollo, en los derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia de los niños, niñas y adolescentes, que ya han sido descritas en el numeral 3.7.2 de esta exposición de motivos, al cual se remite en su integridad para no reiterar el catálogo completo.
- c. **La evidencia científica sobre el desarrollo neurológico hasta los 25 años refuerza la pertinencia de aplicar un estándar de precaución reforzado durante la adolescencia;** sin perjuicio de ello, el proyecto de ley fija como umbral la mayoría de edad (18 años), conforme al criterio general de capacidad civil, sin que esto implique afirmar que la madurez decisional se alcanza exactamente en ese momento para todo tipo de decisiones.

En el citado pronunciamiento, se hace alusión a la doctrina de UNICEF, en la cual, se señala que, en la toma de decisiones en materia de salud, entre los elementos esenciales para determinar la competencia se encuentra la **habilidad de evaluar los potenciales beneficios riesgos y daños**, lo que implica que el niño debe ser **capaz de comprender las consecuencias de las diferentes líneas de conducta**, cómo lo afectarán, cuales riesgos se presentan y cuáles son las implicaciones a corto y largo plazo.

Aplicado el test de ponderación fijado por la Corte Constitucional a estas tres intervenciones específicas, no se acredita esta habilidad para el caso presente, en la medida en que la incertidumbre científica sobre sus riesgos y beneficios —que se busca dilucidar mediante estudios experimentales bajo protocolos estrictos de investigación con acompañamiento hasta la edad adulta de los participantes— impide contar hoy con información suficiente, de manera que **los niños, niñas y adolescentes no pueden valorar adecuadamente las implicaciones a corto y largo plazo de la decisión, conforme a los criterios de urgencia, riesgo e intensidad de impacto y edad, ni los potenciales riesgos que a la fecha no han sido definidos en su totalidad con absoluta certeza.**

A modo de ejemplo, en el Reino Unido se estableció la “*Gillick Competence*”¹⁷⁷, la cual es usada para evaluar si un niño tiene la madurez para adoptar unas decisiones y para comprender las implicaciones de esas decisiones. Esta no es válida si el joven está siendo **presionado o influenciado** por alguien más, y se advierte que el consentimiento de ellos puede ser **afectado por diversos factores**, tales como el **estrés, las condiciones de salud mental y la complejidad de la decisión que están tomando**¹⁷⁸.

En ese orden de ideas, se menciona que, según aquel contexto, la complejidad de las decisiones, como en este caso la aplicación de las intervenciones invasivas descritas en este proyecto de ley con

¹⁷⁷ Gillick competence. NSPCC Learning. Gillick competency and Fraser guidelines. 05/08/2022. [Consultado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: [Gillick competence and Fraser guidelines | NSPCC Learning](#).

¹⁷⁸ Gillick competence. NSPCC Learning. Gillick competency and Fraser guidelines. 05/08/2022. [Consultado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: [Gillick competence and Fraser guidelines | NSPCC Learning](#).

sus respectivas consecuencias de por vida; las demás condiciones de salud mental que, por lo general, padecen quienes son diagnosticados con disforia o discordancia de género (según la evidencia científica); y el estrés que pueden tener los menores, afectan el consentimiento de los jóvenes.

El precedente de la esterilización en menores (C-131 de 2014)

En otro pronunciamiento de constitucionalidad, la Sentencia C-131 de 2014, la Corte Constitucional declaró exequible la **prohibición de la anticoncepción quirúrgica en menores de 18 años**. En esa ocasión, se afirmó que *"la institución de la capacidad jurídica busca permitir el desarrollo de las personas en el marco de las relaciones que surgen de la sociedad. Es también un instrumento de protección de sujetos que, por varias razones, como la edad, no están en condición de asumir determinadas obligaciones."*

La sentencia, además, indicó sobre la limitación al libre desarrollo de la personalidad en los niños, niñas y adolescentes lo que a continuación se cita: **"2) En términos generales, la regla es la de presumir la incapacidad del menor de edad. La ley civil reconoce la diferencia entre niños, impúberes y menores adultos estableciendo que las dos primeras categorías carecen de capacidad legal. De otra parte, reconoce capacidad relativa a los menores adultos. 3) La capacidad se encuentra estrechamente relacionada con el ejercicio pleno del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Aunque cada caso debe ser evaluado individualmente, los extremos de la ecuación son los siguientes (i) A menor edad y mayor implicación de la decisión, en relación con el goce efectivo de los derechos fundamentales, se presume la incapacidad total o relativa del menor, por lo cual mayor será la intensidad de las medidas de protección restrictivas de sus libertades. Por ejemplo, en temas relativos a la salud del niño que impliquen un riesgo para su vida o integridad, se hace más riguroso el examen de la capacidad del menor para decidir sobre tratamientos o intervenciones médicas, ampliando el alcance de la representación de sus padres o representantes legales. (ii) Por el contrario, cuando se trata de menores adultos o púberes, se hace necesario armonizar el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su libertad de autodeterminación. (...)**

"5) Ni la Constitución Política ni la jurisprudencia son completamente neutrales a la hora de evaluar las restricciones al libre desarrollo de la personalidad y la autonomía. Se reconocen ciertos valores superiores que deben primar en nuestra sociedad. Se constata una tendencia a proteger la decisión que mejor preserve la integridad de las condiciones físicas necesarias para que la persona que aún no cuenta con la autonomía suficiente para tomar decisiones sobre su propia vida y salud, pueda decidir cómo va a ejercer dicha libertad en el futuro. Es lo que la jurisprudencia ha denominado como protección mediante la figura del consentimiento orientado hacia el futuro." (Negrilla fuera del texto).

En este orden de ideas, se advierte que, en la ecuación prevista por la jurisprudencia constitucional, a mayor implicación de la decisión en el goce efectivo de los derechos fundamentales del menor, mayor es la presunción de incapacidad —total o relativa— y, con ella, la intensidad admisible de las medidas de protección. Dado que los tratamientos regulados en este proyecto de ley generan, según la evidencia expuesta, un impacto de esa magnitud sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, **el mismo criterio conduce a diferir su consentimiento hasta la mayoría de edad**, sin que ello implique negar su capacidad evolutiva sino reconocer que, conforme a los propios parámetros fijados por la Corte, esta no alcanza aún el umbral que exigiría reconocerle un peso decisivo a su voluntad frente a estas intervenciones específicas.

Como lo sostuvo la Corte Constitucional en este último pronunciamiento, **"no se puede asegurar que una persona de 18 años sea plenamente madura"** para comprender estas consecuencias; no obstante, existe una presunción en la Constitución y en la ley, teniendo de presente que la capacidad va evolucionando, motivo por el cual, el límite mínimo de la mayoría de edad, que fue válido para aquel momento con la prohibición de la anticoncepción quirúrgica, también lo es para estas disposiciones que tienen, dentro de sus efectos, la pérdida de la fertilidad también.

También se menciona que la Corte Constitucional ha determinado la **prohibición de la anticoncepción quirúrgica en los menores de 18 años como una práctica totalmente acorde con la Constitución Política**. Por lo tanto, al derivar los tratamientos invasivos de afirmación de género descritos en el presente proyecto de ley en varias consecuencias en la vida de los niños, niñas y

adolescentes, entre ellas, la afectación de la capacidad reproductiva, se tiene que la prohibición de esta norma obedece, también, a un fin constitucional y convencional debido, porque la realización de estas prácticas genera una consecuencia sobre la cual ya existe un pronunciamiento de constitucionalidad en pro de la protección de sus derechos.

