

**PREGRADO DE DERECHO
UNIVERSIDAD EAFIT
2025 – 2**

**INTERVENCIONES MÉDICAS IRREVERSIBLES EN NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES:
LÍMITES JURÍDICOS A LA REASIGNACIÓN DE SEXO EN COLOMBIA**

ESTUDIANTES

PEDRO LOPERA MARTÍNEZ
VALENTINA ESTRADA BARGUIL

ASESORA

CAROLINA MARÍA SIERRA ECHEVERRI

*“La calidad de una civilización se mide por el respeto que profesa al más débil de sus miembros.
No hay otro criterio para juzgarla”*

Jérôme Lejeune, médico pediatra y genetista francés.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3	JUSTIFICACIÓN	5
4	PALABRAS CLAVE	8
5	ABSTRACT	8
6	OBJETIVOS	9
6.1	GENERAL	9
6.2	ESPECÍFICOS	9
7	ANTECEDENTES	9
7.1	LA IDENTIDAD DE GÉNERO	9
7.1.1	TERMINOLOGÍA	11
7.1.2	CONTEXTO HISTÓRICO Y FILOSÓFICO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO	13
7.2	LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO	19
8	MARCO TEÓRICO	23
8.1	DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN TORNO A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	23
8.1.1	FASE I: CONCEPCIÓN BIOLÓGICA DEL SEXO	24
8.1.2	FASE II: TRANSICIÓN HACIA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL CONSENTIMIENTO SUSTITUTO	28
8.1.3	FASE III: ALTERACIONES A LA COBERTURA DEL POS PARA INCLUIR LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN SU TOTALIDAD	42
8.1.4	FASE IV: SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES Y AMPLIACIÓN DE DERECHOS DE PERSONAS Y MENORES TRANSGÉNERO	55
8.1.5	CONCLUSIONES SOBRE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN TORNO A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	68
8.2	LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO	70

8.2.1	DERECHO A LA DIGNIDAD HUMANA	70
8.2.2	DERECHO A LA SALUD	72
8.2.3	DERECHO A LA VIDA	73
8.2.4	DERECHO A LA INTEGRIDAD	74
8.2.5	DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	74
8.2.6	CONCLUSIONES SOBRE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO	76
8.3	SOBRE LA CAPACIDAD, LA PATRIA POTESTAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
8.3.1	RÉGIMEN DE CAPACIDAD DE LOS MENORES DE EDAD	78
8.3.2	SOBRE LA PATRIA POTESTAD Y LA RESPONSABILIDAD PARENTAL	81
8.3.3	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD Y EL CONSENTIMIENTO SUSTITUTO DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO	82
8.4	LOS ACUERDOS INTERNACIONALES, LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS COLOMBIANAS Y SU RELACIÓN CON LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	86
8.4.1	ACUERDOS INTERNACIONALES	86
8.4.2	INSTITUCIONES INTERNACIONALES DEL SECTOR SALUD	91
8.4.3	COLOMBIA DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO: ESCASA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL Y RESPALDO PREDOMINANTE A PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y HORMONALES	93
8.4.4	DEL ACCESO AMPLIO A LA RESTRICCIÓN: ANÁLISIS POLÍTICAS INTERNACIONALES SOBRE REASIGNACIÓN DE SEXO Y LA PREVALENCIA DE ENFOQUES TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS	95
8.4.5	RESPUESTAS OFICIALES DE INSTITUCIONES COLOMBIANAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO	103
8.4.6	ANÁLISIS AL PROYECTO DE LEY TRANS EN COLOMBIA	106
8.4.7	CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LOS ACUERDOS INTERNACIONALES Y LAS INSTITUCIONES COLOMBIANAS Y EXTRANJERAS DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO	114
8.5	CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	114
8.5.1	RIESGOS SOBRE LA VIDA Y LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO	115
8.5.2	RIESGOS SOBRE LA SALUD MENTAL E INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO	118
8.5.3	CONSECUENCIA FINAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO: LA DETRANSICIÓN	122
9	CONCLUSIONES	126
10	BIBLIOGRAFÍA	131

1 INTRODUCCIÓN

Durante los últimos treinta (30) años, la Corte Constitucional ha sido constante y ha reiterado su postura frente a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. Bajo este contexto, el sentido de los fallos de la Corte ha mostrado una inclinación por permitir este tipo de procedimientos en niños, niñas y adolescentes, argumentando que, dichos procedimientos representan un medio para garantizar la protección de sus derechos fundamentales.

Frente a este tema, la Corte establece que, los derechos fundamentales que requieren de primordial cuidado son los derechos a la vida, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la identidad sexual. Por ello, su argumentación jurídica para permitir dichos procedimientos se basa en este discurso, la protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, lo que la Corte aún no ha logrado sopesar es que los menores de edad que se someten a procedimientos de reasignación de sexo eventualmente terminarán de desarrollarse tanto física como mentalmente y se convertirán en adultos que en algunos casos se arrepienten de las decisiones tan trascendentales e irreversibles que tomaron respecto a su identidad de género y que pueden cambiar en el futuro.

Sin embargo, existe un amplio espectro de argumentos jurídicos y científicos que dan cuenta de las implicaciones negativas a largo plazo de este tipo de procedimientos una vez son realizados en niños, niñas y adolescentes. Particularmente, en lo relacionado a su desarrollo psicológico, físico y a la protección de sus derechos fundamentales a la vida, la integridad personal y la salud. Lo cual, podría implicar que las decisiones de la Corte no logran efectivamente garantizar la protección de estos derechos de una forma integral; dado que, las implicaciones a futuro de dichos procedimientos pueden llegar a ser severas.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, esta investigación pretende encontrar las razones por las cuales es posible afirmar que las decisiones de la Corte Constitucional sobre los procedimientos de reasignación de sexo no logran materializar lo que prometen sus argumentos en favor del derecho a la vida, la integridad personal y la salud de los niños, niñas y adolescentes. Como resultado de esto, el objetivo principal del presente documento es exponer los motivos por los cuales los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad deberían encontrarse proscritos por la ley colombiana en razón de la protección especial que la misma les brinda a estos como sujetos de derecho.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Por qué deberían proscribirse en el ordenamiento jurídico colombiano los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes?

3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación surge con el interés de enriquecer el debate político, social y jurídico en torno a la protección integral de los derechos fundamentales a la vida, la integridad y la salud

de los niños, niñas y adolescentes colombianos, considerando la postura permisiva de la Corte Constitucional de Colombia ante los procedimientos de reasignación de sexo en dichos menores, los cuales aún se encuentran en la etapa inicial en su proceso de desarrollo y madurez física y mental.

Para el año dos mil veinticinco, el debate en torno a la diversidad sexual ha ocupado una posición protagonista en políticas públicas, debates legislativos y reglamentos institucionales. Con esto, han surgido múltiples inquietudes sobre el alcance que debe otorgarse a la libertad y diversidad sexual de los menores de edad. Además, es necesario advertir que, particularmente, en lo relacionado a los niños, niñas y adolescentes, dicho alcance debe encontrar como limitante el interés superior del menor, especialmente durante la realización de cualquier intervención médica, legal o psicológica.

En este sentido, este trabajo se propone cuestionar la permisividad creciente a los procedimientos, prácticas e intervenciones que, por su naturaleza irreversible, permanente, e invasiva, pueden traer marcadas consecuencias negativas a largo plazo en los niños, niñas y adolescentes colombianos. Teniendo en cuenta que, lo que debe primar es el interés superior de estos sujetos especiales de derecho, de acuerdo con lo que predica la misma Constitución Política de Colombia en lo dispuesto por su artículo 44, el cual indica que:

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. **Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.** (COLOMBIA, CONSTITUCIÓN POLÍTICA, 1991, art. 44). (Negrilla fuera del texto original).

De esta manera, es un deber de la familia, la sociedad y el Estado en general, posicionarse a favor de la proscripción jurídica de los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad. Ello, en lugar de permitirlo, y poner en una elevada y manifiesta situación riesgosa la vida, la integridad y la salud de los niños, niñas y adolescentes que se someten a estos procedimientos. Adicionalmente, se debe considerar que aún no se han abordado a profundidad los alcances de los efectos nocivos entorno a los procedimientos de reasignación de sexo en esta población. Lo cual, representa un desafío para el ordenamiento jurídico colombiano.

Por otro lado, a nivel mundial múltiples naciones han incorporado a su sistema legislativo normas que tratan esta temática. En este sentido, algunos países han llegado a la conclusión de que los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes deben prohibirse. En cambio, otros ordenamientos jurídicos han resuelto permitirlos y facilitarlos bajo la premisa de la protección de ciertos derechos fundamentales, en especial, los que versan sobre la libre expresión y la identidad sexual. Ahora bien, existen otros países como Reino Unido, Noruega, Suecia, Finlandia, Estados Unidos, entre otros, los cuales hacen parte del conjunto de naciones que decidieron revertir sus posturas iniciales de autorización y flexibilización sobre estos procedimientos, retornando a la prohibición.

La presente investigación requiere que sean considerados los impactos negativos generados en niños, niñas y adolescentes como consecuencia de las terapias hormonales prolongadas, las cirugías irreversibles, las afectaciones en el desarrollo reproductivo y las secuelas psicológicas a largo plazo. Esto, sin dejar atrás, todos los testimonios de quienes han sido sometidos a este tipo de procedimientos y posteriormente manifestaron el impacto que han sufrido en sus vidas y cotidianidad, los efectos secundarios que ellos tienen y, como resultado, el arrepentimiento posterior de dichas decisiones.

En línea con lo anterior, respecto a lo relacionado con la falta de madurez cognitiva y emocional de los menores para asumir decisiones tan trascendentales y permanentes como lo son los procedimientos de reasignación de sexo, es imprescindible y responsable considerar los argumentos médicos, éticos y jurídicos sobre la materia. Bajo esta percepción, el principio de autonomía progresiva, incluido y aceptado dentro de la jurisprudencia colombiana, no tiene por qué representar una aceptación a que los niños, niñas y adolescentes puedan consentir sobre intervenciones que alteran su cuerpo y condicionan permanentemente su proyecto de vida desde una edad preocupantemente temprana. Dado que, dichas decisiones se caracterizan principalmente por una comprensión superficial del alcance real de este tipo de intervenciones, como resultado de su inmadurez psicológica.

El principio de autonomía progresiva, que reconoce la necesidad de aumentar el grado de independencia de la niñez de manera directamente proporcional con la cercanía a la mayoría de edad, necesariamente debe ponderarse de una manera responsable. De acuerdo con esto, es imperante incluir límites sensatos a las decisiones que puedan tomar el menor de edad y/o sus acudientes. En este sentido, la modificación temprana e irreversible de la composición biológica de un niño, niña o adolescente representa una vulneración de sus derechos fundamentales a la vida, salud e integridad personal, así como para el derecho del libre desarrollo de la personalidad futura. Por ello, de conformidad con lo establecido por el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, no es solo responsabilidad de la familia, sino también de la sociedad y del Estado, delimitar dentro del ordenamiento jurídico, de una manera clara y expresa, dicha autonomía progresiva.

En síntesis, desde un análisis jurídico, la temática que se abordará en la presente investigación relativa a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes es de suma relevancia. La omisión del legislador colombiano ha llevado a que la Corte Constitucional y otras entidades públicas hayan tomado decisiones que van en contravía al adecuado desarrollo y formación de los menores, y eventualmente pueden desencadenar que, en un gran número de casos, se pongan en riesgo derechos fundamentales tan importantes como la vida, la integridad y la salud de los niños, niñas y adolescentes colombianos. Además de esto, es neurálgico tener presente que la voluntad de estos menores puede fácilmente encontrarse sesgada por sus contextos familiares, sociales e/o ideológicos. Lo cual, no siempre logra dar fe de que la decisión que ha sido tomada por el menor sea libre, informada y con conocimiento de consecuencias.

Finalmente, la pertinencia académica del presente trabajo radica en la dificultad que representa abordar un tema tan sensible dentro del discurso público como lo son los procedimientos de

reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. Lo cual, nos exige profundizar y estudiar un tema en el que el componente jurídico, además de ser eje central de la investigación, debe nutrirse de otras disciplinas del conocimiento. Desde la perspectiva de la Universidad EAFIT, este trabajo puede calificarse como absolutamente oportuno y apropiado, pues contribuye al análisis de un tema con alta relevancia social en la actualidad, pero que cuenta con poco desarrollo jurídico. Para nosotros, como estudiantes de derecho y futuros abogados, el interés superior del menor y la promoción de una normativa que proteja su desarrollo integral representa una gran motivación. Consideramos que el derecho, al tratarse de una de las disciplinas más antiguas del mundo, nunca debe abandonar su componente humanista, a través del cual se respeta la vida, la integridad y la salud de las personas, esto, aún más cuando se trata de una de las etapas de la vida en la que el ser humano se encuentra más indefenso y menos equipado de herramientas para valerse por sí mismo, como lo es la niñez.

4 PALABRAS CLAVE

Derechos fundamentales; derechos de los niños, niñas y adolescentes; derecho a la salud; derecho a la vida; derecho a la integridad física y emocional; procedimientos de reasignación de sexo; identidad sexual; Corte Constitucional.

5 ABSTRACT

A. VERSIÓN EN INGLÉS

Over the past thirty years, the Constitutional Court of Colombia has consistently upheld the permissibility of sex reassignment procedures in children and adolescents, based on the argument that such interventions protect their fundamental rights, particularly the rights to life, human dignity, free development of personality, and sexual identity. However, this thesis questions whether such decisions truly ensure comprehensive protection of these rights. It emphasizes that minors, who are still undergoing physical and psychological development, may later regret making irreversible decisions about their gender identity. The research highlights scientific and legal evidence regarding the long-term negative implications of these procedures on minors' physical and mental health, personal integrity, and overall well-being. Based on this, the study argues that the Constitutional Court's current position fails to fully safeguard the best interests of the child. Consequently, the objective of this thesis is to demonstrate the legal and ethical grounds for which sex reassignment procedures in minors should be prohibited under Colombian law, in line with the special protection afforded to children and adolescents as rights-bearing individuals.

B. VERSIÓN EN ESPAÑOL

Durante los últimos treinta años, la Corte Constitucional de Colombia ha sostenido de manera reiterada la permisibilidad de los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, bajo el argumento de que tales intervenciones protegen sus derechos fundamentales, especialmente los derechos a la vida, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la identidad sexual. No obstante, esta tesis cuestiona si dichas decisiones

garantizan realmente una protección integral de estos derechos. Se destaca que los menores, en proceso de desarrollo físico y psicológico, pueden arrepentirse posteriormente de haber tomado decisiones irreversibles respecto a su identidad de género. La investigación expone evidencia científica y jurídica sobre las implicaciones negativas a largo plazo de estos procedimientos en la salud física y mental, la integridad personal y el bienestar general de los menores. A partir de ello, se plantea que la posición actual de la Corte no logra salvaguardar plenamente el interés superior del menor. En consecuencia, el objetivo de esta tesis es demostrar las razones jurídicas y éticas por las cuales los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad deberían prohibirse en el ordenamiento jurídico colombiano, conforme a la especial protección que este les reconoce como sujetos de derecho.

6 OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Identificar por qué deberían proscribirse en el ordenamiento jurídico colombiano los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes.

6.2 ESPECÍFICOS

- A.** Analizar la pertinencia de la normativa y regulación que han implementado las instituciones públicas en Colombia con respecto a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes.
- B.** Determinar la tendencia de las decisiones de la Corte Constitucional con respecto a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes.
- C.** Analizar los riesgos y vulneraciones a los derechos fundamentales a la vida, la salud y la integridad física y emocional que derivan de la práctica de procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes

7 ANTECEDENTES

7.1 LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Múltiples colectivos, instituciones y políticos, han centrado sus esfuerzos en elevar el grado de importancia que se da dentro del debate público a las cuestiones asociadas a la sexualidad de las personas. Esto, ha llevado a que sea necesario estudiar con mayor precisión la terminología y el uso del lenguaje, así como también se ha desarrollado con mayor intensidad el debate en torno al adecuado uso de las palabras. Por esta razón, se hace necesario comenzar con la identificación de uno de los términos centrales del presente trabajo: la identidad de género.

Antes de determinar de qué se trata la “identidad de género”, es necesario considerar que la tendencia moderna ha insistido en la importancia de diferenciar aquello que se entiende por “sexo” y “género”. El sexo, según la visión actualmente aceptada, hace exclusiva referencia a la parte física del sistema reproductivo de los seres humanos, la *American Psychological Association* lo define como la “*condición biológica del individuo como masculino o femenino y se*

asocia básicamente a atributos físicos como los cromosomas, la prevalencia hormonal y la anatomía externa e interna". Mientras que, esta misma entidad define el género como algo que se encuentra ligado a las conductas, comportamientos y actividades de un ser humano, las cuales la sociedad considera que son de uno u otro sexo. De acuerdo con dicha entidad, el género tiene una influencia directa en la manera de interactuar y de autopercepción de las personas. Teniendo esto en cuenta, al tratarse de un tema de percepciones y conductas, los aspectos asociados con el género pueden variar de acuerdo con cada cultura (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2024).

Ahora bien, para el psicólogo y sexólogo John Money *"la identidad de género es la propia categorización de una individualidad como hombre, mujer o ambivalente, en la que uno tiene autoconciencia de los propios procesos mentales y de las conductas propias"* (MONEY, 1973, citado por IRIARTE FRANCO, 2020, p. 32). Es decir que, a criterio de Money, la identidad de género comprende aquello que la persona misma reconoce que es, independientemente de cómo la sociedad la perciba. Bajo esta perspectiva, la tendencia académica ha llevado a pensar *"que la identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y autodetermina, pudiendo o no corresponder con el sexo asignado en el momento del nacimiento"* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017).

En concordancia con lo anterior, diversos autores también han insistido en la necesidad de precisar que el término *"expresión de género"* es el que se debe utilizar para describir la manera en la que una persona decide exteriorizar y comunicar al mundo su identidad de género. Dado que, la expresión de género es definida como la *"manifestación de cada persona de su identidad de género"* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017). Aquellos, señalan que la expresión de género puede darse de múltiples formas, desde la manera de vestirse hasta la manera de comportarse (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2024). Sin embargo, aclaran que esta no se encuentra ligada a la orientación sexual de una persona. Ya que, en su concepto, la orientación sexual se define como *"la atracción sexual y emocional que siente una persona por otra y el comportamiento y/o afiliación social que puede resultar de dicha atracción"* (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2023).

Retomando el estudio de aquello que ha sido definido como "identidad de género", pero ahora desde el contexto colombiano, se hace relevante precisar que la Corte Constitucional de Colombia, en su Sentencia T – 218 de dos mil veintidós (2022), cita a los Principios de Yogyakarta¹ para dar una definición de lo que es la identidad de género, de acuerdo con estos principios,

La identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría

¹ Principios de Yogyakarta: son un conjunto de normas internacionales que buscan aplicar los estándares de derechos humanos ya existentes a las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), con el objetivo de garantizar la igualdad y la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género.

involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida). (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, citado por CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, 2022).

7.1.1 TERMINOLOGÍA

Las siguientes, son definiciones de conceptos los cuales son reiteradamente utilizados en textos académicos y jurídicos que tratan el tema en cuestión. Debido a esto, se ha decidido que es necesario para el entendimiento del presente documentos dejar claros los siguientes términos:

C. PERSONA TRANSGÉNERO: Los académicos que se especializan en el tema definen como persona transgénero *“toda aquella persona que se identifica o expresa con una identidad de género diferente al sexo que le fue asignado al nacer”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017). Además de esto, la Corte Constitucional de Colombia en Sentencia T-143/2018, define transgenerismo como,

La no conformidad entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a este. Una persona trans puede construir su identidad de género independientemente de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos. Existe un cierto consenso para referirse o auto referirse a las personas transgénero, como mujeres trans cuando el sexo biológico es de hombre y la identidad de género es femenina; hombres trans cuando el sexo biológico es de mujer y la identidad de género es masculina; o persona trans o trans, cuando no existe una convicción de identificarse dentro de la categorización binaria masculino – femenino. El transgenerismo se refiere exclusivamente a la identidad de género del individuo y no a su orientación sexual. (CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sentencia T-143 de 2018, M.P. REYES CUARTAS, José Fernando).

D. PERSONA TRANSEXUAL: Ahora bien, la palabra transexual hace referencia a:

Un individuo que solicita o se ha sometido a una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre, que en la mayoría de los casos, pero no en todos, conlleva una transición somática para cambiar de sexo por tratamiento hormonal o reasignación quirúrgica. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA; UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, p. 14).

E. DISFORIA DE GÉNERO: La *American Psychological Association* la define de las siguientes tres maneras: i) la *“incongruencia entre el género que uno siente/expresa y el asignado”* (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2023); ii) *“un malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento”* (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2023); iii) el *“malestar o angustia relacionada con la incongruencia entre la identidad de género de una persona, el sexo asignado al nacer y/o*

las características sexuales primarias y secundarias” (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2018).

Por otro lado, también puede definirse como disforia de género el “*trastorno psicológico que puede darse en un individuo por la disconformidad entre el género que uno desea y aquel que le es asignado al nacer*”. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA; UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, p. 14). Este trastorno mental, también puede encontrarse en algunos documentos académicos con el nombre de “*Síndrome de Harry Benjamin*”, el cual era utilizado antes para denominar al trastorno de la disforia de género.

F. REASIGNACIÓN DE GÉNERO: “*Hace referencia a un cambio oficial de género, usualmente legal, con respecto al género asignado al nacimiento*”. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA; UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, p. 14).

G. CIRUGÍAS DE REASIGNACIÓN DE SEXO: Como término general, las cirugías de reasignación de sexo se definen de la siguiente manera:

Se trata de un conjunto de cirugías orientadas a cambiar el sexo de nacimiento de una persona por el sexo que corresponde con su identidad de género, y determinar cuáles serán depende de si se trata de un paciente con transexualidad femenina o masculina. (QUIRÓNSALUD, 2019).

Sin embargo, dichas cirugías comprenden diferentes aspectos dependiendo de la transición que se realice, cuando se trata de una transición *Female to Male* (FtM) la cual se realiza en hombres transgénero, los procedimientos que se pueden realizar son la metaidoioplastia², la faloplastia³ y la mastectomía⁴. Por otro lado, cuando se trata de una transición de *Male to Female* (MtF), la cual se realiza en mujeres transgénero, los procedimientos que se pueden realizar son la genitoplastia feminizante⁵ y la mamoplastia⁶. A parte de lo anterior, las personas que se realizan este tipo de cirugías también pueden efectuarse cirugías estéticas con el propósito de asemejarse más a su identidad de género en cualquiera de los dos escenarios, FtM o MtF.

H. TERAPIAS DE HORMONIZACIÓN:

² “**Metaidoioplastia:** tras un tratamiento hormonal para conseguir la hipertrofia del clítoris, este órgano es intervenido para crear un pene. El inconveniente de esta cirugía es que, aunque se consigue una funcionalidad casi total del pene, el órgano creado es pequeño y no totalmente apto para la penetración sexual”. (QUIRÓNSALUD, 2019).

³ “**Faloplastia:** se construye el pene a partir de injertos obtenidos de otras partes del cuerpo, como puede ser el antebrazo, el muslo o el abdomen. A diferencia de la metaidoioplastia, en este caso sí se consigue un pene de dimensiones anatómicas, que es apto para la penetración sexual”. (QUIRÓNSALUD, 2019).

⁴ **Mastectomía:** se extirpan las mamas, es decir, el órgano de los senos. (QUIRÓNSALUD, 2019).

⁵ **Genitoplastia Feminizante:** “consiste en extirpar los testículos (orquiectomía) y el pene (penectomía), crear una vagina con tejido peniano o del colon (vaginoplastia), crear una vulva (vulvoplastia), crear un clítoris (clitroplastia) y crear labios genitales (labioplastia)”. (QUIRÓNSALUD, 2019).

⁶ **Mamoplastia:** es un procedimiento quirúrgico que se realiza para modificar el tamaño, la forma o la posición de los senos, ya sea por razones estéticas o reconstructivas.

La terapia hormonal de afirmación de género (GAHT, por sus siglas en inglés) es un tratamiento en el que las personas toman hormonas como estrógeno o testosterona, o bloqueadores hormonales, que ayudan a lograr características físicas más masculinas o femeninas. La terapia hormonal para personas transgénero y de género fluido puede mejorar el bienestar mental y la calidad de vida al alinear más estrechamente la apariencia externa de una persona con su identidad de género. (JOHNS HOPKINS MEDICINE, 2024).

I. **MtF**: Siglas que indican la transición de género de Male to Female, es decir, de Masculino a Femenino.

J. **FtM**: Siglas que indican la transición de género de *Female to Male*, es decir, de Femenino a Masculino.

7.1.2 CONTEXTO HISTÓRICO Y FILOSÓFICO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Ante los cambios modernos sobre el lenguaje, la filosofía y las leyes, es preciso iniciar con un breve recorrido histórico de los cambios de perspectiva que se han tenido sobre el cuerpo, el alma, y la condición humana y su identidad. Durante siglos, el conjunto de países influenciados directamente por la filosofía griega, el derecho romano y la tradición cristiana; o lo que conocemos con mayor precisión como la Civilización Occidental, preservó uniformemente una determinada visión sobre lo que es el *ser humano*.

La visión clásica y predominante del ser humano en Occidente ha sido desarrollada principalmente por la Iglesia Católica desde los primeros siglos de existencia de las comunidades cristianas. El principio fundante de la antropología cristiana nace de la siguiente frase,

"Dios creó al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó, hombre y mujer los creó" (Gn 1,27). El hombre ocupa un lugar único en la creación: "está hecho a imagen de Dios"; en su propia naturaleza une el mundo espiritual y el mundo material; es creado "hombre y mujer"; Dios lo estableció en la amistad con él. (CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, [s.f.]).

La Iglesia Católica, en su *Gaudium Et Spes*, que trata sobre la Iglesia en el mundo actual, desarrolla la cita anterior y también la relación del ser humano con su propio cuerpo. En este documento, la Iglesia declara que *en la unidad de cuerpo y alma, el hombre, (...) debe tener por bueno y honrar a su propio cuerpo, como criatura de Dios que ha de resucitar en el último día.* (CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, 1965).

Ante esta cuestión, el sacerdote, filósofo, teólogo y doctor estadounidense Leo J. Trese, profundiza en la relación de cuerpo y alma. En su libro *La Fe Explicada*, Trese estudia, entre otras cuestiones, *¿Qué es el hombre?*,

Como los animales, el hombre tiene cuerpo, pero es más que un animal. Como los ángeles, el hombre tiene un espíritu inmortal, pero es menos que un ángel. En el hombre se encuentra el mundo de la materia, y el del espíritu. Alma y cuerpo se funden en una sustancia completa que es el ente humano. El cuerpo y el alma no se unen de modo circunstancial. El cuerpo no es un instrumento del alma, algo así como un coche con su conductor. El alma y el cuerpo han sido hechos la una para el otro. Se funden, se compenetran tan íntimamente que, al menos en esta vida, una parte no puede ser sin la otra. (TRESE, 2013, p. 58).

La doctora Abigail Favale sintetiza la visión clásica de la siguiente manera: *“este es uno de los principios fundamentales de la antropología cristiana: todo ser humano es una unidad de cuerpo y alma”*. (FAVALE, 2022, p. 38). Bajo este principio fueron desarrolladas las ciencias sociales, la academia y las leyes; y durante siglos existió consenso con relación a que el cuerpo es una manifestación física del alma, y que el exterior es una manifestación del interior, por lo que, era inconcebible que una persona llegase a afirmar que, pese a su cuerpo de hombre, por dentro se encontraba una mujer. Dentro de la postura la clásica el cuerpo y la identidad de cada persona se nutren mutuamente y conviven en armonía, incluso si el cuerpo presenta malformaciones, mutilaciones, o limitantes alejadas del común de la naturaleza humana, lo cual es importante considerar a la hora de hablar de intersexuales y personas transgénero, que será abordado más adelante. Para Abigail Favale, esta cuestión debe estar acompañada de un elevado grado de humanismo que honre a la persona humana en su totalidad, y no únicamente por sus rasgos físicos, ella señala:

Recordar nuevamente ese principio guía de pensar como católico: cuando hablamos de personas, siempre hablamos de cuerpos y almas, de seres físico-espirituales. Nuestra reflexión sobre la feminidad debe incluir el sexo biológico, pero también debe ir más allá para considerar a la persona en su totalidad. Esa es la viva tensión que debemos habitar: permanecer enraizados en el cuerpo, pero no reducidos al cuerpo. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 121).

La cita anterior es de suma relevancia, especialmente de cara a aquellas situaciones en las que una mujer presente condiciones físicas de nacimiento atípicas dentro de la biología femenina, o haya sufrido algún tipo de pérdida corporal, mutilación, o malfuncionamiento como consecuencia de un accidente. Toda vez que, carecer de senos, perder la capacidad de procrear, sufrir una desfiguración facial, o incluso presentar elevados grados de bello corporal, no elimina su condición de mujer, como dijo Favale, debemos “permanecer enraizados en el cuerpo, pero no reducidos al cuerpo”. Por supuesto, esta misma línea de pensamiento es aplicable a los hombres. Y, en consecuencia, la mutilación de genitales masculinos, o la alteración de genitales femeninos, no elimina la condición de hombre o mujer.

Desde el siglo XX comenzaron a surgir líneas de pensamiento que afirmaron que, además de la realidad biológica, también existe otra realidad que tiene el potencial de variar independientemente al sexo biológico: el género. Fue afirmado que el género se distingue del sexo y está vinculado a cuestiones más subjetivas como las tradiciones sociales, la moda

contemporánea, la ubicación geográfica, la religión, la política, entre otros; a diferencia del sexo, que está estrechamente ligado a las ciencias biológicas. Con estas afirmaciones, comenzó a surgir la terminología previamente descrita: *identidad de género, persona transgénero, persona transexual, disforia de género, procedimientos de reasignación de sexo y terapias de hominización, entre otros*. Para entender a mayor profundidad estos términos, no es suficiente conocer sus definiciones, sino también conocer su historia. Como afirma Abigail Favale: “*Ahora me gustaría comenzar el trabajo de explorar el paradigma de género describiendo a su progenitor: el feminismo del siglo XX*” (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 55).

Para Favale, el feminismo es un movimiento que ha tenido cuatro momentos diferentes conocidos como “olas”, ante eso, señala que a partir del año 2012 puede hablarse del nacimiento de la cuarta ola del feminismo, y con esto, un enfoque diferente a las tres olas anteriores. Según afirma, esta última ola es,

Aún más abierta a la pluralidad de género, la cuarta ola del feminismo dio el paso sin precedentes de rechazar la idea de que una “mujer”, por definición, sea una mujer biológica. Este cambio habría sido inconcebible en la primera y la segunda ola del feminismo. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 57).

A partir de este momento, comienza a darse a conocer aquella postura que sostiene que una mujer no necesariamente es aquella que presenta una naturaleza biológica femenina, por el contrario, comienza a considerarse, por primera vez, que el interior y lo exterior – cuerpo y alma – podían variar de forma independiente, algo que, como se expuso anteriormente, era inconcebible.

En este punto, surge la necesidad de citar a una de las grandes exponentes del paradigma del género: Simone de Beauvoir. Filósofa y escritora francesa, conocida por ser una de las principales caras del movimiento filosófico conocido como el existencialismo. Simone escribe en el año 1949 uno de los libros más laureados dentro de las diferentes corrientes feministas actuales; *el segundo sexo*. Dentro de este libro, ella desarrolla un análisis multidisciplinario que tiene como objetivo afirmar que, a lo largo de la historia, la mujer ha sido subordinada a los hombres. Como consecuencia de su postura feminista y existencialista, la cual se analizará en el siguiente párrafo, Simone de Beauvoir, analiza la naturaleza y esencia humana de las mujeres; su análisis arroja como resultado una de sus frases más populares: “*No se nace mujer, sino que se llega a serlo*” (Traducido al español) (DE BEAUVOIR, 2011, p. 330), sobre lo anterior, Abigail Favale afirma que “*esa afirmación es la semilla de mostaza de la teoría de género*” (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 61).

Para entender a mayor profundidad el pensamiento de Simone de Beauvoir, y el paradigma de género, es necesario profundizar la escuela filosófica que lo ha sustentado: *el existencialismo*. Su nombre encuentra su origen en una de sus principales posturas filosóficas: “*la existencia precede a la esencia*” (SARTRE, [s.f.], p. 202). Mediante esta afirmación, el existencialismo sugiere que el ser humano carece de esencia predeterminada o, dicho de otra manera, la naturaleza del ser humano debe ser creada por medio de su vida. Entonces, los dos extremos

que se encuentran en tensión son, por un lado, el esencialismo; la creencia de que cada persona tiene una esencia compartida con los demás seres humanos, libertad con límites sensatos determinados por su esencia, y una naturaleza fija y estable que lo define; por otro lado, el existencialismo, que afirma que el ser humano no tiene una naturaleza predeterminada y puede – y debe – crearla por su propia cuenta y, por el contrario, el proyecto de vida que cada uno elija libremente será el que determine la esencia de cada persona.

Las discusiones sobre la “naturaleza humana” son implícitamente esencialistas, porque tratan de definir una esencia subyacente y compartida, común a todos los seres humanos. La posición filosófica tradicional es que la esencia precede a la existencia. En otras palabras, lo que un ser humano es en su propia naturaleza es anterior al hecho de mi existencia particular. El existencialismo invierte esto: no soy un ser humano por el mero hecho de existir; debo convertirme en un ser humano a través de mi acción creativa en el mundo. La humanidad se convierte en algo que logro, en lugar de algo que me es dado. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 62)

En su análisis existencialista, Simone de Beauvoir realiza un enfoque a la libertad creativa de cada persona y afirma que el ser humano es *“una libertad autónoma que está en tensión con su facticidad, su condición material y finita. Así, el ser humano habita en una ambigüedad de la existencia, atrapado en un drama de carne y espíritu, de finitud y trascendencia”* (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 62). Al afirmar la existencia de un drama entre la carne y el espíritu se hace explícito como la postura existencialista, precursora del paradigma de género, pone en tensión lo que anteriormente fue nombrado como cuerpo y alma, respectivamente. En párrafos anteriores fue señalado que el mundo occidental, durante siglos, consideró que el ser humano *“en su propia naturaleza une el mundo espiritual y el mundo material”* (CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, [s.f.]). Mediante esta afirmación no solo se reconoce la unidad entre cuerpo y alma, sino que se afirma que esta unidad constituye la naturaleza humana, ambas posturas son, por supuesto, debatidas por Simone de Beauvoir.

Para De Beauvoir, no existe tal cosa como la naturaleza humana, sino únicamente la condición humana, ese estado de tensión o ambigüedad entre la trascendencia y la inmanencia. No hay un significado intrínseco en el mundo ni en nuestras vidas. El sentido debe ser creado; no puede simplemente encontrarse. Nos corresponde a nosotros justificar nuestra existencia, darle un propósito. No somos creados; más bien, nos creamos a nosotros mismos, y no asumir esta labor de auto creación constituye una transgresión moral. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 63).

Es a partir de los escritos de la filósofa Judith Butler que el feminismo incluye fuertemente el paradigma de género dentro de sus principales banderas.

Una figura clave al mando de este cambio es la filósofa Judith Butler, cuyo trabajo impulsó el paso de los estudios de la mujer hacia los estudios de género. Los escritos de Butler han alcanzado una relevancia canónica en el ámbito académico. Me atrevería a apostar,

sin riesgo, que todo programa de estudios de género existente incluye la obra de Judith Butler. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 70).

En comparación con Simone de Beauvoir, la postura filosófica de Butler representa una separación aún más profunda con la visión tradicional de la naturaleza y la esencia humana, puesto que *“la contribución más famosa de Butler a los estudios de género es su concepto del género como un performance o interpretación. En 1988, expone la teoría de que lo que percibimos como género es, en realidad, una representación inconsciente”* (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 74). Para Butler, el género es socialmente impuesto, y únicamente crea una ilusión de esencia. Butler afirma:

En efecto, el género se hace cumplir de acuerdo con un modelo de verdad y falsedad que no solo contradice su propia fluidez performativa, sino que además sirve a una política social de regulación y control del género. Interpretar mal el propio género desencadena una serie de castigos, tanto evidentes como indirectos, mientras que interpretarlo bien proporciona la tranquilidad de que, después de todo, existe un esencialismo de la identidad de género. Que esa tranquilidad sea tan fácilmente reemplazada por la ansiedad, que la cultura castigue o margine con tanta rapidez a quienes no logran representar la ilusión del esencialismo de género, debería ser una señal suficiente de que, en algún nivel, existe un conocimiento social de que la verdad o falsedad del género es únicamente impuesta socialmente y de ninguna manera ontológicamente necesaria. (Traducido al español) (BUTLER, 1988, p. 528)

Simone de Beauvoir y Judith Butler lograron incorporar dentro del imaginario común el término *género*, y con esto, una nueva forma de entender la identidad humana. Una forma en la que, ya no se acepta la idea de unidad de cuerpo y alma, sino que la naturaleza humana es entendida como una realidad fragmentada, en donde se afirma que la realidad emocional, espiritual y personal que tiene cada uno puede diferir completamente de la realidad biológica de nuestros cuerpos.

Dentro del paradigma de género, el lenguaje ocupa una posición de relevancia absoluta, este no es usado meramente como un medio de comunicación, sino como un medio que construye la realidad. *“El paradigma de género afirma una visión radicalmente constructivista de la realidad, luego la cosifica como verdad, exigiendo que otros asientan a su veracidad y adopten su lenguaje”* (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 30). En lo relacionado al lenguaje, Butler afirma que *“la historia del progresismo sexual, sin duda, vuelve una y otra vez a la posibilidad de un nuevo lenguaje y a la promesa de un nuevo modo de ser”* (Traducido al español) (BUTLER, 2004, p. 119).