Valga resaltar que la Sentencia C-634 de 2011, en su párrafo 19.9, señaló que las consideraciones de las sentencias del control de constitucionalidad de las leyes tienen fuerza vinculante para todas las autoridades, motivo por el que se toman de presente para fundamentar la exposición de motivos de este proyecto de ley.

Adicionalmente, la Sentencia C-131 de 2014 desarrolla el concepto del **consentimiento orientado hacia el futuro**, conforme al cual se debe **proteger la decisión que mejor garantice íntegramente las condiciones físicas** indispensables para que el niño, niña y adolescente que no tiene la autonomía necesaria para adoptar decisiones sobre su vida y salud, pueda comprender y decidir la forma en la que ejerce su libertad en el futuro.

También se ha significado por este consentimiento que la decisión se funda en aquello que *"los hijos verán con beneplácito al ser plenamente autónomos, no sobre aquello que ven en la actualidad con beneplácito"*¹⁷⁹, por ejemplo, cuando un niño se opone a una vacunación y el padre lo fuerza a vacunarse, no se vulnera su autonomía, ya que es lícito suponer que, en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la corrección de la intervención paternal.

El precedente sobre cirugías de reasignación en un menor (T-477 de 1995)

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

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

La Academia de Medicina, en la mencionada sentencia, advirtió que *"La pérdida del pene en cualquier momento de la vida tiene consecuencias devastadoras. Aún los niños más pequeños saben que ya no son normales y tendrán miedo acerca de su futuro. En el adulto, la pérdida de actividad sexual puede tener consecuencias catastróficas."*

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

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

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

"El sexo constituye un elemento inmodificable de la IDENTIDAD de determinada persona y sólo

¹⁷⁹ Corte Constitucional, SU-337 de 1999, T-850 de 2002, T-560* de 2007, C-131 de 2014 y C-246 de 2017.

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

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

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

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

"Artículo 7º.- "Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. **En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos**" (subrayas no originales).

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

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

Conforme a lo expuesto, se reitera que los procedimientos de bloqueadores de la pubertad, terapias de hormonización cruzada y las cirugías de afirmación han sido cuestionados recientemente por la evidencia científica encargada de advertir la falta de beneficios clínicamente significativos que estos ofrecen a la salud de los niños, niñas y adolescentes y, por el contrario, causan efectos negativos en su anatomía y en su integridad ya expuestos a lo largo del proyecto de ley.

En línea con lo expuesto, deben también tenerse en cuenta los pronunciamientos de sede de constitucionalidad, sobre la capacidad que tienen los niños, niñas y adolescentes para consentir en intervenciones altamente invasivas en su anatomía con riesgos elevados que generan consecuencias irreversibles.

Como se explicó supra, la Sentencia C-131 de 2014 establece además la pauta con la que debe entenderse el consentimiento de los niños, niñas y adolescentes para estas intervenciones.

Evidencia sobre la madurez cognitiva en la adolescencia

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

Según lo indicado en esa sentencia, la Pontificia Universidad Javeriana afirmó que: los adolescentes entre 14 y 18 años ***"son vulnerables en el desarrollo cognitivo, encontrándose en un proceso que busca el equilibrio de sus estructuras cognitivas y una transición de formas de pensamiento concreto a pensamiento abstracto. Como resultado de lo anterior, no es posible garantizar que adolescentes comprendidos en dichos rangos de edad, tengan la madurez psicológica necesaria para tomar***

una decisión con implicaciones permanentes ya que aún **persisten fantasías de esterilidad, distorsión en la información, controversias entre sistemas de valores de padres y adolescentes; existen importantes inconsistencias y argumentos de sus decisiones a largo plazo a propósito de su sexualidad, genitalidad e identidad sexual**". El grado de vulnerabilidad social de cierta población, puede dificultar la toma informada y consciente de este tipo de decisiones. Algunos autores señalan que, dado que en la **adolescencia se consolida la identidad sexual, no sería el momento para tomar decisiones que tengan que ver con el cuerpo de los jóvenes**. Es importante anotar que en la adolescencia los jóvenes **"tienen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, lo cual les lleva a adoptar conductas de riesgo, con el consiguiente aumento del embarazo adolescente, ITS e infección de VIH"** (Negrita fuera del texto).

A renglón seguido, La Universidad Nacional advirtió: **"la adolescencia es un período de formación de la personalidad en el que se carece de la capacidad de razonar a largo plazo de modo que el joven parece vivir en el presente permanentemente "como si no pudiera pensar lo que hay más allá de las alegrías y frustraciones actuales."** (Negrita fuera del texto).

En síntesis, se concluye de lo expuesto en los conceptos citados lo siguiente:

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

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

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

Siendo así, en aquella ocasión y para este proyecto de ley, no puede afirmarse que la edad señalada como mínimo para realizarse las intervenciones prohibidas constituya una discriminación, ya que, **al llegar a la mayoría de edad, se permitirá al niño, niña y adolescente decidir, de manera libre,**

informada y cualificada, si desea acceder a estos tres tratamientos específicos con hormonización cruzada y cirugías, momento en el cual sí se cuenta con la plena capacidad civil para prestar el consentimiento informado que hoy no puede acreditarse. Así, en lugar de configurarse como una restricción sustancial de estos derechos, se entiende como una regulación temporal del ejercicio con respecto a estos tratamientos puntuales.

Así, se debe tener de presente que sobre la esterilización definitiva en menores de 18 años ya existe una **cosa juzgada constitucional**, y si bien en aquella ocasión las intervenciones invasivas que se prohibieron fueron otras, los resultados y los efectos nocivos que pueden generar en el cuerpo son los mismos a los que se prohíben en esta norma – pues todos tienen el riesgo de afectar la fertilidad y no existe certeza de su reversibilidad, tal y como se ha expuesto con la evidencia científica a lo largo del proyecto de ley. Por lo tanto, una de las consecuencias de las protecciones que busca la norma, que es evitar también la afectación de los derechos reproductivos de los niños, niñas y adolescentes evitando la afectación a la fertilidad, ya fue objeto de un pronunciamiento de constitucionalidad.

4.5. Interpretación sistemática de las disposiciones constitucionales e internacionales y aplicación de los principios *pro infans* y del interés superior del niño

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

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

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

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

De acuerdo con lo anterior, una lectura armonizada y sistemática de las disposiciones de la Constitución Política y de la Convención de los Derechos del Niño no permite inferir que, frente

a estas tres intervenciones médicas específicas y en las actuales condiciones de incertidumbre científica sobre sus beneficios y riesgos, el test de ponderación fijado por la Corte Constitucional habilite hoy a los niños, niñas y adolescentes a emitir un consentimiento válido para realizarse reasignaciones de género a través de las prácticas identificadas en este proyecto de ley que, de acuerdo con lo claramente acreditado por la ciencia médica, no les generan beneficios clínicos significativos, les van a ocasionar graves consecuencias en su vida, en su dignidad humana, en su desarrollo, en su salud física y mental y en su integridad, en sus derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia, en total detrimento y afectación de las demás disposiciones de la Convención y de la Constitución Política que les reconocen sus derechos y obligaciones al Estado.

El Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño cita expresamente el texto de la Declaración de los Derechos del Niño, en virtud del cual, "el niño, por su **falta de madurez física y mental**, necesita **protección y cuidado especiales**, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento." Adicionalmente, el numeral 2 del artículo 31 de la Convención de Viena de 1969, señala sobre las reglas de interpretación de los tratados que, "Para los efectos de la interpretación de un tratado, el contexto comprenderá, además del texto, incluidos su preámbulo y anexos".

En ese orden de ideas, es indispensable para interpretar la Convención de los Derechos del Niño, tener de presente que ellos requieren de la protección y cuidados especiales por carecer de madurez física y mental, deber que se desconoce al permitirles consentir sobre tratamientos en sus cuerpos que no tienen evidencia sólida de generarles beneficios clínicamente significativos y sobre los cuales existe evidencia documentada, aunque de calidad metodológica limitada, de que pueden acarrearles consecuencias negativas en su vida, salud física y mental, desarrollo e integridad, en su dignidad humana y en su fertilidad, con imposibilidad de retrotraer varias de ellas para cuando tengan la madurez necesaria o incluso desistan de continuar con el tratamiento.

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

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

"Los artículos 8 y 9 establecen la definición del interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes y la prevalencia de sus derechos. Se entiende por interés superior, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes. **En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño.** Sobre la prevalencia, la norma dicta que todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe un conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona."¹⁸⁰ (Negritas fuera del texto).

Por ello, se obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos humanos del niño, que son prevalentes, universales e interdependientes, y no solo asegurar uno en detrimento de los otros, como ocurriría de permitirse la realización de tratamientos médicos que, según la evidencia científica actual, conllevan un riesgo grave e irreversible para la salud y la fertilidad de los niños, niñas y adolescentes, mientras no exista evidencia suficiente que permita ponderar adecuadamente sus beneficios y riesgos conforme al test de capacidad evolutiva aplicable.

¹⁸⁰ Corte Constitucional, Sala de Revisión de Tutelas, T-512 del 16 de septiembre de 2016.

Este planteamiento se sustenta, asimismo, en lo expuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia C-039 de 2025, la cual sostuvo:

“Como quedó expuesto en las consideraciones de la presente sentencia, tanto el sistema jurídico internacional como el interno coinciden en reconocer la existencia de dos directrices dirigidas a afianzar la especial protección a favor de la niñez^[179]; i) el principio de interés superior del menor, **“que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes”**^[180] y ii) el principio *pro infans*, considerado como **“un instrumento jurídico valioso para la ponderación de derechos de rango constitucional, frente a eventuales tensiones, debiendo escogerse la interpretación que brinde la mayor protección a los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes”**^[181]. Siempre que las autoridades administrativas o judiciales se enfrenten a casos en los que puedan resultar afectados los derechos de una niña, niño o adolescente, “deberán aplicar el principio de primacía de su interés superior, y en particular acudir a los criterios fácticos y jurídicos fijados por la jurisprudencia constitucional para establecer cuáles son las condiciones que mejor satisfacen sus derechos”^[182] (Negrita y subraya fuera del texto).

Esta definición del principio *pro infans* ha sido citada por la Corte Constitucional en otros pronunciamientos, como la C-177 de 2014, la SU-433 de 2020 y la T-351 de 2021. También se ha desarrollado y aplicado en los fallos T-225 de 2022 y SU-167 de 2024.

Conforme a lo anterior, **en el evento en que entren en conflicto dos o más disposiciones normativas, debe aplicarse la más favorable al interés superior del niño y la que brinde la mayor protección a sus derechos**. Esa tensión se presenta, en este caso, entre la autonomía que se invoca, con fundamento en el artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño y en el artículo 16 de la Constitución Política, para acceder específicamente a los tratamientos de afirmación de género regulados en este proyecto de ley, de un lado, y el deber de protección reforzada de la salud, la vida y la integridad de los niños, niñas y adolescentes que consagran las demás disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño, de la Carta Política y del bloque de constitucionalidad; de otro. **Esa tensión debe resolverse a favor de la satisfacción integral y simultánea de los derechos del niño y de las disposiciones que les sean más favorables, las cuales serían la prohibición de la realización de estos tratamientos hasta que cumplan la mayoría de edad, pues esta solución no afecta su vida, integridad, salud física y mental, desarrollo, dignidad humana ni su fertilidad, y les permite, eventualmente, decidir cuando alcancen la mayoría de edad**. En cambio, privilegiar la autonomía para el caso particular afectaría los demás derechos fundamentales y humanos de los niños, niñas y adolescentes, de forma que puede ser irreversible.

Relación con el estándar de autonomía progresiva

Un eventual cuestionamiento a esta conclusión invocaría el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la doctrina de la evolución de las facultades del niño, desarrollada por la Corte Constitucional en la Sentencia SU-337 de 1999 (caso de asignación quirúrgica de sexo a un menor intersexual) y reiterada en la Sentencia T-850 de 2002, así como por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la Opinión Consultiva OC-24/17 sobre identidad de género, igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo, y en los Principios de Yogyakarta¹⁸¹¹⁸². Estos precedentes reconocen, en efecto, que el niño, niña o adolescente debe participar, según su grado de madurez, en las decisiones sobre intervenciones en su propio cuerpo.

Sin embargo, dicha doctrina fue formulada para escenarios de decisión individual, caso por caso, ante una intervención ya practicada o inminente, y no resuelve por sí sola la pregunta que aquí se plantea: si, ante la incertidumbre científica sobre los beneficios y los riesgos irreversibles de estos tratamientos, el legislador puede fijar, con carácter general, una edad mínima para su práctica.

La Corte Constitucional abordó una tensión similar en la Sentencia C-131 de 2014, en el contexto de

¹⁸¹ Corte Constitucional, Sentencia SU-337 de 1999, M.P. Alejandro Martínez Caballero; Sentencia T-850 de 2002, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

¹⁸² Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017; Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, 2007 (actualizados como Principios de Yogyakarta +10, 2017).

intervenciones quirúrgicas irreversibles en menores intersexuales, en la que dispuso que dichos procedimientos debían postergarse hasta que el menor pudiera otorgar su consentimiento informado y cualificado, salvo autorización judicial que constatará una necesidad médica urgente. Si bien ese precedente no fija una regla general de aplazamiento del consentimiento, sí respalda que, ante la irreversibilidad de la intervención, la ausencia de urgencia médica y la incertidumbre científica sobre sus beneficios y riesgos, el legislador pueda —en ejercicio de su margen de configuración normativa y del principio de precaución desarrollado en el siguiente apartado— fijar una edad mínima con carácter general, sin que ello vacíe de contenido la autonomía progresiva, que se preserva y se ejerce plenamente al alcanzar la mayoría de edad.

Justificación del numeral 21 del artículo 20 de la Ley 1098 de 2006

La presente exposición de motivos y las razones técnicas, científicas, bioéticas y jurídicas expuestas permiten justificar la inclusión de un nuevo numeral en el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006, que contiene el Código de la Infancia y la Adolescencia, para establecer el derecho que tienen los niños, niñas y adolescentes a la protección contra los tratamientos médicos que carezcan de la validez científica requerida, y que puedan causarles un detrimento en su salud física y mental.