La separación entre biología y autopercepción, junto con el protagonismo que ha sido puesto sobre el lenguaje, ha arrojado resultados incluso en las formas de comunicación empresarial, por ejemplo, cuando la famosa marca de tampones, Tampax, proclamó mediante su cuenta de X, en aquel entonces Twitter: *“No todas las personas con menstruación son mujeres. ¡Celebremos la*

diversidad de personas que sangran!” (Traducido al español) (TAMPAX US, 2020). El lenguaje comienza a ser el medio a través del cual se impone aquello que es considerado verdad, por esto:

Lo que consideramos real es meramente una construcción lingüística; por ende, debemos manejar conscientemente el lenguaje para conjurar la realidad que queremos. Ser libre es transgredir los límites de manera continua, desatar la voluntad. “Mujer” y “hombre” son identidades basadas en el lenguaje que pueden ser habitadas por cualquiera. Como la verdad es solo una historia que nos contamos a nosotros mismos, todas las historias que uno se cuenta a sí mismo son verdaderas. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 31).

De esta manera, *“la palabra “mujer” ya no pertenece en absoluto a la condición femenina”* lo cual se traduce de *“the word “woman” no longer belongs to female personhood at all”* (FAVALE, 2022, p. 31). Lo mismo puede ser aplicado dentro del contexto de los hombres, sin embargo, el impacto del lenguaje ha tenido mayor repercusión en la comunicación dirigida hacia las mujeres.

He visto permutaciones similares en otros lugares: “personas con cuello uterino”, “alimentadores de pecho”, “progenitores que dan a luz”, verdaderas acrobacias lingüísticas para hablar de cuerpos femeninos sin usar el término “mujer”. Esto me parece un enfoque deshumanizante, basado en la función. En lugar de un término que evoca una entidad personal e integrada —“mujer”— tenemos frases basadas en funciones y luego débilmente vinculadas a la condición de persona, lo cual es necesariamente limitante. “Progenitor que da a luz” se enfoca de manera estrecha en la función de parir; “madre” evoca ese rol, pero florece mucho más allá, abarcando mucho más que un único evento o función. Es el paradigma de género el que emplea una categorización basada en la función en lugar de estarlo en la persona. Al divorciar lo femenino del concepto de “mujer”, este paradigma crea una escisión entre cuerpo e identidad. En vez de una integración cuerpo-identidad, nos queda la fragmentación: una imagen de la persona humana como un muñeco Sr. Cara de Papa —una cáscara hueca, neutra, que viene con un surtido de piezas intercambiables. (Traducido al español) (FAVALE, 2022. p. 122).

La tensión generada por las posturas de Simone de Beauvoir y Judith Butler ha hecho que el debate público y jurídico sostenga un lenguaje que instauro dentro del imaginario de las personas una concepción sobre el ser humano que difiere totalmente de la postura clásica en la cual cuerpo e identidad convergen y, por el contrario, se han abierto múltiples formas en las que cuerpo e identidad pueden disentir, fragmentarse y separarse o, en algunos casos, llegar a afirmar que cuerpo e identidad nunca estuvieron en unidad.

El enfoque posmoderno del sexo y el género avanza en la dirección opuesta: hacia la fragmentación, hacia un yo hecho por partes, donde el cuerpo, la psique y el deseo se separan unos de otros y pueden reorganizarse; donde el cuerpo no es la base de la identidad personal, sino más bien su herramienta inerte. (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 135).

Ha de considerarse que la palabra “género” existía únicamente como un recurso gramatical usado para denotar una categoría o un tipo de algo, mientras que la palabra “sexo” ha sido usada dentro de dos contextos; primero, las diferencias de macho y hembra entre seres vivos y; segundo, lo relativo a la reproducción de estos. Específicamente en seres humanos, la palabra “sexo”, hasta antes de la mitad del siglo XX, fue utilizada para indicar la *condición del ser hombre*, o masculinidad, y la *condición del ser mujer*, o feminidad. En esta visión clásica, *“el sexo, una realidad expresada en el cuerpo, se entiende como algo innato, dado, un hecho de la naturaleza reconocido al nacer, y que constituye la base de la identidad de una persona”* (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 142). Esta descripción representa lo que Simone de Beauvoir y Judith Butler llamarían “una comprensión esencialista de la identidad sexual”, es decir, una visión a través de la cual *“los seres humanos llegan a la existencia en dos formas distintas, hombre y mujer, y esta diferencia de sexo ocurre en el nivel mismo del ser; es ontológica, intrínseca, parte de la esencia de la persona”* (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 142). La palabra “intrínseco” viene del latín *intrinsēcus*, y se entiende como algo interiormente cierto, íntimo, esencial, y, en consecuencia, el sexo no es algo meramente superficial. *“¿Cómo llegamos a este momento cultural, en el que el sexo corporal ya no se considera integral a la persona, sino ornamental, fácilmente alterable, una ficción “asignada” al nacer?”* (Traducido al español) (FAVAILE, 2022. p. 143)

A manera de síntesis de lo hasta ahora expuesto, es posible señalar que durante el siglo XX fue alterada la concepción que se tiene sobre el sexo y fue popularizado el concepto de “género”, teniendo como culmen la ruptura del cuerpo, el alma y la identidad. Así las cosas, actualmente se ha aceptado una comprensión que lleva a la fragmentación, *“esta es la comprensión clásica del feminismo (...). El sexo se refiere a la biología, y el género se refiere al significado social atribuido al sexo”* (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 147).

7.2 LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

Actualmente, los procedimientos de reasignación de sexo son implementados bajo los estándares de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés), la cual emitió el manual denominado *Standards Of Care 8 (SOC8)*. Dicho manual se encuentra dirigido a los profesionales de la salud y tiene como propósito asistir y guiar a las personas transgénero o que se encuentran en procesos de transición por disforia de género para que estas accedan a información y guías que les permitan sentirse cómodos con su identidad de género. De acuerdo con el SOC8, existen dos tipos de tratamientos y procedimientos para los temas de reasignación de sexo, ellos son la Terapia Hormonal de Afirmación de Género (GAHT por sus siglas en inglés) y las Cirugías de Afirmación de Género. En el presente acápite de este documento se desglosarán ambas. (WPATH, 2022).

En primer lugar, de acuerdo con el SOC8, la Terapia Hormonal de Afirmación de Género (GAHT) tiene por objetivo lograr cambios físicos que lleven a la persona a lograr percibirse acorde con su identidad de género o sus ideales de corporalidad individuales. En adolescentes, lo que se hace con la GAHT es suprimir la pubertad, con lo cual la WPATH recomienda “iniciar el bloqueo

hormonal al alcanzar el estadio 2 de Tanner⁷ (primeros cambios físicos de la pubertad) para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados”. Además de esto, en el caso de los adolescentes que ya han alcanzado el estadio 2 de Tanner se prescriben tratamientos de hormonas sexuales cruzadas. Por otro lado, esta misma entidad recomienda que, en adultos se efectúe un monitoreo de niveles hormonales con el propósito de reducir las hormonas de su sexo biológico y de administrar las dosis del tratamiento hormonal de transición de género para que estas se encuentren en los niveles adecuados para su transición. (WPATH, 2022).

En segundo lugar, de acuerdo con lo indicado por la WPATH, las Cirugías de Afirmación de Género son procedimientos adaptados a personas transgénero en los cuales se incluyen la mastectomía (reconstrucción de tórax), faloplastia/metoidioplastia (construcción de neofalo), vaginoplastia/clitoriplastia (construcción de neovagina/neoclitoris), orquiectomía (extirpación de testículos), histerectomía (extirpación del útero), así como cirugías en el rostro para acercar a la persona a su identidad de género (WPATH, 2022).

En General, los tratamientos anteriormente mencionados, son utilizados *“como medio para intentar disminuir la disforia de género, a la vez que para lograr la integración social del transexual en el ambiente en que se mueve”* (COLIZZI; COSTA; TODARELLO, 2014). También, se indica que cualquier procedimiento de reasignación de sexo debe también llevarse de la mano de terapia psicológica. Dado que, a pesar de realizarse una reasignación de sexo, los individuos que se someten a este tipo de procedimientos se encuentran sujetos *“un riesgo permanente en su salud, como se constata en diversos trabajos científicos”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 53). Debido a esto, *“la reasignación de sexo, aunque puede disminuir la “disforia de género”, no es suficiente para solventar la transexualidad y no evita los trastornos psiquiátricos y somáticos que se pueden dar en estas personas”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 54).

A su vez, es imperativo resaltar que, en el caso de las GAHT, estas tienen la capacidad de permitir que se generen características del sexo deseado. Sin embargo, no es posible que la mayoría de los aspectos físicos ya desarrollados de la persona se reviertan a la magnitud de lograr que quien se somete a un GAHT tenga por completo las características de su identidad de género siendo una persona transexual (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 53 a 54).

Ahora bien, aunque no es el tema central del presente documento, es relevante destacar que este tipo de procedimientos no se realizan únicamente en personas con disforia de género, también se realizan en personas que nacen con una condición de hermafroditismo. El hermafroditismo es *“un fenómeno presente en zoología y biología que consiste en la presencia de órganos reproductivos masculinos y femeninos en un mismo individuo”* (IRIARTE FRANCO, 2020, P.104). Sin embargo, en los seres humanos ocurre una condición un poco más compleja y

⁷ Estadio 2 de Tanner: esta marca el inicio de la pubertad, en niñas, se caracteriza por la aparición del botón mamario y el crecimiento inicial de vello púbico fino y pigmentado. Mientras que, en niños, se observa el aumento del volumen testicular, cambios en el escroto y la aparición de vello púbico incipiente.

no tan parecida a la de los animales, por ello, no se utiliza el término hermafroditismo sino el término intersexualidad. Ya que, *“estos individuos presentan genitales externos y gónadas más o menos completos (o incompletos) de ambos sexos, pero poco desarrollados; habitualmente no son fértiles”* (IRIARTE FRANCO, 2020, P.104). Cabe resaltar que,

El término “intersexual” es un término paraguas que abarca una variedad de condiciones que interrumpen el desarrollo de ciertas características sexuales. A pesar de su prevalencia en el ámbito de la teoría de género, el término es impreciso y a menudo mal utilizado (...). Si se usa “intersexual” para invocar una categoría intermedia entre los sexos, es un error de denominación. Sin embargo, la etiqueta puede utilizarse con precisión cuando se refiere a una variación de base biológica dentro de la masculinidad o la feminidad. (FAVALE, 2022, P. 125).

Adicionalmente, teniendo en cuenta que el término generalmente se utiliza de una manera bastante amplia es posible indicar que se trata de una condición que se limita a afectar *“hasta 1,7 de cada 100 nacimientos vivos (1,7%)”* (FAVALE, 2022, P. 126). Ahora, dicha definición terminológica abarca a cualquier *“individuo que se desvía del ideal platónico de dimorfismo físico a nivel cromosómico, genital, gonadal o hormonal”*. Lo anterior, incluye a las mujeres que presentan Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) y a pesar de que esta enfermedad puede causar problemas para la concepción, de ninguna manera genera algún tipo de ambigüedad sexual, por ello, al momento de cerrar el término de intersexualidad a los casos de hermafroditismo en humanos *“la cifra desciende drásticamente a 0,18%”*. De acuerdo con esto dicha condición únicamente sucede en menos de 2 de cada cien nacimientos vivos (FAVALE, 2022, P. 126). Como resultado de las anteriores cifras expuestas, es necesario hacer énfasis en que *“la gran mayoría de las personas que a menudo se categorizan como intersexuales son inequívocamente hombres o mujeres, incluso si la manifestación de la masculinidad o la feminidad es atípica en algún aspecto”* (FAVALE, 2022, P. 127).

En línea con lo anterior, para verdaderamente identificar el sexo de una persona en condiciones de intersexualidad deben considerarse en conjunto los siguientes aspectos: i) composición cromosómica; ii) genitales; iii) gónadas; iv) las estructuras internas que complementan la fabricación de gametos u hormonas. Dado que, usualmente al evaluar la intersexualidad de una persona no se tienen en cuenta todos los factores mencionados, sino solo algunos como la composición cromosómica y los genitales, se llega a la conclusión prematura de que *“la dicotomía sexual es falsa”* (FAVALE, 2022, P. 128). Lo cual llega a ser altamente inquietante, ya que, *“un bebé sano de un sexo podría ser clasificado y criado como del sexo opuesto, únicamente por la apariencia externa de sus genitales”* (FAVALE, 2022, P. 130). De esta manera, se reduce el sexo biológico a sus rasgos secundarios como lo son los genitales, cuando en realidad los genitales en su calidad de rasgos secundarios del sexo se desarrollan como consecuencia del sexo biológico, es decir, no son la causa de este (FAVALE, 2022, P. 128). Por ello,

Este malentendido suele perpetuarse para llegar a una conclusión deseada: la noción de que una persona puede cambiar su sexo. Si el sexo se define por características secundarias como la apariencia genital y la profundidad de la voz, entonces el cambio de

sexo sería posible mediante cirugía y hormonas sintéticas. Sin embargo, si el sexo se fundamenta en cómo está organizado el cuerpo en relación con la producción de gametos —una potencialidad que no puede otorgar un bisturí—, la verdad innegable es la siguiente: no es posible cambiar el sexo, porque este es constitutivo de la persona en su totalidad. (FAVALE, 2022, P. 128 a 129).

Como consecuencia de lo ya abordado, el Dr. J. Michael Bostwick, psiquiatra y psicólogo especialista en salud mental en personas intersexuales y transgénero, quien actualmente desarrolla investigaciones en la Clínica de Mayo en Minnesota, Estados Unidos, indica que *“incluso en los casos en que algo no funciona correctamente en el desarrollo de los genitales externos, es más probable que los individuos actúen de acuerdo con su configuración cromosómica y hormonal”* (BOSTWICK; MARTIN, 2007). A parte, cuando se trata de un caso en el que existe disforia de género *“la evaluación inicial de la disforia de género debe centrarse en explicaciones orgánicas antes que psicológicas. Solo tras descartar condiciones intersexuales debe considerarse un diagnóstico psiquiátrico primario”* (BOSTWICK; MARTIN, 2007). Por esto es que,

La evidencia científica respalda de forma abrumadora la proposición de que un niño o niña normal desde el punto de vista físico y de desarrollo es, de hecho, lo que aparenta ser al nacer. Las pruebas disponibles de imágenes cerebrales y genética no demuestran que el desarrollo de una identidad de género distinta del sexo biológico sea innato. Dado que, los científicos no han logrado establecer un marco sólido para comprender las causas de la identificación cruzada de género, los estudios en curso deberían mantenerse abiertos a la posibilidad de que existan causas psicológicas y sociales además de biológicas. (MAYER; McHUGH, 2016, P. 97).

Las anteriores conclusiones, proponen que, en lugar de solucionar los problemas de disforia de género mediante GAHT y procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo se trate de manera directa el aspecto psiquiátrico y psicológico del trastorno de la disforia de género. Porque,

La dificultad biomédica que estas acciones conllevan es que no se cambia el sexo cromosómico, solo se maquilla, para que aparentemente sea el que el transexual desea, o sus familiares en caso de los niños (Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003). Pero dichas acciones no solucionan la tendencia transexual, como ya se ha comentado, posiblemente condicionada por una posible alteración cerebral. Es decir, esta terapia solamente trata de solucionar la expresión corporal del trastorno, pero no el trastorno cerebral en sí mismo. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 51).

Además de esto, los procedimientos de reasignación de sexo sean hormonales o quirúrgicos, tienen efectos tanto reversibles como irreversibles que pueden llegar a ser (en la mayoría de los casos son) un riesgo permanente para la salud de quienes se someten a estos. La anterior afirmación,

Se constata en diversos trabajos científicos, pero muy específicamente en uno realizado en el Instituto Karolinska de Estocolmo (Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Långström, & Landén, 2011), en el que se evalúa la reasignación de sexo de 324 personas transexuales, 191 que han cambiado de hombre a mujer y 133 de mujer a hombre, utilizando datos estadísticos suecos de 1973 a 2003. En dicho estudio se constata que la mortalidad total en el grupo de personas transexuales, tras la reasignación de sexo, era mayor que en el grupo control, aproximadamente tres veces superior, y sobre todo se observa que en las personas que han sido sometidas a una reasignación de sexo, tras la adolescencia, se detecta un índice de suicidios 19,1 veces más elevado que en el grupo control, al igual que el aumento de intentos de suicidio, alrededor de 5 veces mayor. Igualmente muestran mayores trastornos psiquiátricos que la población general. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 54).

8 MARCO TEÓRICO

8.1 DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN TORNO A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Previo al análisis jurisprudencial de las decisiones de la Corte Constitucional frente a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, es necesario identificar los tipos de sentencias que deben conformar la línea jurisprudencial que desarrollará este tema el cual también se desglosarán las fases por las que han pasado las decisiones de la Corte a lo largo de los años.

En primer lugar, se encuentra la sentencia fundadora o inicial, en la cual por primera vez la Corte analizó el problema jurídico no resuelto, en este caso los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad. En segundo lugar, están las sentencias consolidadoras, este tipo de sentencias mantienen la posición de anteriores sentencias buscando ordenar y articular la línea jurisprudencial otorgándole estabilidad. En tercer lugar, encontramos a las sentencias reiterativas, en ellas la Corte hace referencia explícita a anteriores sentencias que tratan el tema para basar su decisión en esto; las sentencias reiterativas cumplen el rol de demostrar un precedente jurisprudencial. En cuarto lugar, se encuentran las sentencias hito o modificadoras, este tipo de sentencias son importantes porque enmarcan un cambio de decisión el cual difiere en el sentido de la jurisprudencia anterior; dentro de ellas, es posible encontrar modificaciones en alguna subregla la cual encamina los fallos de la Corte hacia una dirección diferente debido a elementos o argumentos nuevos (como lo puede ser algún tratado internacional ratificado por el país en el cual se aborde el tema) o por temas de transición en el contexto social en el país. En quinto lugar, se encuentran las sentencias de unificación, estas sentencias cumplen la labor de resolver contradicciones dentro de la jurisprudencia de la corte y determinan una posición consolidada, evitando así, las controversias que generan decisiones anteriores que difieren entre sí.

Por otro lado, los fallos de la Corte Constitucional se dividirán en diferentes fases con el propósito de comprender de una mejor manera como, a lo largo de los años, este órgano estatal ha pasado de determinar que el sexo es un tema netamente biológico a decidir que se trata de algo que puede mutar basado temas como la identidad de género, la autopercepción y la presunta autonomía de los menores de edad para realizarse procedimientos médicos de carácter drástico e irreversible, los cuales de acuerdo con esta, corresponden al amparo de derechos como el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

8.1.1 FASE I: CONCEPCIÓN BIOLÓGICA DEL SEXO

En su origen, el problema jurídico que Inició el debate sobre los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes no fue precisamente una decisión sobre este tema, dado que, la controversia inicial surgió frente a situaciones de materia registral en cuanto solicitudes de cambio de nombre en el registro civil, como la planteada en la Sentencia T-594 de 1993, y de cambio del componente de sexo en el registro civil, siendo el caso de la Sentencia T-504 de 1994. A continuación, el análisis de ambas:

- **SENTENCIA T-594 DE 1993 | MP VLADIMIRO NARANJO MESA:**

Antecedentes: En esta sentencia el ciudadano transgénero Carlos Montaña Díaz interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de la Notaría Tercera del Círculo de Cali por negar su solicitud de modificación de registro civil para cambiar su nombre a Pamela Montaña Díaz, dado que, el *“Notario Tercero del Círculo de Cali negó su petición, ya que ésta se refiere al cambio de un nombre de sexo masculino a otro de sexo femenino”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993). El ciudadano, alegaba que dicha negativa atentaba en contra de sus derechos fundamentales a la igualdad, personalidad jurídica consagrados en los artículos 13 y 14 de la Constitución Política.