4.6. Naturaleza de ley ordinaria del proyecto

La reserva de ley estatutaria prevista en el artículo 152, literal a), de la Constitución Política tiene, según jurisprudencia constante de la Corte Constitucional, una interpretación restrictiva: no basta que una norma se relacione con un derecho fundamental o que sus destinatarios sean sujetos de especial protección constitucional para que deba tramitarse como ley estatutaria; es necesario que la norma tenga por objeto directo regular el derecho de manera integral, estructural y completa, o que afecte su núcleo esencial (Corte Constitucional, sentencias C-687 de 2002, C-993 de 2004, C-942 de 2009, C-022 de 2021 y C-278 de 2024). Sostener lo contrario "vaciaría la competencia del legislador ordinario" para regular cualquier materia que incida, aunque sea tangencialmente, en un derecho fundamental.

En aplicación de este criterio, la Corte ha mantenido dentro del ordenamiento jurídico, como leyes ordinarias, estatutos que regulan aspectos sensibles de derechos fundamentales de sujetos de especial protección: la Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia), frente a cuya demanda por desconocimiento del artículo 152 la Corte señaló que "la calidad de sujetos de especial protección constitucional es insuficiente para concluir que una ley debe ser objeto de ese trámite especial" (C-465 de 2020); y la Ley 1996 de 2019, sobre capacidad legal de las personas con discapacidad, que la Corte declaró no sometida a reserva estatutaria a pesar de regular directamente el ejercicio de su autonomía (C-022 de 2021). En la misma línea se encuentra la Ley 679 de 2001, que desarrolla el artículo 44 de la Constitución mediante medidas preventivas y sancionatorias frente a la explotación sexual de menores, y que ha permanecido vigente como ley ordinaria desde su expedición.

El presente proyecto de ley se ajusta a ese mismo estándar. Su objeto directo no es regular de manera integral, estructural o completa el derecho al libre desarrollo de la personalidad o derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, ni afecta su núcleo esencial. El objeto exclusivo de esta ley es la aplicación del principio de precaución a tres intervenciones médicas específicas —bloqueadores de la pubertad, tratamientos hormonales y tratamientos quirúrgicos— definidas taxativamente en el artículo 2°, en atención a sus efectos potencialmente irreversibles y a la ausencia de evidencia científica sólida sobre su beneficio clínico. Por lo tanto, al igual que ocurrió con la Ley 1098 de 2006, la Ley 679 de 2001 y la Ley 1996 de 2019, este proyecto puede y debe tramitarse como ley ordinaria.

El trámite legislativo del presente proyecto corresponde a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de Senado y Cámara. De conformidad con el artículo 2° de la Ley 3ª de 1992, modificado por el artículo 1° de la Ley 754 de 2002, dicha comisión conoce, entre otras materias, de salud, así como de asuntos de la mujer y de la familia, categorías en las que se enmarca de manera directa el objeto de esta ley: la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a intervenciones médicas específicas. La materia regulada no corresponde a las competencias asignadas a la Comisión Primera —reforma constitucional, leyes estatutarias, organización territorial, derechos, garantías y deberes en sentido general, entre otras—, pues, como se explicó en el numeral anterior, el proyecto no busca una regulación integral de un derecho fundamental, sino la aplicación puntual del principio de precaución a tres procedimientos médicos concretos.

Este criterio de asignación por afinidad temática ha sido validado por la Corte Constitucional, que ha señalado que, cuando la materia de un proyecto de ley no aparece inequívocamente asignada a una comisión específica, el reparto dispuesto por la mesa directiva debe respetarse, salvo que resulte manifiestamente irrazonable o claramente contrario al artículo 2° de la Ley 3ª de 1992 (Corte Constitucional; sentencia C-975 de 2002). En este caso, la afinidad de la materia con la salud de la niñez hace que el reparto a la Comisión Séptima sea la opción más ajustada tanto al criterio legal como al estándar jurisprudencial vigente.

5. CONFLICTOS DE INTERÉS

En virtud del Artículo 1 de la Ley 2003 de 2009, y conforme a los preceptos de los artículos 286 y 291 de la Ley 5 de 1992, se puede concluir que la presente iniciativa podría generar un conflicto de interés en los congresistas, por lo que es deber de cada uno analizar el conflicto de interés o impedimento que pueda generarse puesto que es un tema especial e individual.

Podrían considerarse, entre otros, los siguientes supuestos ejemplificativos, sin que la enunciación sea taxativa: (i) que el congresista, su cónyuge o compañero(a) permanente, o alguno de sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, preste sus servicios profesionales en instituciones de salud que ofrezcan los tratamientos objeto de esta prohibición, o reciba remuneración por dicha prestación; (ii) que el congresista o los parientes en los grados señalados tengan bajo su cuidado a un niño, niña o adolescente que se encuentre actualmente en tratamiento de reasignación de género o en lista de espera para acceder a él; o (iii) que el congresista tenga vínculos societarios, laborales o de asesoría con laboratorios farmacéuticos, entidades promotoras de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud cuyos ingresos dependan de manera significativa de la prestación de los tratamientos regulados por este proyecto de ley.

La configuración de cualquiera de estos supuestos, o de otros de naturaleza análoga, deberá ser puesta en conocimiento de la Mesa Directiva de la respectiva Comisión o Plenaria, conforme al procedimiento previsto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, sin perjuicio de que corresponda a cada congresista la valoración individual de su situación particular.

6. IMPACTO FISCAL

Dando cumplimiento al artículo 7° de la Ley 819 de 2003, el presente proyecto de ley no ordena gasto ni genera beneficios tributarios, por lo que se entiende que este proyecto no genera impacto fiscal. Así las cosas, el Gobierno Nacional no deberá disponer de más recursos que aquellos que hayan sido aprobados o dispuestos para la efectividad de leyes anteriores.

Es decir, no es necesario un gasto adicional, pues lo que se busca es que se implemente el proyecto con base en los recursos disponibles actualmente. Sin embargo, se solicita a la comisión remitir copia del proyecto de ley al Ministerio de Hacienda para que emita un concepto sobre la materia.

7. ANEXOS

ANEXO 1. Registros sanitarios INVIMA de los medicamentos utilizados en la ruta afirmativa

REGISTROS SANITARIOS MEDICAMENTOS RUTA AFIRMATIVA - INVIMA

PAGINA WEB DE REFERENCIA:

https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp

Principio activo: TRIPTORELINA

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20060305	TRIPTORELINA PAMOATO EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	DECAPEPTYL® 22.5MG	INVIMA 2014M-0014927	Vigente	
20000910	ACETATO DE TRIPTORELINA 100 µg EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DAILY	INVIMA 2020M-0010508-R1	Vigente	
19982483	TRIPTORELINA ACETATO 4.12 MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	GONAPEPTYL® DEPOT	INVIMA 2008M-0007865	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
19953802	TRIPTORELINA PAMOATO 15.5 MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	DECAPEPTYL® 11.25MG	INVIMA 2015M-0004541-R1	Vigente	
19931457	TRIPTORELINA ACETATO EQUIVALENTE TRIPTORELINA BASE	DIPHERELINE® 3.75 MG	INVIMA 2014M-0002133-R1	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
50042	TRIPTORELINA PAMOATO 5.2MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA BASE	DECAPEPTYL 3.75 MG INYECTABLE LIOFILIZADO	INVIMA 2016M-003326-R2	Temp. no comerc - Vigente	
50772	TRIPTORELINA (COMO ACETATO)	DECAPEPTYL INYECTABLE LIOFILIZADO	M-015068	Vigente	