En el fallo de primera instancia, el juez declaró improcedente la acción de tutela dado que no encontraba violados los derechos fundamentales indicados en la acción de tutela. Sin embargo, en segunda instancia, bajo el amparo del derecho fundamental a la personalidad jurídica el juez indicó que *“los denominados atributos de la personalidad, entre los cuales se encuentra el nombre, pueden ser protegidos a través de la acción de tutela, cuando las autoridades competentes se nieguen a su reconocimiento”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993). Ordenando así, que se le concediera al ciudadano el cambio de su nombre.

Tras lo sucedido, la Corte Constitucional en su Sala de Revisión se consideró competente para estudiar el fallo (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9). En su revisión la Corte citó el artículo 18 de la Constitución Política para definir el derecho a la expresión de la individualidad estableciendo que,

La fijación de la individualidad de la persona ante la sociedad, y ante el Estado, requiere de la conformidad de individuo con la identidad que proyecta, de suerte que siempre

tendrá la facultad legítima de determinar la exteriorización de su modo de ser, de acuerdo con sus íntimas convicciones. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993).

Además de esto, la Corte indica que,

La esencia del libre desarrollo de la personalidad como derecho, es el reconocimiento que el Estado hace de la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción, ni controles injustificados o impedimentos por parte de los demás. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993).

De acuerdo con lo anterior, la Corte Constitucional decide confirmar el fallo de segunda instancia que ordena permitir el cambio de nombre el ciudadano a pesar de que este indique un sexo diferente al de su nacimiento.

Problema jurídico: Alcance de la potestad del Estado para negarle a una persona el derecho a cambiar de nombre en los casos en el que este no se encuentra acorde con el nombre por el cual una persona se auto percibe de acuerdo con su identidad de género.

Regla de derecho: Con la confirmación del fallo de segunda instancia, la regla de derecho que implementa la Corte es que *“la persona humana, en virtud de su autonomía, tiene derecho a fijar su entidad personal, la cual corresponde a su modo de ser [...]; todo ello en virtud del libre desarrollo de la personalidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993). Sin embargo, en esta sentencia, la Corte también aclara que el cambio de nombre en el registro civil no implica un cambio de sexo en el mismo,

La Sala debe reiterar que el peticionario no está solicitando un cambio de sexo, sino un cambio de nombre. De ahí que, al tutelar el derecho al cambio de nombre, ello no conlleva que en el registro civil se modifique el sexo del accionante, porque lo uno no implica por necesidad lo otro. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993).

Razón por la cual, queda claro que, aunque el cambio de nombre es una potestad que tienen las personas en el ejercicio de su derecho al libre desarrollo de la personalidad, esto no significa que factores biológicos como el sexo puedan cambiarse registralmente en ejercicio de este derecho.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 13: derecho fundamental a la igualdad; ii) Artículo 14: reconocimiento a la personalidad jurídica; iii) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; iv) Artículo 86: Acción de tutela; v) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional. (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 13, 14, 16, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta es una sentencia hito, dado que, reconoce el cambio de nombre con un elemento que compone el ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad.

- **SENTENCIA T-504 DE 1994 | MP ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO:**

Antecedentes: El ciudadano N.N., nació con condición de intersexualidad y fue registrado civilmente con el sexo masculino. Sin embargo, tras evaluaciones médicas en las cuales se le realizaron específicamente *“exámenes de cariotipos, físicos y psiquiátricos, concluyendo que tanto fenotípicamente como psíquicamente el peticionario es de sexo femenino”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994). Debido a esto, a N.N., se le realizaron cirugías de reasignación de sexo con el propósito de exteriorizar físicamente su sexo femenino. Como consecuencia de lo anterior, este solicitó a la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) que se corrigiera el componente sexo que figuraba en su cédula de ciudadanía. Solicitud a la cual la RNEC se negó, indicando que dichos trámites no podían realizarse por medio de escritura pública, dado que, requerían de una orden judicial. Por ello, el ciudadano interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de la RNEC para cambiar el componente sexo de su registro civil alegando que se estaban violentando sus derechos fundamentales *“al nombre, a la tranquilidad, a la salud y a la intimidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994).

En respuesta a la acción de tutela interpuesta, el juez de primera instancia reiteró que lo solicitado por el accionante efectivamente se encontraba sometido *“a un procedimiento y fallo judicial, porque lo determinan normas de orden sustancial”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994) y que este era consciente de ello *“pero intentó éste medio por estimar que era más rápida una decisión, tenía menos tramitación y sobre todo le evitaba diligencias, cuestionarios y preguntas al respecto”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994). Debido a esto, en primera instancia el juez denegó la tutela interpuesta.

Luego de lo sucedido, la Corte en su Sala de Revisión consideró competente analizar el caso en cuestión (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9). Al iniciar su análisis, la Corte indicó que, de acuerdo con el artículo 1 del Decreto Ley 1260 de 1970,

El **estado civil de una persona** es su situación jurídica en la familia y en la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, **es indivisible, indisponible e imprescriptible**, y su asignación corresponde a la ley. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994), (negrilla fuera de texto).

Además de esto, la Corte estableció que,

Los **componentes individuales que forman el estado civil son objetivos**, dado que son hechos jurídicos que caracterizan a la persona. Al respecto, el célebre jurista Josserand sostuvo que **el estado civil está "determinado por una serie de elementos, tales como el sexo, la edad"**. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994), (negrilla fuera de texto).

Bajo el entendido de que el sexo es un componente objetivo y esencial del estado civil, su modificación implica una alteración material en el registro civil de una persona. En este sentido, la competencia para dirimir la posibilidad de cambiar el componente de sexo en el registro civil

de una persona únicamente se encontraba en manos de un juez de familia y dicha decisión debía constar en una decisión judicial en firme. Debido a esto, la Corte Constitucional determinó que el mecanismo jurídico para solicitar la modificación del estado civil de las personas, por motivos de cambio de sexo, es la justicia ordinaria y que,

La función registral, en relación con la corrección del estado civil, se encuentra dividida en comprobaciones declarativas como fórmula general y comprobaciones constitutivas excepcionalmente, tomando en cuenta que siempre se presenta una comprobación, mas no una valoración, pues esta última implica la indeterminación de lo examinado. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994).

De acuerdo con lo anterior, es únicamente una función del juez de familia la de valorar la procedencia de modificaciones materiales a asuntos objetivos y esenciales dentro del registro civil de una persona como lo es el sexo, mientras que, la labor de la RNEC es la de llevar el registro civil y no la de alterarlo (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 266), sino por medio de una orden judicial en los casos de las comprobaciones constitutivas. Por lo tanto, la Corte Constitucional ratificó la decisión del juez de primera instancia, aclarando que no solo se requería surtir el proceso declarativo ante la jurisdicción, sino también, que teniendo en cuenta que el ordenamiento jurídico regula dicho proceso, el mecanismo de la acción de tutela era improcedente. Dado que, dicho mecanismo es de carácter subsidiario y *“que sólo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-504 de 1994).

Problema jurídico: En el caso en concreto de esta sentencia de la Corte se plantean dos disyuntivas: ii) ¿Pueden cambios objetivos en el registro civil realizarse por la vía administrativa? Y ii) ¿Es considerada la acción de tutela como el mecanismo para solicitar la modificación de componentes objetivos del registro civil?

Regla de derecho: En la presente sentencia, la Corte Constitucional deja claro que el cambio en el componente sexo del registro civil de una persona, el cual materialmente genera una alteración en aspectos esenciales de su estado civil debe ser declarado por un juez de familia y no puede realizarse por medio de la vía administrativa. Además de esto, queda claro que el mecanismo de la acción de tutela no puede utilizarse con el propósito de evitar el procedimiento ordinario y dictado por la ley cuando se trata de situaciones en las que se busca la modificación de componentes objetivos del estado civil. Finalmente, y más importante, se reitera que el sexo de una persona es un aspecto biológico y por ende objetivo de su ser y su naturaleza física, lo cual no depende de apreciaciones subjetivas.

Subregla de derecho: Se extraen como subreglas de derecho las apreciaciones de que, en los casos en los que es necesaria la valoración de un juez por motivos de la indeterminación del sexo de una persona, este es el único que tiene la competencia para ordenar corregir o modificar su registro civil. Adicionalmente, es claro que la simple modificación del nombre de una persona no implica que se realizará un cambio en el componente de su sexo ante el registro civil. Dado que, el nombre de una persona, a pesar de dar indicios de su sexo, no lo define.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 15: derecho a la intimidad personal y familiar; ii) Artículo 86: Acción de tutela; iii) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional; vi) Artículo 266: funciones del Registrador Nacional del Estado Civil. (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 15, 86, 241 num. 9 y 266).

Notas importantes: Esta sentencia es de carácter reiterativo, dado que, en su contenido se permite citar a la Sentencia T-594 de 1993. Lo cual, demuestra los inicios de un precedente jurisprudencial por el sentido de su decisión y porque las consideraciones de la misma se encuentran en lo ya argumentado por la Corte anteriormente.

8.1.2 FASE II: TRANSICIÓN HACIA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL CONSENTIMIENTO SUSTITUTO

Tras analizar las sentencias anteriores de la Corte Constitucional, dando un contexto de lo que inicialmente abrió paso a la conversación legal sobre la temas relativos al cambio de sexo y a la identidad sexual de los niños, niñas y adolescentes, la Sentencia T-477 de 1995 es la sentencia que por primera vez aborda una problemática en torno a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. Por ello, se clasifica como una sentencia fundadora, la cual procederemos a desglosar. Se hace la salvedad de que, en sus inicios las decisiones de la Corte frente a procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad fueron tomadas en el contexto de los menores en condición de intersexualidad, lo cual es importante para entender cómo inició el proceso de estudio sobre esto temas. Sin embargo, la condición de intersexualidad en menores no es el foco de la presente investigación, ya que, los niños, niñas y adolescentes que padecen de disforia de género, no por razones de intersexualidad sino por su autopercepción y su identidad de género, no sufren de enfermedades que hagan que sus genitales sean ambiguos.

- **SENTENCIA T-477 DE 1995 | MP ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO:**

Antecedentes: Un menor interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de un hospital con el propósito de que se le restableciera su identificación sexual masculina. Dado que, a los seis meses de edad, sus genitales fueron cercenados por un perro, en vista de lo ocurrido, sus padres lo llevaron a un centro hospitalario en el cual se les sugirió que lo que se le debía a hacer al niño por su bienestar era un cambio de sexo puesto que, en su momento no era posible realizar una reconstrucción funcional de sus genitales. Los padres, en su desconocimiento y al ser campesinos semianalfabetos, accedieron a la propuesta de los médicos permitiendo que se le realizara este procedimiento quirúrgico de cambio de sexo en el menor. Como consecuencia de esto, los médicos les recomendaron a los padres del menor que el menor se quedara en la ciudad con el propósito de que se continuara con el tratamiento hormonal requerido para su cambio de sexo de la mano con acompañamiento psicológico. Por lo que, los padres, al ser personas pobres y vivir en una zona apartada, lo depositaron en un albergue de monjas, al niño se le cambió de nombre y creció como una niña. Durante todo este proceso de intervenciones médicas y psicológicas, el menor siempre exteriorizó

un comportamiento masculino y se identificaba con el género masculino. Debido a esto, a medida que fue creciendo comenzó a rechazar todos los tratamientos que se le estaban realizando para que exteriormente se percibiera como una niña.

Como consecuencia de lo anterior, el juez de primera instancia otorgó lo solicitado por el menor, ordenando a la institución médica que realizó los procedimientos en el durante su infancia y adolescencia reconstruir sus genitales masculinos, al registro civil corregir su nombre para que este reflejara su sexo biológico y al Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF) brindarle atención psicológica. Tras esto, el ICBF también determinó entregarle la custodia del menor a sus padres biológicos y subsidiar sus gastos esenciales durante este proceso de reconstrucción de sus genitales. Sin embargo, tras ser revisado el fallo por la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9), esta determinó que dicha decisión se encontraba viciada de nulidad teniendo en cuenta que el hospital tutelado no había sido notificado oportunamente. A causa de lo anterior, se profirió un nuevo fallo de primera instancia por un tribunal, en el cual el tribunal negó las pretensiones de la tutela indicando que,

El Hospital actuó con suma diligencia y cuidado y puso a disposición del menor todos los recursos técnicos y humanos de que disponía en ese momento para darle a su caso la mejor solución, o la menos gravosa que a la sazón la medicina le podía brindar. Se dice lo anterior, porque no se le podían reimplantar los órganos genitales masculinos que le habían sido cercenados al menor. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

A pesar de no encontrar culpable al hospital por inducir en su momento a los padres del menor a autorizar los drásticos procedimientos de reasignación de sexo en el menor, el tribunal de igual forma ordenó tomar las medidas que en el primer fallo ya habían sido ordenadas. Por la complejidad del caso, la Corte también se dispone en la sentencia a revisar la situación desde un punto de vista médico, sobre lo cual se deja claro 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”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995). Además de esto, también desde un punto de vista médico, se establece que,

Los avances en la reconstrucción del pene han cambiado la idea de la asignación en los casos de sexo indeterminado al nacimiento o de traumatismo en pacientes de corta edad. En el pasado, a los hombres que sufrían la pérdida del pene por trauma y a los pacientes cuyo sexo no estaba definido científicamente o no era determinable, era fácil recomendarles que se convirtieran en mujer. Con los nuevos resultados de la reconstrucción de pene en la actualidad, estas decisiones deben evaluarse en profundidad debido que es posible construir un neopene adecuado para estos pacientes. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

De acuerdo con este punto de vista médico, la Corte busca probar que la solución para las personas que nacen con una condición de intersexualidad o que sufren accidentes traumáticos

durante su niñez no es la realización de procedimientos de reasignación de sexo, sino la reconstrucción.

Por otro lado, una psicóloga realizó múltiples evaluaciones en el niño en las cuales,

Se encontró y pudo comprobarse que N.N. se identificaba con el rol masculino, a pesar de lo que el medio externo le imponía. En las pruebas apreciaron frases como “él está triste porque le cortaron un brazo y lo quieren convertir en mujer y quiere ser un hombre como lo que fue desde que nació”. “Este es mi hijo menor, el mayor y, mi mujer aquí vamos pa la casa”. “Este soy yo N.N”. (Nombre de varón). (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Todo lo anterior, es una prueba fehaciente de que por más que se haga todo lo posible desde muy temprana edad para cambiar el sexo de un ser humano, su instinto biológico siempre primará sobre lo que cirujías, hormonas, trato y entorno social le hagan creer que es. Porque como este caso lo demuestra el menor, quien siempre manifiesta en sus propias palabras que,

“Yo quiero ser un hombre, si uno hubiera sido mujer cuando nació, como mujer se comportaría, pero yo nací hombre”. “Cuando yo era chiquito me daba miedo hablar y decir lo que pensaba, pero ahora que soy grande y pienso: Yo quiero ser hombre”. “Uno ya puede decidir, cuando uno es chiquito los otros deciden por uno, es muy duro estar así sin “eso” pero “Yo soy un hombre y qué puedo hacer”. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Para analizar de manera completa el caso de este menor, la Corte Constitucional realizó un análisis integral compuesto por múltiples aspectos. En primer lugar, desarrolló lo que se entiende por el consentimiento del paciente para lo cual cita a John Locke, el cual en su teoría dice que *“nadie puede dañar a otro en su vida, salud, libertad y propiedad, señalando como cualidades primarias las inseparables del cuerpo (entre ellos la “figura”) diciendo que en las alteraciones que el cuerpo sufre, esas cualidades se mantienen como son”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995), (negrilla fuera de texto). En segundo lugar, la Corte trata el proceso volitivo, sobre el cual indica que *“el consentimiento debe prevenir personalmente del propio paciente, con capacidad plena y aún con el lleno de algún formalismo como sería el consentimiento por escrito”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995); y además, también aclara que el consentimiento del paciente no se presume en los casos en los que el médico actúa en su beneficio así se encuentren médico y paciente en una situación en la que exista un deber de socorro.

Adicionalmente, la Corte Constitucional aclara que en la materia de procedimientos drásticos e irreversibles como lo son los de reasignación de sexo, el consentimiento no solo debe ser expreso por parte del paciente, sino que este debe constar por escrito, puesto que, *“solo el consentimiento del enfermo permite la actuación del médico”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995). En tercer lugar, la Corte califica la urgencia de la intervención médica, frente a lo cual señala que, la responsabilidad del médico de socorrer a una persona por su obligación de actuar

en defensa de la vida e integridad de la esta sustituye el consentimiento. En el caso en concreto, la discusión versa sobre el riesgo en el que se encontraba la integridad del menor, sin embargo, teniendo en cuenta que los procedimientos quirúrgicos se le realizaron a los seis meses de edad y posteriormente a los seis años, es más que claro que no existía un nivel de urgencia como para que esta sustituyera el consentimiento. Bajo esta premisa, concluye la Corte que los argumentos del riesgo a la vida y la integridad del menor no son válidos para argumentar la necesidad del tratamiento.

Ahora bien, la Corte deja expresamente claro que cuando se trata de menores *“no pueden los médicos practicar la readecuación de sexo de un menor, justificando su actuación con la autorización de los padres del infante”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995). Es decir, que el consentimiento en procedimientos de reasignación de sexo, cuando se trata de niños, niñas o adolescentes, el único que puede otorgar su conocimiento es el menor, dado que, *“el niño no es propiedad de sus padres, sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo, que tiene entonces protección constitucional”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

No obstante lo anterior, la Corte también asevera que,

En casos determinados, es legítimo que los padres y el Estado puedan tomar ciertas medidas en favor de los menores, incluso contra la voluntad aparente de estos últimos, puesto que se considera que éstos aún no han adquirido la suficiente independencia de criterio para diseñar autónomamente su propio plan de vida y tener plena conciencia de sus intereses. Esto es lo que justifica instituciones como la patria potestad o la educación primaria obligatoria, pues si los menores no tienen capacidad jurídica para consentir, otros deben y pueden hacerlo en su nombre y para proteger sus intereses. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Tras determinar esto, la Corte procede a analizar los límites de la patria potestad que ejercen los padres del menor en relación con procedimientos médicos en estos. Al respecto, argumenta que se hace necesario realizar una ponderación, en cada caso específico, de los principios que colisionan, es decir, el conflicto que se genera *“entre el principio de la autonomía, según el cual el paciente debe consentir al tratamiento para que éste sea constitucionalmente legítimo, y el principio paternalista, según el cual el Estado y los padres deben proteger los intereses del menor”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995). Para iniciar a dar respuesta a esta disyuntiva, la Corte cita la Sentencia T-401 de 1994, en la cual se habla sobre consentimiento médico y a pesar de que no se trata del caso de un menor de edad, también estudia cómo se forma este consentimiento en el caso de los menores de edad. En esta Sentencia T-401 de 1994, la Corte establece que el consentimiento de un paciente es elemental sea cual sea el procedimiento médico a realiza, más sin embargo, asevera que uno de los casos que forman parte de la excepción a esta regla es cuando el paciente es menor de edad. Sobre esto, la Corte en su análisis, determina que para ponderar la necesidad del consentimiento del menor se deben tener en cuenta los tres aspectos de i) urgencia e importancia del tratamiento; ii) impacto que tendrá sobre la autonomía actual y futura del menor y; iii) la edad del menor.

En línea con lo anterior, la Corte Constitucional aclara que,

Ninguna objeción constitucional se podría hacer al padre que fuerza a un niño de pocos años a ser vacunado contra una grave enfermedad. En efecto, a pesar de la incomodidad relativa que le puede ocasionar al infante la vacuna, los beneficios de la misma para sus propios intereses son evidentes. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Ya que, en estos casos, *“se respeta entonces la autonomía con base “en lo que podría denominarse consentimiento orientado hacia el futuro (un consentimiento sobre aquello que los hijos verán con beneplácito, no sobre aquello que ven en la actualidad con beneplácito)”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Desde otra perspectiva, la Corte también plantea que,

No sería admisible constitucionalmente que un padre forzara a su hijo, que está a punto de cumplir la mayoría de edad, a someterse a una intervención médica que afecta profundamente su autonomía, y que no es urgente o necesaria en términos de salud. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Como es claramente el caso de los procedimientos de reasignación de sexo, dado que estos, como ya se mencionó antes, no son urgentes, son drásticos e irreversibles. Pues en estos casos, *“el padre está usurpando la autonomía de su hijo y modelando su vida, pues le está imponiendo, de manera agobiante y permanente, unos criterios estéticos que el menor no comparte”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995). Ahora, debido a todo lo anterior, la Corte determina que para este caso en específico *“NO es posible la “readecuación de sexo,” sin la autorización directa del paciente”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Problema jurídico: En palabras de la Corte se describe que el problema jurídico es el siguiente:

¿Fue o es legítima la conducta de las autoridades y de los particulares que participaron en el proceso de readecuación de sexo del menor, a la luz de los artículos 20 de la anterior Constitución, artículo 6º de la actual y, en el caso concreto de los particulares, del artículo 45 del Decreto 2591 de 1991? (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Además de lo anterior, la Corte también se plantea *“¿Cuáles son entonces los límites de decisión de los padres en relación con los tratamientos médicos de sus hijos menores de edad?”* y si *“¿Podían los padres autorizar ese tratamiento que se dice era conveniente hacerlo antes de que el niño cumpliera los 18 meses de edad?”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995).

Finalmente, por todos los motivos anteriormente mencionados, la Corte Constitucional tomó la decisión de conceder al accionante sus pretensiones. Todo esto, en aras de proteger sus

derechos fundamentales a la salud, la dignidad humana, la integridad y el libre desarrollo de la personalidad.

Regla de derecho: Esta sentencia determinó que el consentimiento informado, expreso y por escrito del paciente es una parte esencial previa a cualquier procedimiento médico. Además de esto, cuando se tratare de menores de edad, deben sopesarse aspectos como i) la urgencia del tratamiento y su importancia; ii) su impacto en el bienestar futuro del menor y en su autonomía tanto presente como futura, realizando una diferenciación entre procedimientos ordinarios como de carácter invasivo e irreversible; iii) la edad del menor y su madurez psicológica para tomar decisiones en pro de su bienestar, teniendo en cuenta su nivel de autonomía y su capacidad para expresar su voluntad.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana ii) Artículo 2: fines esenciales del Estado; iii) Artículo 5: Derechos inalienables de las personas; iv) Artículo 13: derecho fundamental a la igualdad; v) Artículo 44: derechos fundamentales de los niños; vi) Artículo 86: Acción de tutela; vii) Artículos 93 y 94: bloque de constitucionalidad; viii) Artículo 95 numeral 2: deber de solidaridad social; ix) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 2, 5, 13, 44, 86, 93, 94, 95 num. 2 y 241 num. 9).

Notas importantes: Al tratarse de una sentencia fundadora, esta forma parte fundamental del precedente jurisprudencial sobre la autonomía de los menores de edad en los casos de procedimientos médicos de reasignación de sexo. Por ello, la presente sentencia ha sido cita en más de cincuenta (50) sentencias, como es el caso de las sentencias SU-337 de 1999, T-1025 de 2002, T-1021 de 2003, C-900 de 2011, C-246 de 2017, T-498 de 2017, T-675 de 2017, T-447 de 2019 y T-105 de 2022.

- **SENTENCIA SU-337 DE 1999 | MP ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO:**

Antecedentes: La madre de una menor interpuso acción de tutela con el propósito de que se le autorizara la realización de procedimientos médicos de readecuación de sexo. Esto, teniendo en cuenta que la menor nació con órganos genitales aparentemente femeninos, por lo que desde su nacimiento fue tratada como una niña. Luego de tres años, en una consulta pediátrica el médico tratante encontró que los genitales de la menor tenían carácter ambiguo. Debido a esto, la menor fue diagnosticada con intersexualidad debido a un problema con su síntesis de testosterona.

Como consecuencia de lo anterior, el médico tratante “*recomendó un tratamiento quirúrgico, que consiste en la readecuación de los genitales por medio de la extirpación de las gónadas y la plastia o remodelación del falo (clitoroplastia), de los labios y de la vagina*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999). Además de esto, se recomendó que dichos procedimientos fuesen realizados a la menor antes de que llegase a su pubertad. A pesar de la recomendación dada, los médicos tratantes se negaron a proceder con lo recomendado. Dado que, de acuerdo con anteriores decisiones de la Corte Constitucional, la decisión debía ser tomada por la menor bajo su autonomía y no por su madre. Ahora bien, según el criterio de la

madre, la menor su hija aún no se encontraba en edad de tomar decisiones por ella misma debido a su edad, sin embargo, esta alegaba que para el momento en el que esta tuviese "*capacidad para decidir, ya será demasiado tarde y su desarrollo psicológico, fisiológico y social no será normal*" (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

De acuerdo con lo ya mencionado, la madre de la menor interpuso acción de tutela alegando que,

A su hija le están siendo vulnerados sus derechos a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a la protección especial a la niñez, puesto que la infante tiene derecho "a que sea definida su sexualidad a tiempo para su normal desarrollo personal y social". (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

En fallo de primera instancia, el tribunal al cual llegó la acción de tutela inicialmente indicó no tener competencia para proferir dicho tipo de autorizaciones teniendo en cuenta que la tutela fue interpuesta en contra de la entidad equivocada. Sin embargo, de igual manera analizó el caso y determinó que de conformidad con la jurisprudencia de la Sentencia T-477 de 1995 de la Corte Constitucional, la madre de la menor no tiene la capacidad para consentir los procedimientos médicos a realizar sobre su hija. Esta decisión no fue impugnada por la madre de la menor, a pesar de ello, la Corte Constitucional en su Sala de Revisión (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9) analizó el presente caso.

Al revisar el proceso, la Corte determinó que era posible subsanar el vicio de nulidad en la acción de tutela. Por lo que, notificó a los accionados y uno de estos solicitó la continuación del trámite y el vicio de nulidad quedó saneado. Para proceder con la revisión la Corte solicitó múltiples conceptos médicos los cuales definen la intersexualidad como,

"Trastornos de la diferenciación y el desarrollo sexual" que se traducen en "alteraciones en los procesos biológicos". Por ende, un embrión humano con sexo genético XY no presenta los genitales externos e internos del sexo masculino, mientras que el embrión humano con sexo genético XX no presenta genitales externos e internos femeninos. En otros términos, la intersexualidad surge cuando se presentan simultáneamente "estructuras anatómicas genitales masculina y femenina en un mismo sujeto", y en especial en aquellos casos en donde se presentan "diferentes tipos de defectos que se manifiestan a nivel de los genitales externos, en particular, cuando no se puede establecer desde el punto de vista" clínico a que sexo pertenece el niño recién nacido. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

A parte de esto, se explica médicamente cómo la intersexualidad puede clasificarse dentro de tres categorías y las causas por las cuales ocurre la ambigüedad genital. Adicionalmente, indican que la ambigüedad genital es un,

trastorno grave pues consideran que la persona sufriría serias consecuencias psicológicas si no se corrige a tiempo la ambigüedad de sus genitales. Así, algunos conceptos se refieren a los muy graves problemas sicosociales o a las consecuencias calamitosas que

desde el punto de vista psicológico sufre una persona a la que no le haya sido diagnosticada y tratada correctamente su ambigüedad genital. Por ello, y con el fin de mejorar su calidad de vida, se consideran necesarias intervenciones quirúrgicas y hormonales, acompañadas de apoyos psicológicos, a fin de asignar un sexo definido masculino o femenino a la persona que sufre de intersexualidad. Además, estos casos son caracterizados como una urgencia médica, ya que deben ser tratados rápidamente, con el fin de facilitar una exitosa identificación con el sexo asignado. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Sobre esto, es neurálgico resaltar que, la Corte deja claro que, según algunos estudios médicos, en los casos de intersexualidad el tratamiento sí es de carácter urgente. Cumpliendo así con uno de los criterios mencionados por la Sentencia T-477 de 1995, para que no se requiera el consentimiento del menor frente a procedimientos médicos. Lo cual se reitera expresando que cuando existen,

Estados intersexuales como un trastorno o enfermedad, que constituye una verdadera urgencia, pues socialmente existe un imperativo dirigido a que la persona, desde los primeros días de vida, tenga un sexo definido de hombre o mujer, pues de no ser así, tendría una vida psicológicamente traumática. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

A pesar de esto, dentro de la investigación de la Corte, también se encontró que,

En numerosos casos no hay criterios médicos claros para asignar sexo, por lo cual en el fondo todo se reduce al tamaño mismo del pene o del clítoris, órganos que se originan a partir de una misma estructura anatómica originaria. Eso explica que a veces se presenten fuertes divergencias sobre cuál es el sexo idóneo para una persona en los propios comités interdisciplinarios encargados de decidir estos asuntos, por lo cual incluso ha habido casos en los cuales la decisión se ha tomado por votación entre los distintos especialistas. Es más, según el informe, la propia literatura médica reconoce que las decisiones sobre estos aspectos son muy empíricas y con un sustento científico relativamente débil. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Adicional a esto, también se critica la forma en la que los padres de los menores otorgan su consentimiento para la realización procedimientos en torno a esta temática,

No sólo porque la decisión es tomada sobre infantes de pocos meses, o incluso de pocos días, sino también porque la información que es dada a los padres es insuficiente, y a veces hasta engañosa. Según estos críticos, que encuentran en asociaciones como ISNA sus voceros más vigorosos, a los padres simplemente se les dice que el infante tiene un problema de desarrollo sexual, que será corregido mediante una cirugía y un tratamiento hormonal, que es necesario, pues de no hacerse, la persona sufrirá graves trastornos en su vida. Además, se recomienda que el menor no conozca su real estado a fin de no dificultar su proceso de identificación. Sin embargo, señalan los críticos, no hay ningún

estudio que justifique esas conclusiones, lo cual se articula con la tercera gran objeción que se relaciona con la necesidad misma de esos tratamientos. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Debido a lo anterior, la Corte finalmente determina que de acuerdo con las críticas a estos procedimientos en menores es discrepante, ya que,

No es clara la urgencia ni la necesidad de los tratamientos en los casos de ambigüedad sexual ya que no existen estudios nacionales ni internacionales que muestren que aquellas personas a quienes se les han aplicado tales procedimientos se encuentran en mejor estado psicológico, físico y sexual, que aquellas personas con ambigüedad genital que no han sido objeto de tales intervenciones. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

En línea con lo anterior, la Corte también cita a la activista intersexual estadounidense Cheryl Chase, fundadora de *la Intersex Society of North America* (ISNA) quien establece que,

Estas operaciones no son necesarias, pues no hay razones médicas ni fisiológicas que las justifiquen. Así, el argumento invocado en el presente caso, según el cual alguien con un pene demasiado pequeño no podrá ser jamás sexualmente funcional, no es válido, pues existen estudios que han demostrado que esas personas pueden llevar vidas satisfactorias como hombres. Según su parecer, la única justificación que se aduce para estas operaciones es entonces “la creencia no demostrada de que puede contribuir al bienestar psicológico” de la persona, la cual es especulativa ya que no existen estudios que la demuestren. Es más, señala Chase, en muchos casos los problemas psicológicos derivan, no tanto de la ambigüedad genital como tal, sino de los propios tratamientos médicos, por su carácter particularmente invasivo. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

De acuerdo con esto, la activista también establece que muchos de los casos en los que se realizan adecuaciones genitales a niños que cuentan con condiciones intersexuales, a pesar de realizárseles una readequación de sexo para que crezcan como el sexo opuesto debido a que sus genitales exteriores se pueden asemejar más fácilmente con este, terminan oponiendo se a ellos y revirtiendo dichos procedimientos para inevitablemente terminar en su adultez volviendo a la identidad sexual que poseían de manera biológica.

Tras analizar los argumentos aquí expuestos y muchos más, la Corte procede a explicar las razones por las cuales toma su decisión. En primer lugar, la Corte se permite aclarar que se trata de un caso complejo, en el que existe un conflicto entre los principios de beneficencia, desde sus dos dimensiones, el cual establece que “*es deber de estos profesionales contribuir positivamente al bienestar del paciente [...], o al menos abstenerse de causarle cualquier daño físico o síquico*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999); el principio de utilidad, el cual consagra que,

El perfeccionamiento de las técnicas médicas supone el desarrollo de la experimentación y la investigación científicas en este campo, en favor de la población y de los futuros pacientes, pues es deber de la profesión médica producir la mayor cantidad de bienestar posible para el mayor número de individuos. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

El principio de justicia, que dicta que, *“los servicios de la medicina deben ser distribuidos de manera equitativa a todas las personas, en desarrollo del mandato según el cual todos deben tener igual acceso a los beneficios de la ciencia y de la cultura”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999); y el principio de autonomía, el cual dispone que, *“toda intervención en el cuerpo de un individuo debe en principio contar con la autorización del propio afectado”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Por lo anterior, a pesar de que, desde el punto de vista médico, la Corte Constitucional debería dejar las decisiones sobre si realizar o no este tipo de procedimientos en personas que cuenten con condiciones de intersexualidad a la medicina. Esta institución, determina que,

En la medida en que las investigaciones biológicas y las prácticas médicas recaen sobre seres vivos, y en especial sobre personas, es obvio que, si bien pueden ser benéficas para el paciente, también pueden ser dañinas y deben por ende estar sometidas a controles para proteger la inviolabilidad y la dignidad de las personas. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

el carácter esencial del *“consentimiento informado, cualificado y persistente”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999). Sobre este, establece que el consentimiento debe formarse por el menor de una manera libre y con conocimiento de causa, el cual sea amplio y contemple los riesgos y beneficios que pueden traer los procedimientos. Además de esto, la Corte determina que,

El paciente que toma la decisión debe ser lo suficientemente autónomo para decidir si acepta o no el tratamiento específico, esto es, debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

En adición, la Corte también indica que es de su competencia velar por los derechos fundamentales de la menor en cuestión dadas las circunstancias y *“la posibilidad de que la intervención quirúrgica objeto del debate sea desarrollada sin el debido consentimiento informado de los afectados”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

En segundo lugar, la Corte habla sobre el carácter esencial del *“consentimiento informado, cualificado y persistente”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999). Sobre este, establece que el consentimiento debe formarse por el menor de una manera libre y con conocimiento de causa, el cual sea amplio y contemple los riesgos y beneficios que pueden traer

los procedimientos. Además de esto, la Corte determina que *“el individuo es titular de un derecho exclusivo sobre el propio cuerpo, por lo cual cualquier manipulación del mismo sin su consentimiento constituye una de las más típicas y primordiales formas de lo ilícito”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999). Tras dejar claro este punto, la Corte también argumenta que el respeto por el consentimiento informado y por el principio de autonomía son componentes esenciales del principio de beneficencia. Ya que,

Las personas no sólo se preocupan por vivir más, esto es por extender su existencia biológica, sino que muchas veces su principal interés es vivir una vida que, conforme a sus propias convicciones sobre lo que es valioso en la existencia humana, tenga dignidad y sentido. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Por ello, cuando la Corte define el consentimiento informado también es clara al decir que *“debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

En línea con lo precedente, la Corte también trata el consentimiento sustituto, sobre lo cual esta establece que, el hecho de que una persona no cuente con la autonomía suficiente para consentir un tratamiento médico por temas de salud o de edad no significa que ella no pueda recibir tratamiento. En este sentido, cuenta con aplicabilidad el principio de beneficencia, pues sus cuidadores tienen la potestad de dar consentimiento por ella en aras proteger sus derechos fundamentales a la salud y la vida. Sin embargo, este consentimiento sustituto cuenta con límites y ellos aplican en los casos en los que quien será sometido al procedimiento médico puede percibir daños irreversibles, se esté poniendo en peligro su vida o sus derechos fundamentales futuros. Para definir los límites del consentimiento sustituto,

La Corte ha precisado que existen tres criterios centrales a ser considerados: (i) la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor, (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño y (iii) la edad del paciente. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Con base a todo lo anterior, la Corte finalmente decide negar la acción de tutela de la madre de la menor, aduciendo que el procedimiento de readecuación de sexo de su hija no cumplía con los criterios esenciales para que hubiese lugar a aplicar el consentimiento sustituto. Además de esto, la Corte reiteró que la menor es quien debe de consentir dicho tratamiento de una manera informada y solo hasta el momento en el que ella alcance la madurez suficiente para que se configure un consentimiento informado y libre, esta podrá tomar la decisión de someterse o no a dicho procedimiento, el cual es de carácter invasivo, irreversible y definitivo. Adicionalmente, la Corte ordenó que se conformara un grupo interdisciplinario el cual le brinde acompañamiento tanto a la menor como a su madre entorno al proceso. Esto, con el propósito de que cuando llegase el momento, la niña pudiese tomar una decisión con conocimiento de causa.

Problema jurídico: La Corte plantea que el problema jurídico a tratar es el siguiente,

¿Los titulares de la patria potestad o los representantes de los menores pueden o no autorizar una intervención médica y quirúrgica destinada a readecuar los genitales de un infante a quien le fue asignado un sexo masculino o femenino, después de habersele diagnosticado alguna forma de ambigüedad sexual o genital, y que no esté de por medio del riesgo de muerte? (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999).