Principio activo: LEUPROLIDE

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

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20032905	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD® 45 MG	INVIMA 2023M-0013021-R2	Vigente	
19956218	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD® 22.5 MG POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSION INYECTABLE	INVIMA 2022M-0004777-R2	Vigente	
19952701	ACETATO DE LEUPROLIDE	LIPROLON DEPOT INYECTABLE 7.5 MG	INVIMA 2006M-0005735	Vencido	2016/05/15 00:00
19952700	LEUPROLIDE ACETATO	LIPROLON DEPOT INYECTABLE 3.75 MG	INVIMA 2006M-0006101	Vencido	2016/08/03 00:00
19947995	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD 7.5 MG POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSION INYECTABLE	INVIMA 2004M-0003890	Vencido	2014/11/05 00:00
39428	ACETATO DE LEUPROLIDE (MICROESFERAS)	LUPRON® DEPOT 3.75 MG	INVIMA 2012M-012584R-2	Perdida Fuerza Ejec	2017/05/04 00:00
25995	LEUPROLIDE ACETATO	LUPRON 5 MG/ML INYECTABLE	INVIMA 2007M-009587-R2	Perdida Fuerza Ejec	2017/04/13 00:00

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

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20098329	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100 MG.	INVIMA 2022M-0017254-R1	Vigente	
20093384	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG	INVIMA 2021M-0016362-R1	Vigente	
20060513	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2014M-0015147	Perdida Fuerza Ejec	2019/08/00:00
20015631	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG	INVIMA 2022M-0011315-R2	Vigente	
19990654	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100MG	INVIMA 2008M-0008555	Perdida Fuerza Ejec	2018/10/00:00
19990648	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2008M-0008510	Perdida Fuerza Ejec	2018/10/00:00
19975836	ESPIRONOLACTONA USP	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETAS.	INVIMA 2022M-0007331-R2	Vigente	
19973885	ESPIRONOLACTONA	DIUXOTON® 100MG	INVIMA 2007M-0007274	Vencido	2017/09/00:00
19973773	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25MG	INVIMA 2018M-0007445-R1	Perdida Fuerza Ejec	2025/09/00:00
19973061	ESPIRONOLACTONA MICRONIZADA USP	ESPIRONOLACTONA 25MG TABLETAS	INVIMA 2023M-0006839-R2	Vigente	

19972755	ESPIRONOLACTONA	DIUXOTON ® (ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS).	INVIMA 2007M-0006980	Vencido	2017/05/00:00
19963166	ESPIRONOLACTONA	ESPIROLAN 25 MG TABLETAS	INVIMA 2017M-0006113-R1	Vigente	
19963165	ESPIRONOLACTONA	ESPIROLAN 100 MG TABLETAS.	INVIMA 2017M-0006161-R1	Vigente	
19954431	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2005M-0004565	Vencido	2015/07/00:00
19954430	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA ® 100 MG TABLETA	INVIMA 2016M-0004598-R1	Vencido	2021/10/00:00
19944004	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG	INVIMA 2020M-0003260-R2	Vigente	
19942429	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETA RECUBIERTA 100 MG	INVIMA 2019M-0003477-R2	Vigente	
19933407	ESPIRONOLACTONA	DOXICLAT ® TABLETA.	INVIMA 2023M-0002093-R3	Vigente	
19913076	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDOS 25 MG	INVIMA M-014868	Vencido	2010/12/00:00
1981095	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100 MG	INVIMA 2009M-011850 R1	Perdida Fuerza Ejec	2019/07/00:00
215303	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDOS	INVIMA M-010435	Vencido	2008/03/00:00

104206	ESPIRONOLACTONA	FUROSEMIDA Y ESPIRONOLACTONA "FLUXORLACTON"	INVIMA M-007533-R1	Vencido	2006/04/00:00
52230	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 25 TABLETAS	INVIMA M-001057	Vencido	2005/05/00:00
52229	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 100 MG TABLETAS	INVIMA M-001059	Vencido	2005/06/00:00
49664	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE® TABLETAS 25 MG	INVIMA 2023M-0006221-R4	Vigente	
34489	ESPIRONOLACTONA	ALDAZIDA TABLETAS 100 MG.	INVIMA M-002967 R2	Vencido	2009/11/00:00
34487	ESPIRONOLACTONA	ALDAZIDA DE 25 MG TABLETAS	INVIMA M-002495 R2	Vencido	2009/10/00:00
33524	ESPIRONOLACTONA	LASILACTON CAPSULAS	INVIMA 2009 M-001917-R3	Vencido	2020/02/00:00
29955	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS * 100 MG	M-003251	Vencido	2005/10/00:00
29282	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE 100MG TABLETAS	INVIMA 2023M-000517-R5	Vigente	
15129	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONALACTONA 25 MG	M-004166	Vencido	2009/04/00:00
11766	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONALACTONA 100 MG. TABLETAS	INVIMA M-002595	Vencido	2005/07/00:00

Principio activo: ACETATO DE CIPROTERONA

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha de Vencimiento
19992955	ACETATO DE CIPROTERONA MICRONIZADO	LUMALIA ®	INVIMA 2008M-0008414	Cancelado	2018/09/18 00:00
19992942	ACETATO DE CIPROTERONA	CETOL	INVIMA 2009M-0009115	Vencido	2019/01/30 00:00
19961389	ACETATO DE CIPROTERONA MICRONIZADO	BIOFACE® COMPRIMIDOS	INVIMA 2005M-0005137	Vencido	2016/01/25 00:00
19942623	ACETATO DE CIPROTERONA	DIANE ® - 35	INVIMA 2023M-0003385-R2	Vigente	
19942621	ACETATO DE CIPROTERONA (GRAGEA 2)	CLUMENE ®	INVIMA 2014M-0003078-R1	Perdida Fuerza Ejec	2019/12/11 00:00
19900996	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR ® 100 MG TABLETAS	INVIMA 2023M-012770-R3	Vigente	
224085	ACETATO DE CIPROTERONA	CYPROPLEX TABLETAS 50 MG	INVIMA M-007280	Vencido	2007/11/12 00:00
57154	ACETATO DE CIPROTERONA	OLTER COMPRIMIDOS 50 MG	INVIMA 2005 M-000890-R1	Vencido	2015/08/10 00:00
44793	ACETATO DE CIPROTERONA	CLUMENE	INVIMA 2003M-013829-R1	Vencido	2013/06/17 00:00

37982	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR DEPOT	INVIMA 2003 M-013711-R1	Perdida Fuerza Ejec	2013/04/22 00:00
31755	ACETATO DE CIPROTERONA	DIANE 35	INVIMA M-010011-R1	Vencido	2008/02/03 00:00
24886	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR 10 MG	INVIMA 2005M-008837-R2	Perdida Fuerza Ejec	2016/01/19 00:00

Principio activo: Acetato de noretisterona (Progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
19956586	ACETATO DE NORETISTERONA	PRIMOLUT® NOR TABLETAS 10 MG	INVIMA 2006M-0005267	Perdida Fuerza Ejec	2016/02/24 00:00
19945272	ACETATO DE NORETISTERONA	NORIGESTAN® 1 MG TABLETAS	INVIMA 2004M-0003735	Perdida Fuerza Ejec	2014/09/14 00:00
19920211	ACETATO DE NORETISTERONA	ESTALIS 50/140 SISTEMA TRANSDERMICO	INVIMA 2003M-0002289	Vencido	2013/03/31 00:00
19912010	ACETATO DE NORETISTERONA	PRIMOLUT NOR 5MG	INVIMA M-014873	Perdida Fuerza Ejec	2010/12/07 00:00
19906381	ACETATO DE NORETISTERONA	EVOREL SEQUI	INVIMA M-014815	Vencido	2010/11/28 00:00
19906380	ACETATO DE NORETISTERONA MICRONIZADO	EVOREL CONTI	INVIMA M-014773	Vencido	2010/10/26 00:00
204053	ACETATO DE NORETISTERONA	CLIANE	INVIMA 2006M-005622-R1	Perdida Fuerza Ejec	2016/10/05 00:00
35362	ACETATO DE NORETISTERONA	PRIMOLUT NOR TABLETAS X 10 MG.	INVIMA M-002864-R2	Cancelado	2009/09/22 00:00

Principio activo: Dienogest (Progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20156284	DIENOGEST	BELLANEW®	INVIMA 2019M-0018900	Vigente	
20155036	COMPRIMIDO 2: DIENOGEST	DADU®	INVIMA 2019M-0018926	Perdida Fuerza Ejec	2028/06/00:00
20155036	COMPRIMIDO 3: DIENOGEST	DADU®	INVIMA 2019M-0018926	Perdida Fuerza Ejec	2028/06/00:00
20148417	VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG: DIENOGEST	RUBI®	INVIMA 2021M-0020044	Vigente	
20148417	VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG: DIENOGEST	RUBI®	INVIMA 2021M-0020044	Vigente	
20148416	DIENOGEST	DESIRE® 2 MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2020M-0019659	Vigente	
20145801	DIENOGEST	SIBILLA® CD	INVIMA 2021M-0020020	Vigente	
20130744	DIENOGEST	TRIACTIVA® TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0018894	Vigente	
20121380	DIENOGEST	VELBIENNE® 20	INVIMA 2023M-0018432-R1	Vigente	
20120582	DIENOGEST	SEGUFEM MINI®	INVIMA 2023M-0018339-R1	Vigente	
			INVIMA 2017M-		

20104341	DIENOGEST MICRONIZADO	VELBIENNE® 10	INVIMA 2017M-0017558	Vigente	
20096215	DIENOGEST	DIENOGEST 2 MG	INVIMA 2016M-0017454	Vigente	
20093958	DIENOGEST	SIBILLA® 2 MG/0.03 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS.	INVIMA 2022M-0017218-R1	Vigente	
20093177	DIENOGEST	DIENILLE® COMPRIMIDO RECUBIERTOS	INVIMA 2023M-0017267-R1	Vigente	
20087541	DIENOGEST	SEGUFEM®	INVIMA 2020M-0016111-R1	Vigente	
20080146	DIENOGEST MICRONIZADO	METRINELLE® 2 MG COMPRIMIDOS	INVIMA 2020M-0016006-R1	Vigente	
20071752	DIENOGEST	ABLDIEVAL®	INVIMA 2015M-0015792	Vencido	2021/10/00:00
20070843	DIENOGEST	ACOTOL SUAVE TABLETAS	INVIMA 2014M-0015248	Vencido	2019/09/00:00
20056174	DIENOGEST	GIANDA® CD	INVIMA 2013M-0014674	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
20055000	DIENOGEST	BELLAFACE® SUAVE	INVIMA 2019M-0015240-R1	Vigente	
		ABIALONDRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2023M-	Perdida Fuerza	2029/04/00:00
20054661	DIENOGEST	ABIALONDRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 2MG	INVIMA 2023M-0014326-R1	Perdida Fuerza Ejec	2029/04/00:00
20051856	DIENOGEST	EVELY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2023M-0013906-R2	Cancelado	2029/07/00:00
20051856	DIENOGEST	EVELY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2023M-0013906-R2	Cancelado	2029/07/00:00
20044058	DIENOGEST	ACOTOL EX	INVIMA 2019M-0013335-R1	Perdida Fuerza Ejec	2028/11/00:00
20038827	DIENOGEST	DIENOMET 2 MG TABLETAS	INVIMA 2022M-0012966-R2	Vigente	
20018592	DIENOGEST MICRONIZADO	VISANNE®	INVIMA 2023M-0012094-R2	Vigente	
20016014	DIENOGEST	VAEL®	INVIMA 2022M-0011563-R2	Vigente	
20005723	DIENOGEST	QLAIRA	INVIMA 2023M-0010708-R1	Vigente	
20005723	DIENOGEST	QLAIRA	INVIMA 2023M-0010708-R1	Vigente	
20005233	DIENOGEST	GIANDA® TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0009887-R1	Vigente	
20001058	DIENOGEST	BELLAFACE®	INVIMA 2018M-0009470-R1	Vigente	
19902721	DIENOGEST	VALETE	INVIMA M-13825	Perdida Fuerza Ejec	2009/11/00:00

Principio activo: Progesterona micronizada (Progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20122364	PROGESTERONA MICRONIZADA	ENDOMETRIN 100 MG TABLETAS VAGINALES	INVIMA 2019M-0019728	Vigente	
20077103	PROGESTERONA MICRONIZADA	GESTAGENO® 200 MG CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA	INVIMA 2021M-0016686-R1	Vigente	
20056207	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT® 100 MG	INVIMA 2022M-0014305-R1	Vigente	
20056205	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT® 200 MG	INVIMA 2020M-0014297-R1	Vigente	
20055574	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO 400 MG	INVIMA 2023M-0014113-R2	Vigente	
20052406	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT®	INVIMA 2020M-0014457-R1	Vigente	
20040856	PROGESTERONA MICRONIZADA	FERTIRING® ANILLO VAGINAL	INVIMA 2014M-0014805	Vencido	2019/02/00:00
20014986	PROGESTERONA MICRONIZADA	CRINONE® 8 %	INVIMA 2016M-0011299-R1	Perdida Fuerza Ejec	2026/05/00:00
20006814	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 200 MG	INVIMA 2010M-0010660	Vencido	2021/10/00:00
19995679	PROGESTERONA MICRONIZADA	ENGYNAL CAPSULAS DE GELATINA BLANDA	RSM-Exp20050008630	Vencido	2018/11/00:00

19980869	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO 400 MG	RSM-Exp20200007380-R1	Vigente	
19942690	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO® 200 MG	INVIMA 2014M-0003195-R1	Vigente	
19941125	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 100 MG	INVIMA 2013M-0002909-R1	Vencido	2018/07/00:00
19940533	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 200 MG	INVIMA 2021M-0003345-R2	Vigente	
19930589	PROGESTERONA MICRONIZADA	UTROGESTAN® 200 MG CÁPSULAS	INVIMA 2019M-0003046-R2	Vigente	
19906703	PROGESTERONA MICRONIZADA	UTROGESTAN 100 MG, CAPSULAS	INVIMA 2020M-14217-R2	Temp. no comerc - Vigente	
19902589	PROGESTERONA MICRONIZADA	GESLUTIN PNM CAPSULAS BLANDAS 100 MG	INVIMA 2019M-13759-R2	Vigente	