Regla de derecho: De acuerdo con lo presentado por la Corte en esta sentencia, cuando existen casos de intersexualidad en menores de edad, son únicamente ellos quienes tienen la capacidad para consentir sobre la realización de procedimientos médicos de carácter invasivo, drástico e irreversible que tengan consecuencias definitivas sobre su identidad sexual.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana ii) Artículo 5: derechos inalienables de las personas; iii) Artículo 13: derecho fundamental a la igualdad; iv) Artículo 15: derecho a la intimidad personal y familiar; v) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; vi) Artículo 44: derechos fundamentales de los niños; vii) Artículo 68: derecho de los padres a escoger la educación de sus hijos; viii) Artículo 86: Acción de tutela; ix) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 5, 13, 15, 16, 44, 68, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta es una sentencia de unificación, en la cual de manera definitiva la corte deja claros criterios que no solo le aplican a los menores de edad que se encuentran en condición de intersexualidad, sino a todos los menores que sufran de disforia de género o se encuentren en situaciones en las cuales su identidad sexual dependa de la realización de procedimientos médicos. Dado que, la Corte deja clara su posición al respecto y ella indica que, al tratarse de procedimientos invasivos e irreversibles, los menores deben tener la edad suficiente para tomar una decisión consciente, autónoma, libre e informada. Dado que, sus padres no cuentan con la capacidad para tomarla por ellos debido a los límites que la Corte ha impuesto al consentimiento sustituto.

- **SENTENCIA T-692 DE 1999 | MP CARLOS GAVIRIA DÍAZ:**

Antecedentes: En esta sentencia se presentan los mismos supuestos de hecho que en la Sentencia SU-337 de 1999, ya estudiada. En esta sentencia, la madre de una menor de dos años de edad que desde su nacimiento se le diagnosticó ambigüedad genital, interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) porque a pesar de que su seguro médico le ordenó la reconstrucción de sus genitales para que reflejaran el sexo de la menor, este se negó a autorizar el procedimiento por falta de presupuesto. Debido a esto, en primera instancia,

El juez tuteló los derechos fundamentales a la vida, salud, igualdad y seguridad social de la menor, basando su decisión en varios fallos de la Corte Constitucional, y ordenó la práctica de la cirugía en el término de 48 horas siguientes a la mencionada decisión. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-692 de 1999).

Sin embargo, la Corte en Sala de Revisión (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9) comienza su análisis mencionando que este tipo de casos ya resueltos por la Corte en la Sentencia SU-337 de 1999 y en la Sentencia T-551 de 1999 la cual es posterior a la unificación de la jurisprudencia y se permite resumir las consideraciones del fallo de unificación expresando los siguientes puntos relevantes.

Primero, se aclara la importancia del consentimiento de los pacientes para cualquier procedimiento médico, expresando que,

Para que este consentimiento sea válido no sólo debe ser libre, sino que la decisión debe ser informada, esto es, debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999).

Segundo, cuando se trata de menores de edad o personas que no pueden expresar su consentimiento cumpliendo con las características esenciales de que este sea libre, autónomo e informado, la Corte determinó que es posible aplicar el consentimiento sustituto por parte de padres o cuidadores del paciente siempre y cuando se apliquen los criterios estipulados por la Corte en anteriores decisiones. En este sentido, el consentimiento sustituto para que sea válido *“es necesario tener en cuenta (i) la necesidad y urgencia del tratamiento, (ii) su impacto y riesgos, y (iii) la edad y madurez del menor”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999).

Tercero, para determinar la urgencia y la necesidad del tratamiento, es primordial identificar si *“la ambigüedad genital se encuentra asociada a amenazas graves a la salud física o la vida de la persona”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999), estableciendo la Corte que, para dichos casos, el consentimiento sustituto de los padres es válido, por tanto, no es considerado reprochable ni ética ni jurídicamente. Sobre esto, es neurálgico hacer la salvedad de que, la Corte es muy clara respecto de los casos en los que los procedimientos médicos no cuentan las características de urgencia y necesidad mencionadas. Puesto que, respecto de este segundo caso específico, la Corte concluye que,

Las cirugías y los suministros de hormonas destinados a remodelar los genitales son tratamientos invasivos y extraordinarios, pues afectan la identidad sexual de la persona y son irreversibles. Estas intervenciones médicas no pueden entonces ser asimiladas a otras cirugías estéticas, como la corrección de un paladar, o la supresión de un dedo supernumerario, por cuanto la remodelación de los genitales tiene que ver con la definición misma de la identidad sexual de la persona, esto es, afecta uno de los aspectos más misteriosos, esenciales y profundos de la personalidad humana. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999).

Teniendo en cuenta la complejidad de la determinación sobre si se debía permitir que los padres de los menores en condiciones de intersexualidad ejercieran el consentimiento sustituto para decidir sobre la identidad sexual de los menores y realizarlos procedimientos médicos de reasignación de sexo, la Corte también tiene en cuenta el principio de *in dubio pro familia*. Sobre esta disyuntiva la Corte determina que,

No puede prohibir las cirugías tempranas a los hermafroditas, pues invade la privacidad familiar y podría estar sometiendo a estas personas a un incierto experimento social; pero tampoco es adecuado que los padres puedan decidir por sus hijos, por cuanto no es claro que su opción se fundamente en los intereses del menor. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999).

Como consecuencia de lo anterior, la Corte concluyó que, “*era menester conciliar el respeto a la privacidad familiar con el cuidado preferente que merecen los niños, cuyos derechos son prevalentes*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999). En este sentido, la Corte decidió que “*el permiso paterno era entonces válido, pero sólo si se trataba de lo que la sentencia denominó un “consentimiento informado cualificado y persistente”, que los médicos deben garantizar y verificar*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999). Adicionalmente, la Corte resalta que,

La sentencia SU-337 de 1999 concluyó que, en niños menores de cinco años, el permiso paterno era legítimo, pero siempre y cuando se tratara de un “consentimiento cualificado y persistente”, por lo cual resulta ineludible precisar el alcance de ese concepto. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999).

Considerando que en, el caso específico la menor tenía dos años de edad, la Corte confirmó la decisión del juez de primera instancia, recalcando que, al tratarse de una menor de menos de cinco años, el consentimiento sustituto de la madre era completamente válido para proceder con los tratamientos médicos ordenados, siempre y cuando este consentimiento fuese “*informado, cualificado y persistente*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-692 de 1999).

Problema jurídico: En esta sentencia no se plantea directamente un problema jurídico a resolver en forma de pregunta, sino que la Corte expresa la complejidad de la situación y la manera en la que varios principios constitucionales entran en conflicto por lo cual no existe una forma definitiva de tomar una decisión que a futuro no implique la posible vulneración del principio que no prevaleció. Hecha la anterior salvedad, el problema jurídico que se plantea la sentencia era si, en los casos de menores en condición de intersexualidad y/o ambigüedad sexual, los padres de estos pueden ejercer el consentimiento sustituto para autorizar que se hicieran procedimientos médicos en dichos menores con el fin asignarles el sexo que de acuerdo con criterios médicos es con el que el menor se debería de identificar.

Regla de derecho: Los padres de menores en condición de intersexualidad pueden ejercer el consentimiento sustituto para autorizar que a estos se les realicen procedimientos médicos de reasignación de sexo, siempre y cuando este consentimiento cumpla con las tres características “(i) la necesidad y urgencia del tratamiento, (ii) su impacto y riesgos, y (iii) la edad y madurez del menor” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999, citada en la Sentencia T-692 de 1999) y el menor tenga menos de cinco años de edad.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana ii) Artículo 5: derechos inalienables de las personas; iii) Artículo 13: derecho fundamental a la igualdad; iv) Artículo 15: derecho a la intimidad personal y familiar; v) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; vi) Artículo 44: derechos fundamentales de los niños; vii) Artículo 68: derecho de los padres a escoger la educación de sus hijos; viii) Artículo 86: Acción de tutela; ix) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 5, 13, 15, 16, 44, 68, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta sentencia, es una sentencia de carácter reiterativo en la cual la Corte demuestra y le da solidez al precedente jurisprudencial. Tanto es así, que la mayor parte de la sentencia se comprende citas a la Sentencia T-551 de 1999 y a Sentencia SU-377 de 1999. Cabe resaltar que, en la Sentencia T-139 de 2000, la Sentencia T-1025 de 2002, la Sentencia T-1021 de 2003 y la Sentencia T-622/14 también tratan el tema sobre los menores en condición de intersexualidad, en ellas la Corte reitera lo ya dicho en sentencias anteriores sobre el consentimiento informado, cualificado y persistente.

8.1.3 FASE III: ALTERACIONES A LA COBERTURA DEL POS PARA INCLUIR LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN SU TOTALIDAD

- **SENTENCIA T-876 DE 2012 | MP NILSON PINILLA PINILLA:**

Antecedentes: Un hombre transgénero (FtM), a través de la defensoría del pueblo, interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de la Secretaría de Salud Departamental y de su EPS por negar la autorización de la realización de procedimientos de reasignación de sexo ordenados por su médico alegando que debido a esto se le estaban vulnerando sus “derechos a la identidad, a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). El accionado, nació con todas las características genotípicas del sexo femenino, sin embargo, “desde los primeros años de vida el joven presentó anomalías en su desarrollo por lo que siempre se identificó con el género masculino” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). Debido a esto, desde muy temprana edad se identificó como un hombre, por lo cual “mantuvo relaciones afectivas con mujeres, pues en su entorno social y familiar siempre ha representado el género masculino según los parámetros culturales establecidos” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). Adicionalmente, de acuerdo con lo que señala el accionante, este ha sido diagnosticado con disforia de género por múltiples médicos y fue remitido a psiquiatría, en donde le ordenaron “manejo de terapia hormonal con testosterona en virtud a que presenta fenotipo masculino” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012).

Sobre lo alegado por el accionante, la EPS accionada manifestó que *“el procedimiento quirúrgico de cambio de sexo que requiere el paciente, no hace parte de los eventos incluidos en el plan obligatorio de salud aplicables a los beneficiarios del régimen subsidiado”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012), además también indicó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de acuerdo con la normatividad vigente para la época indicaba que *“los eventos no cubiertos por el POSS deben ser asumidos por la entidad territorial con cargo a los recursos del subsidio de la oferta”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012).

Por otro lado, la Secretaría de Salud Departamental solicitó que,

Se le desvinculara de la acción de tutela, *“por no haber vulnerado los derechos fundamentales del paciente al no garantizar un procedimiento que está catalogado como estético y no mejoraría su condición de salud por el contrario se vería sometido a los riesgos implícitos de toda cirugía”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012).

En primera instancia, el juez que recibió el proceso determinó conceder las pretensiones del accionante, indicando que este procedimiento de reasignación de sexo que solicita no lo hace porque lo *“está necesitando por vanidad ni por belleza, solamente porque tiene derecho a tener una identidad definida ante la sociedad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). Dicho juez también mencionó que, de acuerdo con la doctrina sobre el tema, *“el perfil psicológico o genético prevalece sobre el criterio estructural o biológico, ya que permite la expresión de la identidad personal y sexual de la persona como el ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). Como consecuencia de esto, en primera instancia, el juez *“ordenó a las entidades accionadas autorizar y practicar de inmediato los exámenes”* solicitados por el accionante.

La anterior decisión, fue impugnada por la Secretaría de Salud Departamental y sobre esta el juez de segunda instancia revocó la decisión del juez de primera instancia determinando que, a pesar de que la Corte en otras ocasiones ha establecido que las EPS cuentan con la obligación de atender a lo solicitado, aunque esto no se encuentre dentro del POS. Sin embargo, en el caso específico del accionante,

No observa vulneración contundente de derecho alguno, pues si bien es cierto el accionante presenta un trastorno de identidad de género, este es eminentemente psicológico por disconformidad, mas no físicas o psicológicas transcendentales, que ponga efectivamente en riesgo la salud o la vida de quien la padece. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012).

Respecto del caso, la Corte Constitucional en su Sala de Revisión (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9) procedió a analizar lo ocurrido, estableciendo que de acuerdo con la Sentencia T-307 de 2006 la Corte había indicado que,

La salud no equivale únicamente a un estado de bienestar físico o funcional. Incluye también el bienestar psíquico, emocional y social de las personas. Todos estos aspectos contribuyen a configurar una vida de calidad e inciden fuertemente en el desarrollo integral del ser humano. El derecho a la salud se verá vulnerado no sólo cuando se adopta una decisión que afecta el aspecto físico o funcional de una persona. Se desconocerá igualmente cuando la decisión adoptada se proyecta de manera negativa sobre los aspectos psíquicos, emocionales y sociales del derecho fundamental a la salud. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-307 de 2006, citada en Sentencia T-876 de 2012).

De acuerdo con esto, y bajo el amparo del artículo 49 de la Constitución Política, sobre el derecho a la salud, *“la salud dentro del ordenamiento jurídico nacional goza de una doble connotación, en tanto servicio público esencial y como derecho fundamental”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). Como resultado de esto, el derecho a la salud debe enmarcarse en el *“principio de integralidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita lograr el disfrute de ese “más alto nivel posible de salud””* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012). Por lo que, la Corte en la Sentencia T-760 de 2008 determinó que, el derecho a la salud debe protegerse de manera que este no se encuentre limitado por el POS. Debido que, *“puede existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida y dignidad de la persona o su integridad personal”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-760 de 2008, citada en Sentencia T-876 de 2012).

La Corte se permite recordar que, en la Sentencia T-760 de 2008, también se determinaron los criterios bajo los cuales un juez de tutela debe decidir sobre las solicitudes de tratamiento que no se encuentren en el POS. Dichos criterios citados son los siguientes,

i) Que la falta del medicamento, tratamiento o diagnóstico amenace o vulnere los derechos fundamentales a la vida o la integridad personal del afiliado, lo cual debe entenderse no sólo cuando existe inminente riesgo de muerte sino también cuando la ausencia de ellos afecta las condiciones de existencia digna; ii) Que se trate de un procedimiento, tratamiento o medicamento que no pueda ser sustituido por otro previsto en el POS, o que existiendo éste no tenga la misma efectividad que el excluido y sea necesario proteger el mínimo vital del paciente; iii) Que la orden del tratamiento, procedimiento o suministro del medicamento provenga de un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud –EPS– a la que se encuentre afiliado el accionante; iv) Que el enfermo acredite que no puede sufragar el costo del procedimiento, tratamiento o medicamento y, además, no tenga acceso a otro sistema o plan de salud para conseguirlo, v. gr. contrato de medicina prepagada o planes de salud ofrecidos por determinadas empresas a sus empleados. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-760 de 2008, citada en Sentencia T-876 de 2012).

Tras analizar los anteriores criterios, la Corte encontró que el accionante cumplía con todos los anteriores presupuestos. Como consecuencia de ellos, se determinó que la EPS y al Secretaría de Salud Departamental vulneraron los derechos a la identidad, a la dignidad humana, al libre

desarrollo de la personalidad y a la salud del accionante, tras la negativa a su solicitud con respecto al procedimiento quirúrgico de reasignación de sexo. Motivo por el cual, la Corte decide revocar el fallo de segunda instancia, ordenar a la EPS la autorización del procedimiento quirúrgico y los demás procedimientos médicos requeridos por el accionante para su proceso de reasignación de sexo.

Problema jurídico: El problema jurídico planteado por la Corte es si ¿Existe una vulneración a los derechos fundamentales a la identidad, a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud, cuando una EPS y/o Secretaría de Salud Distrital no autorizan los procedimientos de reasignación de sexo a un individuo alegando que estos no hacen parte del POS?

Regla de derecho: Al analizar el caso, la Corte Constitucional establece como regla de derecho que, no autorizar los procedimientos de reasignación de sexo alegando exclusivamente que estos no se encuentran previstos en el POS, constituye una vulneración de los derechos fundamentales a la identidad, a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana ii) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; iii) Artículo 49: derecho a la salud; iv) Artículo 86: Acción de tutela; v) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 1, 16, 49, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta es una sentencia hito, ya que, en anteriores ocasiones la Corte había decidido únicamente sobre los casos de procedimientos de reasignación de sexo en personas en condición de intersexualidad o que habían sufrido accidentes en los cuales por mutilación de sus genitales existían problemas en torno a la identidad de género (como los casos que se han planteado en las sentencias anteriores dentro de la presente línea jurisprudencial). Mientras que, en la presente sentencia, la Corte toma posición sobre los casos de personas que únicamente padecen de disforia de género y no cuentan con problemas genéticos (como es el caso de la intersexualidad) o que han sufrido accidentes que cercenan sus genitales. Es decir, la Corte en esta sentencia abarca la protección de los derechos fundamentales de las personas que por motivos de autopercepción deciden cambiar la identidad de su género biológico.

- **SENTENCIA T-918 DE 2012 | MP JORGE IVÁN PALACIO PALACIO:**

Antecedentes: Una mujer transgénero (MtF), interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de una EPS ante la negativa recibida por parte de esta a realizarle los procedimientos médicos ordenados por su médico tratante para terminar su proceso de reasignación de sexo. La accionante alegaba que consideraba *“vulnerados sus derechos fundamentales a la dignidad, a la identidad sexual, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y a la seguridad social”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). La EPS, indicaba que la realización de dichos procedimientos no se autorizaba, dado que, no existía *“un riesgo inminente para la vida y la salud del paciente”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Adicionalmente, la

accionante consideraba que *“más que una cirugía de reasignación de sexo [...] es una reconstrucción de órgano sexual biológico por órgano sexual neurológico en razón de la patología de trastorno de identidad de género que [la] aqueja”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Sin embargo, esta afirmación es incorrecta, dado que, precisamente lo que solicitaba era una cirugía de reasignación de sexo al tratarse de un hombre con órganos genitales masculinos que por su disforia de género deseaba convertirse en una mujer transexual.

Además de lo anterior, la accionante incluyó dentro de sus pretensiones: i) que se le concediera acceso a todos los procedimientos estéticos que sean requeridos para asemejar su apariencia a la femenina como *“cirugías de feminización de la voz, feminización facial, depilación láser, liposucción”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012) que fuesen prescritos por su médico tratante y fuesen considerados de carácter necesario *“para una óptima transición y vivir una vida digna libre de discriminaciones por el aspecto físico de [su] apariencia”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012); y ii) que como producto de todo este proceso de reasignación de sexo se ordene a la RNEC modificar en su registro civil el sexo masculino por el sexo femenino el cual se encuentra acorde con su identidad de género, esto, sin que su sexo biológico figure de ninguna manera en su registro civil. Todo esto, *“con el fin de “garantizar que dicho registro no constituya una vergüenza al tener anotaciones que dejen en evidencia que nació con un sexo físico incongruente con su sexo neurológico”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

El juez de primera instancia negó las pretensiones de la accionante indicando que la accionante,

No acreditó la falta de capacidad económica para cubrir el costo del procedimiento quirúrgico ni demostró la amenaza para su vida e integridad que representaría la falta de la cirugía. Por ende, sostuvo que la actora debía asumir los costos de los servicios de salud solicitados debido a que éstos no están contemplados en el POS. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Este fallo fue impugnado por la accionante, sin embargo, el juez de segunda instancia confirmó dicho primer fallo, reiterando que la accionante no padecía de *“quebrantos de salud que amenacen sus derechos fundamentales a la vida o la integridad persona”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Posteriormente, la Corte Constitucional, en su Sala de Revisión (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9), estudió el caso desde tres perspectivas principales: i) el derecho a la identidad sexual; ii) la relación que existe entre el derecho a la identidad sexual con respecto a la salud de las personas transgénero y; iii) la modificación del estado civil de las personas por reasignación de sexo.