Principio activo: finasterida

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimien
20135118	FINASTERIDA	FINHET® 1 MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0019175	Vigente	
19902864	FINASTERIDA	CAOSOL® FINASTERIDA 5 MG	INVIMA 2008M-0009472	Vencido	2018/10/00:00
19982591	FINASTERIDA	PROFINAS 1MG	INVIMA 2008M-0009097	Vencido	2018/05/20:00
19981163	FINASTERIDA	FINASTERIDA 1 MG TABLETAS	INVIMA 2023M-0007836-R2	Vigente	
19942490	FINASTERIDA (MICRONIZADA)	APEPLUS® 1MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2020M-0003511-R2	Perdida Fuerza Ejec	2029/05/10:00
19940460	FINASTERIDA	FOLISTER	INVIMA 2020M-0003214-R2	Vigente	
19922897	FINASTERIDA	FISTRIN 1MG	INVIMA 2001M-0000649	Cancelado	2011/11/10:00
228382	FINASTERIDA	PROPECIA® 1 MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2009 M-012598-R1	Vigente	
42695	FINASTERIDA	FINASPROS® 5 MG	INVIMA 2019M-013550-R3	Suspendido	1900/01/00:00

Principio activo: ESTRADIOL 17 B

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

La consulta trae un máximo de 200 filas.

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

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimien
20202332	ETINILESTRADIOL	TYAFER®	INVIMA 2022M-0020701	Vigente	
20197108	ETINIL ESTRADIOL	FEMELLE 20 CDAY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2022M-0020632	Temp. no comerc - Vigente	
20177543	ETINILESTRADIOL	STANIA	INVIMA 2020M-0019764	Vigente	
20168885	ETINILESTRADIOL	MICROGYNON RING	INVIMA 2023M-0021053	Vigente	
20163936	ETINILESTRADIOL	OZELA® COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2021M-0020377	Vigente	
20163933	ETINILESTRADIOL	OMURA® COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2021M-0020376	Vigente	
20163929	*ETINILESTRADIOL MICRONIZADO	OZELA® SUAVE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2021M-0020535	Vigente	
20162090	TABLETA ACTIVA: ESTRADIOL HEMIHDRATO 1,033 MG EQUIVALENTE A ESTRADIOL 17 B	JEX® TABLETA RECUBIERTA	INVIMA 2019M-0019322	Vigente	

Principio activo: Testosterona

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
20100748	TESTOSTERONA UNDECANOATO (EQUIVALENTE A 631,5 MG DE TESTOSTERONA)	UROMAX® 1000MG/4 ML SOLUCIÓN INYECTABLE	INVIMA 2021M-0016617-R1	Temp. no comerc - Vigente	
20065902	TESTOSTERONA ENANTIATO	TESTOSTERONA ENANTIATO INYECCION 250 MG	INVIMA 2020M-0015346-R1	Vigente	
20061596	TESTOSTERONA	TESTOVITAL 1% GEL	RSM-Exp20130014763	Vencido	2019/01 00:00
20059696	TESTOSTERONA	AXIRON®	INVIMA 2013M-0014714	Perdida Fuerza Ejec	2018/12 00:00
20052145	TESTOSTERONA	ERETRIA GEL	INVIMA 2013M-0014575	Vencido	2018/10 00:00
20012101	TESTOSTERONA UNDECANOATO	TENGLAR	INVIMA 2010M-0011280	Vencido	2015/09 00:00
19991316	TESTOSTERONA UNDECANOATO	BENOPTEX®	INVIMA 2021M-0008565-R1	Vigente	
19947559	UNDECANOATO DE TESTOSTERONA	NEBIDO ®	INVIMA 2020M-0003920-R2	Vigente	
19938468	TESTOSTERONA	ANDROGEL ® 1% GEL	INVIMA 2019M-0002965-R2	Temp. no comerc - Vigente	
227994	TESTOSTERONA USP	ANDRODERM	INVIMA M-012619	Vencido	2009/03 00:00
49418	ENANTIATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA DEPOSITO	INVIMA M-003550	Vencido	2005/12 00:00
49417	PROPIONATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA 25 INY.	M-014463	Vencido	2005/01 23:59
49299	ENANTIATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA DEPOSITO INYECTABLE	INVIMA M-006274	Vencido	2007/04 00:00
49298	PROPIONATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA 25 INYECTABLE	INVIMA M-000585	Vencido	2005/05 00:00
31279	ENANTIATO DE TESTOSTERONA	TESTOVIRON® DEPOT POR 250 MG	INVIMA 2023M-001042-R5	Vigente	

ANEXO 2. Tabla de códigos CUPS de la ruta afirmativa

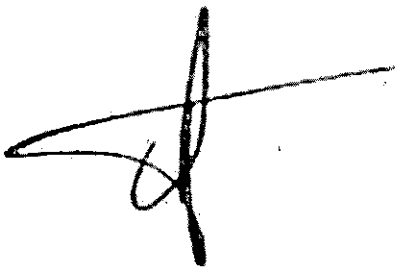
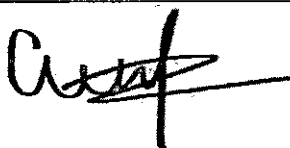
CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO EN SALUD RUTA AFIRMATIVA
CONSULTAS	
890208	CONSULTA PRIMERA VEZ PSICOLOGIA
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA

890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
890244	CONSULTA DE PRIMERA VÉZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL
PARACLINICOS NECESARIOS PARA INICIO DE RUTA AFIRMATIVA	
904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903813	CLORO
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903818	COLESTEROL TOTAL
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)
903868	TRIGLICERIDOS
903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)
904107	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
904503	ESTRADIOL
904602	TESTOSTERONA TOTAL
904601	TESTOSTERONA LIBRE
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
904921	TIROXINA LIBRE
881302	ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL
903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINOTRANSFERASA]
903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINOTRANSFERASA]
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
903833	FOSFATASA ALCALINA
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903856	NITRÓGENO UREICO
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

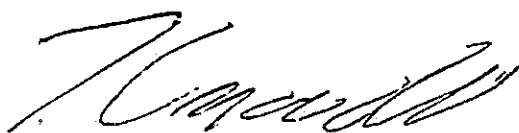
904108	PROLACTINA *
903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]*
886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL*
908404	CARIOTIPO CON BANDEO G*
904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA*
904501	ANDROSTENEDIONA*
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA*
	* ESTOS LABORATORIOS SE TOMAN SOLO EN CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD DE LOS PACIENTES
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	
853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO
643100	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL SOD
623002	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]
714002	RESECCIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS
706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL
706103	VAGINOPLASTIA ABDOMINOPERINEAL
706104	VAGINOPLASTIA POR LAPATOMIA
706105	VAGINOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA
717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES
717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN NO OBSTÉTRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINÉ (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO NI)
645001	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE MUJER A HOMBRE
645002	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE HOMBRE A MUJER
218603	RINOPLASTIA VA TRANSNASAL
218604	RINOPLASTIA VÍA ABIERTA
766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA
868204	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)
868306	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN
868308	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN
868310	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN
868312	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN
302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
302410	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA PERCUTÁNEA
302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ABIERTA
302412	LARINGOPLASTIA CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA
302419	LARINGOPLASTIA DE ELONGACIÓN O APROXIMACIÓN CRICOTIROIDEA VÍA ABIERTA
868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO

868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO
852300	MASTECTOMÍA SUBTOTAL SOD
854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA
854203	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN
683101	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR LAPAROTOMÍA
683111	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA
684000	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
684003	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA
684020	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA
655101	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
651002	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
644300	CONSTRUCCIÓN .1DE NOVO) DE PENE SOD
627100	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR SOD
TODOS LOS CODIGOS SE ENCUENTRAN VIGENTES EN LA RESOLUCION 2336 DE 2023 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. TABLA REALIZADA TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES LA REFERENCIA (37, ¹⁸³)	

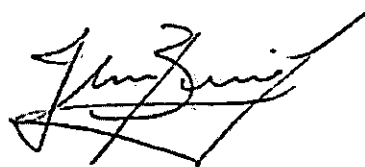
Cordialmente,

 Andrés Eduardo Forero Molina Senador de la República	 Luis Miguel López Aristizábal Representante a la Cámara por Antioquia
 Carol Stefanny Borda Acevedo Representante a la Cámara Bogotá	 David Gerardo Cote Rodriguez Representante a la Cámara por Bogotá

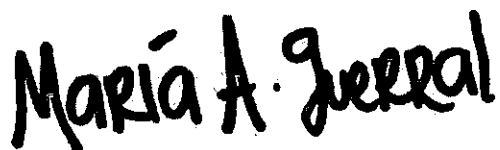
¹⁸³ Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. Anales de Pediatría. 2022;96(4):349.e1-e11.



Juan Fernando Caicedo Callejas
Senador de la República



JHON JAIRO BERRÍO LÓPEZ
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático



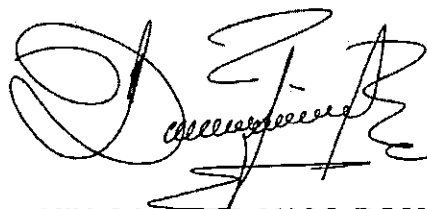
MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República



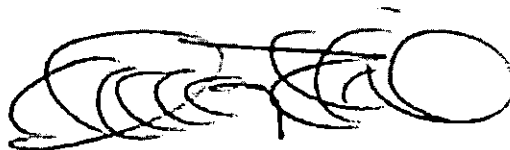
Esteban Quintero Cardona
Senador de la República



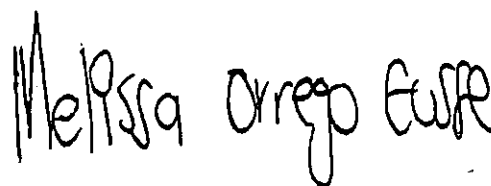
JUAN ESPINAL
Senador de la República



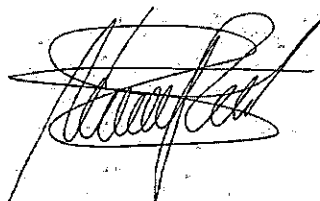
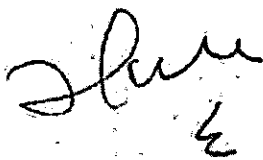
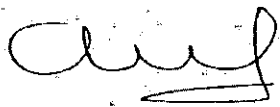
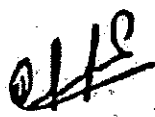
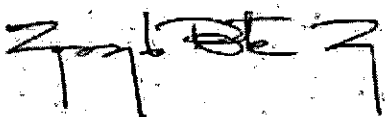
DARUIN CASTELLANOS ROMERO
Representante Cámara del Meta
Centro Democrático

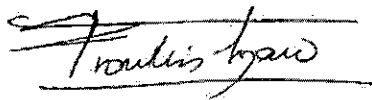


**CLAUDIA MARGARITA ZULETA
MURGAS
SENADORA DE LA REPÚBLICA**



MELISSA ORREGO EUSSE
Representante a la Cámara

 RAFAEL NIETO LOAIZA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO CENTRO DEMOCRÁTICO	 NELLY PATRICIA MOSQUERA MURCIA Representante a la Cámara por Bogotá Partido Centro Democrático
 HILDA GUTIERREZ Representante a la Cámara por Cundinamarca Partido Centro Democrático	 ANA LIGIA MORA MARTINEZ Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático
 SARA CASTELLANOS RODRIGUEZ Senadora de la República Movimiento Salvación Nacional	 JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ Senador de la República Partido Conservador Colombiano
 ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático	 GONZALO BAUTE GONZALEZ Senador de la República*



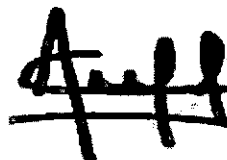
FRANKLIN LÓZANO DE LA OSSA
Representante a la Cámara por Magdalena
Partido Conservador Colombiano



JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a La Cámara
Norte de Santander



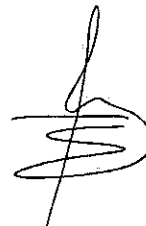
José Jaime Uscátegui Pastrana
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



ALFREDO APE CUELLO BAUTE
Representante a la Cámara
Dpto. Cesar



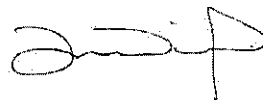
SANTIAGO MONTOYA MONTOYA
Senador de la República



GUILLERMO LEON BLANCO VALENCIA
Representante a la Cámara.
Santander



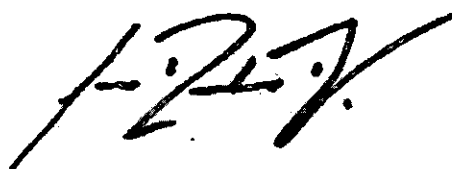
DANIEL FELIPE BRICEÑO MONTES
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



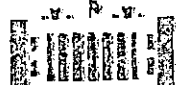
JUAN DAVID ZULUAGA ZULUAGA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



ENRIQUE GÓMEZ MARTÍNEZ
Senador de la República
Partido Salvación Nacional

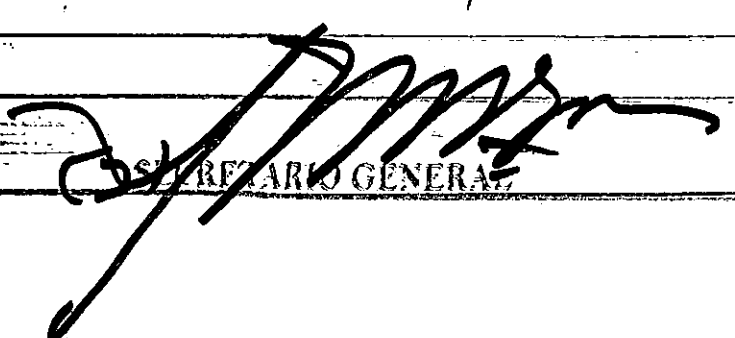


JORGE RODRIGO TOVAR VÉLEZ
Representante a la Cámara
CITREP 12 - Cesar, La Guajira y Magdalena
Asociación Paz es Vida.



SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 26 de Agosto del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo _____
No. 234/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito por:
H.S. Andrés Eduardo Forero y otros



SECRETARIO GENERAL