Sobre el derecho a la identidad sexual, la Corte explica que la Constitución desde su artículo primero otorga a la dignidad humana una relevancia primordial dentro del ordenamiento jurídico, y por ello,

El derecho a la dignidad, en su núcleo esencial, supone que la persona sea tratada acorde con su naturaleza humana, lo cual adquiere mayor fortaleza en razón a que es un valor superior y principio fundante del Estado Social y Democrático de Derecho. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Bajo esta premisa, la Corte establece que *“la dignidad humana implica aceptar a la persona tal y como es, como ha decidido proyectarse a la sociedad, sin que con ello se incurran en tratos desiguales o degradantes”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). En este orden de ideas la Corte también agrega que de acuerdo con el derecho al libre desarrollo de la personalidad dispuesto por el artículo 16 de la Constitución, toda persona tiene la facultad de *“realizar autónomamente su proyecto vital, sin coacción, ni controles injustificados y sin más límites que los que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Tras hacer esta conexión entre el derecho a la dignidad humana y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, la Corte también expresa que *“el derecho a la dignidad se constituye en fuente del derecho a la identidad y, concretamente, a la identidad sexual”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012), con lo cual procede a citar directamente a la Sentencia T-477 de 1995, en la cual la Corte en su momento expresó que,

En el derecho a la identidad la persona es un ser autónomo, con autoridad propia, orientado a fines específicos, que ejerce un claro dominio de su libertad y en consecuencia ninguna decisión tomada sin su consentimiento se torna válida. Tal autonomía, implica a la persona como dueña de su propio ser. La persona por su misma plenitud es dueña de sí, es el sujeto autónomo y libre. En otros términos, el distintivo de ser persona y el fundamento de la dignidad de la persona es el dominio de lo que quiere ser. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995, citada en Sentencia T-918 de 2012).

Además de esto, la Corte asevera que la autodeterminación sexual es un pilar fundamental del ejercicio de los derechos a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad al decir que *“la orientación sexual es reconocida como parte esencial e indisoluble a la personalidad, debe ser reconocida como inherente a la persona, quien no puede ser perseguida, señalada o discriminada en razón de esta”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Sobre el derecho a la salud de las personas transgénero, la Corte comienza por establecer que esta reconoce que *“la protección del derecho a la salud puede lograrse en sede de tutela y que tiene el carácter de fundamental de forma autónoma”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012), y además de esto aclara que *“la salud no se limita al hecho de no estar enfermo, sino que comprende todos los elementos psíquicos, mentales y sociales que influyen en la calidad de vida de una persona”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). En este orden de ideas, la Corte también señala que la comunidad LGBTQ es una comunidad minoritaria que por estas razones en algunas ocasiones sufre de *“mayor discriminación y exclusión por la sociedad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012), por lo que, *“es preciso reconocer que dicha comunidad debe atravesar por transiciones de índole emocional, mental y*

física al momento de auto-identificarse, lo cual exige un cuidado en salud apropiado y oportuno” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Adicionalmente, la Corte advierte que el Acuerdo 029 de 2012, en el cual se determinan los servicios de salud incluidos en el POS, incluye aquellos servicios médicos requeridos para los procedimientos de reasignación de sexo, como lo son la *“penectomía total y orquidectomía bilateral simple para realizar una vaginoplastia”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012), como consecuencia, las *“entidades promotoras de salud se encuentran en la obligación legal de brindar dichos servicios cuando hayan sido ordenados por el médico tratante”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Sobre esto, la Corte cita a la Sentencia T-876 de 2012, providencia en la cual se determinó que, el procedimiento médico de reasignación de sexo cumpliría la función de generar bienestar mental para el accionante quien sufría de disforia de género. De acuerdo con lo anterior, la Corte concluye que,

Las empresas promotoras de salud vulneran el derecho a gozar el nivel más alto de salud de las personas trans cuando se niegan a brindarles atención médica, a pesar de que existe una prescripción por parte del galeno tratante, bajo el argumento de que su vida o integridad física no están en riesgo. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Teniendo en cuenta la manera en la que la Corte ha desarrollado sus consideraciones sobre el caso, esta concluye que los procedimientos de reasignación de sexo a los que decide someterse una persona,

Con el objeto de adecuar su estado psicosocial al físico y, de ahí, vivir en el sexo con el que se identifica plenamente, constituye, de forma innegable, una decisión que forma parte del libre desarrollo de la personalidad, en tanto es una expresión de la individualidad de la persona, respecto de su percepción sexual ante sí mismo, lo que influye decisivamente en su proyecto de vida y, por ende, en sus relaciones sociales. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

La Corte también reitera que lo solicitado por la accionante fue lo prescrito por su médico tratante, el cual establece que,

Es una paciente con Síndrome de Harry Benjamin o trastorno de la identidad de género, cerebro femenino y cuerpo masculino, por lo que se le han realizado una serie de procedimientos con el fin de ajustar el cuerpo al cerebro, entre ellos, la terapia hormonal cruzada que yo le administro, con el fin de resaltar los caracteres sexuales secundarios del sexo femenino. El Síndrome de Harry Benjamin en esta paciente no tiene otro tratamiento diferente al de realizar tratamiento hormonal con el fin de inducir y mantener los caracteres sexuales femeninos y los procedimientos quirúrgicos necesarios para producir una apariencia femenina real. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Tras esto, la Corte aclara que esta no *“considera que el transgenerismo constituye una enfermedad o una categoría psiquiátrica, o que se requiera el diagnóstico de disforia de género para acceder a los servicios de salud relacionados con su identidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Además, la Corte también concluye que no permitirle a una persona transgénero el acceso a los procedimientos médicos de reasignación de género tiene como consecuencia el deterioro de su salud mental y bienestar.

Por todo lo anterior, la Corte decide revocar las decisiones de los jueces de primera y segunda instancia, ordenar a la entidad de salud accionada para practicar los procedimientos médicos de reasignación de sexo que se encuentran dentro del POS a la accionante. Sin embargo, sobre los procedimientos de carácter estéticos que también fueron solicitados en las pretensiones de la tutela, la Corte no encuentra probado que la accionante haya llevado a cabo los trámites necesarios para su autorización ante la EPS *“en caso de tener fundamento en sólidas razones de salud y no meramente estéticas”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Por lo que, la Corte ordena *“que la accionante sea evaluada y calificada por el personal médico de la E.P.S. y, consecuentemente, les sean suministrados los tratamientos clínicos idóneos e irremplazables para atender sus condiciones médicas”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

Ahora bien, sobre la tercera solicitud que hace la accionante, respecto de la modificación del componente sexo en su registro civil, la Corte señala que *“en principio el cambio de sexo en el registro civil requiere adelantar un proceso ante la jurisdicción ordinaria”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Sin embargo, la Corte no considera que esto sea eficaz, ya que, la accionante ha tenido que recorrer *“un largo camino con el fin de lograr vivir con la identidad que le es propia”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Debido a esto la Corte considera que los procesos de modificación del componente sexo ante la jurisdicción ordinaria,

Pueden constituir barreras en el goce efectivo de los derechos de las personas, puesto que, si la identidad sexual es inherente a la autodeterminación y al libre desarrollo de la persona, en ejercicio de esos mismos preceptos el individuo puede solicitar al juez de tutela que realice el cambio de este atributo de su estado civil, siempre que cuente con las pruebas médicas o psicológicas que sustenten su petición. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012).

De acuerdo con esto, la Corte también decide ordenar a la RNEC,

La expedición de un nuevo registro civil, con el mismo número de identificación, en el que conste como sexo femenino. Así mismo, [...] garantizar la reserva del primer registro que solo podrá ser consultado por la actora, por orden judicial que disponga su publicidad en un caso concreto, o por parte de las autoridades públicas que lo requieran para el ejercicio de sus funciones.

Con el fin de que no se continúen vulnerando los derechos a la dignidad, igualdad, intimidad y al libre desarrollo de la personalidad de la accionante.

Problema jurídico: En esta sentencia, la Corte debe de determinar si las EPS se encuentran en la potestad de negar a las personas transgénero la solicitud de procedimientos de reasignación de sexo ordenados por sus médicos tratantes bajo la premisa de que dichos tratamientos no deben ser autorizados teniendo en cuenta que la no realización de los mismos no supone un riesgo a la vida o la integridad de estas personas.

Regla de derecho: De la presente sentencia y la decisión de la Corte es posible identificar como regla de derecho que, el ejercicio de los derechos a la dignidad humana, a la salud, al libre desarrollo de la personalidad de las personas transgénero implican la autodeterminación de su identidad sexual. Por ende, su ejercicio también conlleva la realización de procedimientos médicos de reasignación de sexo y la modificación del componente sexo en su registro civil. Adicionalmente, la Corte también deja claro que, no es necesario que exista un riesgo en la salud y la vida de una persona transgénero para que una EPS autorice la realización de los procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo

Subregla de derecho: En esta sentencia, se encuentra que la Corte se aparta ligeramente de lo indicado por sentencias anteriores al establecer que, a pesar de que la modificación del componente sexo en el registro civil de una persona requiere el inicio de un proceso ante la jurisdicción ordinaria, esto puede suponer una barrera para las personas transgénero. Por ello, es posible que este tipo de solicitudes se adelanten por medio de acción de tutela si el accionante cuenta con las pruebas suficientes para acreditar las razones médicas por las cuales se debe realizar esta modificación del estado civil.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana; ii) Artículo 13: derecho a la igualdad; iii) Artículo 15: derecho a la intimidad personal y familiar; iv) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; v) Artículo 42: estado civil de las personas; vi) Artículo 49: derecho a la salud; vii) Artículo 86: Acción de tutela; viii) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 1, 13, 15, 16, 42, 49, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: La anterior sentencia, es una sentencia hito o modificadora, teniendo en cuenta que, a pesar de que se mantiene a grandes rasgos el precedente jurisprudencial, lo cual puede evidenciarse con las citas a la Sentencia SU-377 de 1999 y la Sentencia T-876 de 2012, en este caso la Corte cambia un poco su decisión frente a los trámites ante la jurisdicción ordinaria para la modificación de los componentes esenciales del registro civil en los casos de las personas transgénero. Puesto que, la Corte considera que, en estos casos, al ser una población que es considerada discriminada, dichos procesos jurisdiccionales pueden implicar una barrera para el libre ejercicio de los derechos fundamentales de esta población. Como consecuencia de esto, la Corte establece que, es posible acceder a dichas modificaciones en el registro civil por medio de la acción de tutela.

- **SENTENCIA T-771 DE 2013 | MP MARÍA VICTORIA CALLE CORREA:**

Antecedentes: Una mujer transgénero (MtF) interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de su EPS y Caja de Compensación, alegando la negativa de estas dos para autorizar los procedimientos de reasignación de sexo indicados por su médico tratante. Por ello, la accionante señala que *“desconocieron sus derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la salud y el derecho a la vida digna”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

En la demanda de la acción de tutela, la accionante al padecer de disforia de género acudió ante un médico psiquiatra el cual la remitió ante un médico endocrinólogo para que iniciara un tratamiento hormonal encaminado a *“feminizar su cuerpo y prepararla “para la cirugía de reasignación genital”*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Sin embargo, al no recibir el tratamiento requerido la EPS de la accionante le indicó que debía trasladarse a otra ciudad porque en su momento la EPS de la accionante no contaba *“con los recursos técnicos y científicos para dar atención a la disforia de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Tras diversos problemas con su EPS, esta le sugirió afiliarse a una Caja de Compensación para que no le negaran las autorizaciones a los tratamientos ordenados por su médico. Sin embargo, *“la peticionaria agrega que no le autorizaron las citas en endocrinología y psiquiatría en el mismo hospital debido a que no estaban cubiertas por el POS”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

Dentro de los procedimientos ordenados por su médico tratante para la reasignación de sexo de la accionante se incluyó el procedimiento estético de mamoplastia de aumento, operación la cual esta solicitó ante su EPS. Tras estudiar la solicitud, *“el Comité Técnico Científico de Servicios Médicos y Prestaciones de Salud NO POS de la EPS negó la autorización”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013), argumentado que dicho procedimiento estético no se encontraba incluido dentro del POS y que *“la solicitud no cumple con los requisitos establecidos en el artículo 6º literal d) de la Resolución 3099 de 2008 del [...] Ministerio de Salud”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). El mencionado artículo, habla sobre el riesgo inminente en la vida o salud del paciente como criterio de autorización de medicamentos o servicios no incluidos dentro del POS.

En primera instancia, el juez *“negó el amparo por considerarlo improcedente”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Dicha decisión fue impugnada por la accionante declaró que dicho fallo se encontraba viciado de nulidad porque el juez que decidió sobre el tema no tenía competencia para *“proferir el fallo de tutela de primera instancia”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Motivo por el cual se ordenó el reparto de la acción de tutela nuevamente.

Seguidamente, el nuevo juez de primera instancia determinó conceder las pretensiones de la accionante indicando que la EPS *“vulneró sus derechos fundamentales a la salud y al libre desarrollo de la personalidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Por ende, el juez ordenó a la EPS,

La atención integral de la accionante (...), autorizando los servicios hospitalarios dentro del Plan Obligatorio de Salud, para la práctica de mamoplastia de aumento ordenada en el Comité Técnico Científico (...), así como el tratamiento terapéutico y quirúrgico integral que la disforia de género que padece requiera. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

Además de lo anterior, el juez argumentó que la accionante había sido ya diagnosticada por múltiples médicos, los cuales corroboraron su condición psicológica de disforia de género y la EPS,

Aprobó la realización del procedimiento de colgajo neurovascular en isla y vaginoplastia vía perineal (...). En este sentido, señala que no comprende por qué a pesar de que la mamoplastia de aumento fue ordenada no ha sido todavía autorizada bajo el argumento de que constituye un procedimiento de carácter estético. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

Como consecuencia de lo anterior, el juez de primera instancia reiteró lo ordenado inicialmente a la EPS sobre la prestación del servicio integral para tratar la disforia de género de la accionante, es decir, autorizar los procedimientos médicos de reasignación de sexo pendientes, lo cual incluía la cirugía estética de mamoplastia de aumento.

No obstante lo anterior, la decisión de primera instancia fue revocada por un tribunal superior, declarando *“improcedente la acción de tutela interpuesta por la peticionaria”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Decisión que se fundamentó en que, la EPS hasta el momento había brindado a la accionante,

Tanto los medicamentos como los procedimientos necesarios para la reafirmación o reasignación genital y que la negativa del Comité Técnico Científico (...) para autorizar la práctica de una mamoplastia de aumento a la accionante está fundamentada de manera clara en que dicho procedimiento no está incluido en el POS. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

El tribunal, adicionó que, *“no aparece acreditado que la no práctica de la mamoplastia de aumento implique un riesgo inminente para la vida o la salud de la accionante o “que afecte sus condiciones de vida digna”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Sobre ello, el tribunal aclaró que *“no puede confundirse la reasignación de sexo con el procedimiento de mamoplastia por cuanto este último tiene un carácter “meramente estético”*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013), el cual tampoco cumple con ningún criterio de funcionalidad en el cuerpo de la accionante. Con lo que el tribunal aclaró que, a pesar de ser una cirugía estética que,

Sea parte del cambio de género derivado de su trastorno, no pone en peligro la función de un órgano o de un sistema, que pueda ser subsanado con dichas prótesis, y en tal

sentido, en el sub-lite, no se encuentra comprometida la salud física de la accionante, pues la historia clínica no lo refiere así. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

De esta manera, también se aclaró que, las cirugías estéticas de mamoplastia de aumento como la que solicita la accionante *“de manera alguna determina el género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

El caso fue analizado por la Corte Constitucional en su Sala de Revisión (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9), sobre este la Corte inició por hacer distinciones a las maneras en las que se denominan a las personas transgénero y la manera en la que deben denominarse los procedimientos de reasignación de sexo. Después de esto, la Corte se permite citar la Sentencia T-876 de 2012, en la cual se determina que las personas que sufren de disforia de género y a las cuales se les prescriben procedimientos médicos de reasignación de sexo, con estos procedimientos *“se lograría un estado de bienestar psíquico y social por el que propende la Carta Política”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012, citada en Sentencia T-771 de 2013), teniendo en cuenta que, el no realizar estos procedimientos *“podría conllevar a una vulneración a su dignidad en el entendido de que no le es posible bajo esa circunstancia vivir de una manera acorde a su proyecto de vida”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-876 de 2012, citada en Sentencia T-771 de 2013).

Tras desarrollar las anteriores ideas, la Corte también se permite citar la Sentencia T-918 de 2012 en la cual esta misma Corporación considera que,

Las EPS *“vulneran el derecho a gozar el nivel más alto de salud de las personas trans cuando se niegan a brindarles atención médica, a pesar de que existe una prescripción por parte del galeno tratante, bajo el argumento de que su vida o integridad física no están en riesgo”*. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012, citada en Sentencia T-771 de 2013).

Esto, incluyendo los demás argumentos que utiliza la Corte en la Sentencia T-918 de 2012, la cual ya fue analizada en la presente investigación. Además de esto, la Corte también se permite cita a la Sentencia T-314 de 2011, en la cual esta corporación indica que, *“la situación de marginación de las personas transgeneristas no sólo ha sido crítica, sino que “sigue siendo muy severa, lo que las convierte en las víctimas más representativas de la violencia por prejuicio en la sociedad””* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-314 de 2011, citada en Sentencia T-771 de 2013).

Por otro lado, la Corte indica que los procedimientos médicos de *“penectomía total y orquidectomía bilateral simple para realizar una vaginoplastia, ordenados por el médico tratante a la accionante en el proceso de tutela referido y relativos a la reasignación de sexo”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013), se encuentran incluidos en el POS. La Corte también agrega que, con relación a los procedimientos estéticos de mamoplastia de aumento *“es necesario diferenciar entre aquellos que se practican con fines estéticos y los que tienen un*

carácter funcional o reconstructivo” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Concluyendo que,

Los procedimientos quirúrgicos modificatorios de las regiones mamarias u órganos sexuales femeninos no siempre tienen un carácter netamente estético. Estos pueden a su vez tener una finalidad reparadora o funcional, o garantizar derechos fundamentales como el derecho a una vida sexual sana. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

Sobre el caso en específico, la Corte manifiesta que la cirugía estética de mamoplastia de aumento solicitada por la accionante *“no tiene una finalidad meramente estética, en tanto forma parte de un procedimiento integral de reafirmación de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Como consecuencia del anterior razonamiento, la Corte determina que la EPS de la accionante *“vulneró los derechos fundamentales de la peticionaria al no autorizarle la práctica de mamoplastia de aumento, considerada parte integral del procedimiento de reafirmación sexual”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013). Por lo cual la Corte decide ordenar a la EPS a que autorice dicho procedimiento estético, además de facilitarle a la accionante *“los demás procedimientos médicos necesarios y suficientes”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013) de manera que se atienda de forma integral su transición de sexo.

Problema jurídico: La Corte plantea el problema jurídico de la siguiente manera,

Corresponde a esta Sala determinar si una Empresa Promotora de Salud vulnera los derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la vida en condiciones dignas, a la integridad física y a la salud de una mujer transgénero, al negarle la prestación integral de los procedimientos necesarios para reafirmar su género, específicamente la práctica de mamoplastia de aumento ordenada por sus médicos tratantes como parte de la *“reasignación quirúrgica”* requerida como parte del proceso de reafirmación sexual, bajo el argumento de que dicho procedimiento no está incluido en el POS y que su vida o salud no está frente a un riesgo inminente. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013).

Regla de derecho: De la presente sentencia es posible extraer que, en los procedimientos de reasignación de sexo, independientemente de que se encuentren incluidos o no en el POS o de que impliquen un riesgo inminente en contra de la salud y la vida de las personas, el único criterio requerido para su autorización es la prescripción de dicho tratamiento por parte del médico tratante.

Subregla de derecho: En los casos de personas transgénero, la EPS tienen la obligación de autorizar todos aquellos procedimientos de reasignación de sexo ordenados por el médico tratante, incluyendo las cirugías estéticas que hagan parte de la reasignación de sexo, como lo son las mamoplastias de aumento.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana; ii) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; iii) Artículo 49: derecho a la salud; iv) Artículo 86: Acción de tutela; v) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 1, 13, 15, 16, 42, 49, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta sentencia se trata de una sentencia hito o modificadora, dado que, en ella la Corte realiza un cambio en el sentido de su jurisprudencia al incluir los procedimientos estéticos de reasignación de sexo dentro de los procedimientos que se les deben autorizar a las personas transgénero como parte de su tratamiento. Adicionalmente, la Corte cita la Sentencia T-876 de 2012, Sentencia T-918 de 2012 y Sentencia T-314 de 2011, con el propósito de mostrar como sus decisiones han ido evolucionando en torno al tema y como esta protección por parte de la Corte cada vez se va ampliando hasta cubrir, dentro de los servicios que las EPS deben prestar a las personas que padecen de disforia de género, todos los procedimientos ordenados por los médicos para su transición.

8.1.4 FASE IV: SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES Y AMPLIACIÓN DE DERECHOS DE PERSONAS Y MENORES TRANSGÉNERO

- **SENTENCIA T-063 DE 2015 | MP MARÍA VICTORIA CALLE CORREA:**

Antecedentes: Una mujer transexual (MtF) interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra de la una notaría por negarse a *“autorizar el cambio del sexo inscrito en su registro civil de nacimiento y demás documentos de identidad, como la cédula de ciudadanía y el pasaporte colombiano, sin tener que acudir a un proceso de jurisdicción voluntaria”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015), considerando que esta estaba vulnerando *“sus derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad, a la identidad sexual y la personalidad jurídica”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015). De acuerdo con la accionante, esta ha sido víctima de discriminación y exclusión, lo cual *“le ha impedido desarrollar su proyecto de vida conforme su personalidad y modo de ser”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

La accionante, al ser una mujer transexual que ya ha completado todo su proceso de reasignación de género, indica que ha sido discriminada tanto laboral como socialmente por *“la incompatibilidad entre su cuerpo y su nombre femenino, por un lado, y la indicación de sexo masculino en sus documentos de identidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015). Debido a esto, la accionante *“solicita el amparo de sus derechos fundamentales a la igualdad, no discriminación, al reconocimiento de la personalidad jurídica, al libre desarrollo de la personalidad, a la identidad sexual y a la dignidad humana”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015) mediante,

(i) la corrección del sexo inscrito en su registro civil de nacimiento y demás documentos de identidad como la cédula de ciudadanía y el pasaporte colombiano y, (ii) el cambio en

el número de su cédula de ciudadanía de suerte que concuerde con las nomenclaturas femeninas. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

Frente a estas acusaciones de la accionante, la notaría contestó que lo solicitado por la parte actora, debía tramitarse el cambio de nombre por medio de escritura pública y para la modificación del componente sexo en sus documentos de identidad debía elevarse escritura pública o, en su defecto, realizarse por medio de trámite judicial. Todo esto fundamentado en “*los lineamientos trazados por la Registraduría Nacional del Estado Civil*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015) y las Sentencias T-504 de 1994 y T-231 de 2013.

El fallo de primera instancia determinó que, la acción de tutela era considerada improcedente, señalando que,

Existe un procedimiento adecuado e idóneo ante el juez de familia, instituido para lograr la alteración en el estado civil de las personas por cambio de sexo, a través del conocimiento empírico del funcionario y la comprobación científica que sobre tal aspecto realice. Por ello, no puede el juez constitucional invadir la órbita del funcionario ordinario emitiendo órdenes que son de su resorte exclusivo. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

Además de esto, el juez consideró que no se configuraban,

Circunstancias especiales y excepcionales que permitan conceder el amparo, pues ni siquiera se aportó al trámite una prueba científica que acredite la condición psicológica y psiquiátrica de la accionante, alguna constancia del tratamiento hormonal al que eventualmente fue sometido, ni elementos de juicio que den cuenta del procedimiento quirúrgico adelantado para la reafirmación de su sexo. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

Respecto del caso, la Corte Constitucional en su Sala de Revisión, consideró que esta era una disyuntiva de carácter constitucional dado que, la accionante pertenece a un grupo social discriminado, no modificar sus documentos de identificación puede llegar a configurar la vulneración de sus derechos fundamentales y dicha solicitud de amparo comprendía una problemática generalizada de discriminación hacia la comunidad transgénero. Para respaldar lo anterior, la Corte menciona que en anteriores fallos se ha pronunciado sobre casos similares, como lo son la Sentencia T-918 de 2012 y la Sentencia T-231 de 2013, en los cuales por medio de acción de tutela se concedió a los accionantes, quienes eran personas transgénero, la modificación de sus registros civiles por la vía de acción de tutela.

De acuerdo con lo anterior, la Corte califica adecuado el mecanismo constitucional de la acción de tutela para “*permitir a una persona transgénero modificar el sexo en el registro civil a través de un procedimiento expedito por vía notarial, en lugar de tener que impulsar un proceso de jurisdicción voluntaria*” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

Tras determinar la procedencia de su análisis, la Corte establece que los derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y a la personalidad jurídica son *“fuentes básicas de la identidad sexual y de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015). Por lo que, reitera lo dispuesto sobre: i) la dignidad humana en la Sentencia T-881 de 2002; ii) la personalidad jurídica y los atributos de jurídicos inherentes a la persona humana en las Sentencias T-477 de 1995, T-090 de 1995 y C-109 de 1995; iii) el libre desarrollo de la personalidad en la Sentencia T-594 de 1993. Todo lo anterior, en el contexto de las personas transgénero y la manera en la que a lo largo de los años la Corte ha tomado decisiones frente a las controversias que se han presentado en torno a este grupo de la población colombiana.

Seguidamente, la Corte indica que, debido a las condiciones de discriminación que sufre la comunidad transgénero, esta *“ha garantizado en escenarios constitucionales específicos, el derecho de las personas transgénero a definir su identidad sexual y de género y a no ser discriminadas en razón de ella”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015). De acuerdo con esto, la Corte expone las garantías que ha otorgado esta parte de la población dentro de los siguientes escenarios: i) amparo a *“los derechos a la identidad sexual y a la salud de las personas transgénero a partir de la realización de una cirugía de reafirmación sexual quirúrgica”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015), para lo cual se citan las Sentencias T-876 de 2012 y T-918 de 2012; ii) protección a *“los derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la vida en condiciones dignas, a la integridad física y a la salud”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015) mediante ordenes de la Corte de autorizar procedimientos quirúrgicos de carácter estético como parte del proceso de transición de género, en la Sentencia T-771 de 2013; iii) garantías frente a *“la facultad legítima de determinar la exteriorización del modo de ser de acuerdo con las íntimas convicciones de la persona trans, haciendo coincidir la orientación sexual con el nombre”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015), por medio de las Sentencias T-1033 de 2008, T-977 de 2012 y T-086 de 2014; iv) defensa al *“derecho a lucir una apariencia física acorde a la identidad sexual y de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015), en la Sentencia T-062 de 2011; y v) salvaguarda del *“derecho de las personas transgénero a no ser discriminadas por la afirmación de su identidad sexual y de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015), por medio de las Sentencias T-314 de 2011 y T-476 de 2014.

Además de esto, la Corte también describe como ha desarrollado sus pronunciamientos a lo largo de los años con respecto a los trámites registrales que implican la modificación del componente sexo dentro del registro civil de las personas transgénero. Indicando que, inicialmente, se *“concebía la identidad sexual como un atributo “objetivo” que requería de comprobación judicial”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015) desde la Sentencia T-504 de 1994, hasta determinar que dicho requisito representa un obstáculo para las personas transgénero, concluyendo en las Sentencias T-918 de 2012 y T-231 de 2013 que, la acción de tutela es un mecanismo idóneo para agilizar dicho trámite y que,

Se vulneran los derechos fundamentales de las personas transgénero cuando se establecen obstáculos innecesarios para lograr la corrección del sexo en el registro civil a fin de que coincida con su identidad vivida, [...] procede directamente dicha modificación,

sin acudir a un proceso de jurisdicción voluntaria, siempre que se cuente con las pruebas médicas o psicológicas que sustenten la petición.

Bajo la anterior premisa, la Corte termina por definir que cuando se trata de modificaciones al componente sexo del registro civil, la *“corrección por vía notarial reduce los obstáculos y exclusiones que padecen las personas transgénero”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015). Por lo cual, la Corte también hace énfasis en que, el proceso de jurisdicción voluntaria para este trámite resulta costoso, dispendioso y discriminante para las personas transgénero. Razón por la cual, el trámite notarial se considera *“menos lesivo en términos de afectación a derechos fundamentales”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

Debido a esto, la Corte decide conceder lo solicitado por la accionante y ordenar a la notaría proceder con el trámite de modificación del componente sexo en el registro civil de la actora.

Problema jurídico: La Corte determinó que frente al caso en específico el problema jurídico a resolver era el siguiente,

¿Vulneran las entidades encargadas del registro civil, los derechos fundamentales al reconocimiento de la personalidad jurídica, al libre desarrollo de la personalidad, a la identidad sexual y de género y a la dignidad humana de una persona transgenerista, ante la decisión de exigirle acudir a un proceso de jurisdicción voluntaria a efectos de proceder a la modificación de su sexo inscrito en el registro civil de nacimiento y demás documentos de identidad? (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015).

Regla de derecho: En esta sentencia, se reitera la regla de derecho que admite la procedencia de la acción de tutela para conceder modificaciones en el componente sexo de los registros civiles de las personas transgénero.

Subregla de derecho: Se determina que si bien la acción de tutela es un mecanismo para solicitar la modificación del componente sexo en los registros civiles de las personas transgénero. La Corte llega a la conclusión de que el mecanismo menos lesivo para evitar la vulneración de los derechos fundamentales de este grupo de la población es la vía notarial. Estableciendo así que, el mecanismo verdaderamente idóneo para las modificaciones del componente sexo en personas transgénero es el trámite notarial.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana; ii) Artículo 13: derecho a la no discriminación; iii) Artículo 14: derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica; iv) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; v) Artículo 18: derecho a la libertad de conciencia; vi) Artículo 86: Acción de tutela; vii) Artículo 93 y 94: bloque de constitucionalidad; viii) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 1, 13, 14, 16, 18, 86, 93, 94 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta sentencia se trata de una sentencia hito o modificadora, en el desarrollo de la misma, se hace un recuento histórico de las decisiones que esta ha tomado y de las formas

en las que estas decisiones han buscado proteger y garantizar los derechos de la comunidad transgénero. Por ello, la Corte se permite citar las Sentencias: i) T-594 de 1993; ii) T-504 de 1994; iii) T-090 de 1995; iv) C-109 de 1995; v) T-477 de 1995; vi) T-881 de 2002; vii) T-1033 de 2008; viii) T-876 de 2012; ix) T-918 de 2012; x) T-977 de 2012; xi) T-231 de 2013; xii) T-771 de 2013; y xiii) T-086 de 2014. Lo anterior para demostrar también, como la Corte a lo largo de los años ha ido cambiando el sentido de sus decisiones para ser más permisiva con respecto a todo lo que tiene que ver con las personas transgénero (desde los trámites registrales hasta los procedimientos médicos de reasignación de sexo) y así modificar su posición frente a este tema para también ampliar su permisión hacia los trámites notariales.

Adicionalmente, la posición de la Corte frente a este tema se refuerza con la Sentencia C-006 de 2016, en la cual se presenta el mismo caso y la Corte nuevamente reiteró que el procedimiento judicial representaba una barrera para las personas transgénero. En esta sentencia, también se adicionó que el Decreto 1227 de 2015, ya había habilitado a las notarías para llevar de manera directa estos trámites y eliminar las barreras que propiciaban la discriminación a este grupo de la población.

- **SENTENCIA C-246 DE 2017 | MP GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO:**

Antecedentes: Un ciudadano, presentó demanda de inconstitucionalidad ante la Corte alegando que, *“los artículos 3º y 5º (parcial) de la Ley 1799 de 2016, “por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017), vulneraban *“los artículos 13, 15-1, 16, 25, 26 de la Constitución, el principio de confianza legítima, el derecho a la imagen, y el artículo 23-1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Los artículos demandados como inconstitucionales de la Ley 1799 de 2016, disponían que se encontraba prohibido realizar procedimientos médicos de carácter estético en menores de dieciocho años y, además que, el uso de modelos menores de dieciocho años para promocionar dichos procedimientos. Todo esto, bajo la premisa de que dicha ley vulneraba los derechos fundamentales de los menores de edad.

Sobre el tema la Corte inicia por indicar que dentro de su jurisprudencia se ha determinado *“que los derechos fundamentales, en general, no tienen un carácter absoluto y pueden ser limitados”* (negrilla fuera de texto) (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017). De esta manera, la Corte asevera que, *“el Estado no tiene el deber de garantizar el alcance pleno de cada derecho y por lo tanto el Legislador se encuentra habilitado para restringirlos bajo parámetros específicos”* (negrilla fuera de texto) (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017). Frente a esto, la Corte aclara que, las restricciones a los derechos fundamentales consagrados por la constitución se deben regir bajo los siguientes aspectos:

- (i) El carácter prevalente de los principios y valores contenidos en la Constitución; (ii) el interés general; (iii) la salubridad pública; (iv) el orden público; (v) la protección de otros

derechos y libertades; (vi) los derechos de terceros; y (vii) la correlatividad de los derechos frente a los deberes establecidos en el artículo 95 de la Constitución, entre otros. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Además de esto, la Corte indica que, dichas limitaciones deben siempre encontrarse bajo “(a) el respeto al “núcleo esencial del derecho”; y (b) la razonabilidad y proporcionalidad de la restricción” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Bajo la anterior premisa, la Corte continúa analizando el derecho al libre desarrollo de la personalidad, estableciendo que este se define como, “una extensión de la autonomía personal protege la posibilidad para los individuos de escoger libre y espontáneamente, según sus convicciones y criterios, el modelo de vida que deseen llevar a cabo, sin interferencias indebidas” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017). Por lo que, el ejercicio que dicho derecho no puede ser restringido por el Estado y solo “encuentra sus límites en los derechos de los demás y el orden jurídico” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017). Ahora, sobre el ejercicio de este derecho fundamental por parte de niños, niñas y adolescentes, la Corte se permite citar a la Sentencia C-131 de 2014, la cual dispuso sobre los niños y niñas o infantes que,

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. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-131 de 2014, citada en Sentencia C-246 de 2017).

Mientras que, para el caso de los adolescentes o púberes, la Corte en la Sentencia C-131 de 2014 dispuso que,

Se hace necesario armonizar el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su libertad de autodeterminación. No pueden prohibirse los comportamientos de los jóvenes respecto de su autocuidado, [...] porque en estos casos el Estado no puede intervenir en la esfera privada de las personas, a menos de que la conducta afecte a terceros. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-131 de 2014, citada en Sentencia C-246 de 2017).

Bajo este análisis, la limitación o restricción a los derechos de los menores decrece de conformidad con el aumento de su edad. Por ello, la Corte determina que,

La voluntad reflexiva y la posibilidad de adoptar o participar en la toma de decisiones en el campo de las intervenciones sanitarias están atadas a la capacidad de otorgar el consentimiento informado, lo cual, a su vez, responde a la valoración acerca de las capacidades evolutivas de los menores de edad. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Con respecto a esto, la Corte menciona que, de acuerdo con la jurisprudencia que ha desarrollado a lo largo de los años especialmente sobre casos de menores en condición de intersexualidad, el consentimiento informado por parte de menores de edad debe darse única y expresamente por estos siempre y cuando los mismos tengan la capacidad de brindar un consentimiento autónomo, libre e informado sobre el procedimiento médico a realizar. Todo esto, con su fundamento en la protección a *“la posibilidad de ejercer la autonomía en el futuro respecto de cuestiones determinantes para el libre desarrollo de la persona y la identidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017). Dicha capacidad de otorgar este consentimiento informado frente a procedimientos médicos nace desde *“una relación de proporcionalidad inversa entre la capacidad de autodeterminación del menor y la legitimidad de las medidas de intervención sobre las decisiones que este adopte”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999, citada en Sentencia C-246 de 2017).

Entendiendo esto, de acuerdo con lo dispuesto por la Corte en su Sentencia C-900 de 2011 la cual es citada en la presente, como que *“el respeto del mejor interés del menor implica reconocer su derecho a ser escuchado en la toma de decisiones, en atención a sus capacidades evolutivas, especialmente aquellas que involucran su cuerpo y su identidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-900 de 2011, citada en Sentencia C-246 de 2017). Además de esto, la Corte reitera los criterios ya planteados y reiterados por la jurisprudencia en las Sentencias T-477 de 1995, SU-337 de 1999, T-551 de 1999, T-692 de 1999 y T-1052 de 2002, que se deben tener en cuenta para otorgar el consentimiento sustituto o permitir a un menor de edad emitir su consentimiento sobre procedimientos médicos, ellos son: *“(i) la urgencia e importancia del tratamiento para sus intereses; (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del menor de edad; y (iii) su edad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-1052 de 2002, citada en Sentencia C-246 de 2017). Además de esto, la jurisprudencia de la Corte también ha requerido que los padres deben brindar, en casos de consentimiento sustituto, *“consentimiento informado cualificado y persistente y la regla de cierre en favor de la intimidad de los hogares (in dubio pro familia), que en últimas privilegia el ejercicio de la responsabilidad parental”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia SU-337 de 1999, citada en Sentencia C-246 de 2017).

La Corte procede a analizar los casos de las Sentencias T-477 de 1995, T-622 de 2014, SU-337 de 1999 y T-552 de 2013 en los que,

Se muestra que las capacidades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes les permiten adoptar decisiones definitivas para su identidad, sin que lo anterior esté necesariamente ligado a la edad, sino a las características del paciente, al desarrollo de la voluntad reflexiva, a la información que ha recibido y al tipo del procedimiento. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Bajo dicho análisis, la Corte concluye que, en primer lugar, el consentimiento informado, autónomo y libre de los menores de edad de acuerdo con su madurez mental siempre debe ser tenido en cuenta al momento de realizarse cualquier procedimiento médico. Sin embargo, *“esto no implica que la opinión de los menores de edad tenga una prevalencia sobre el criterio médico*

que analice la situación concreta” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017). Por lo que la Corte determina que,

En temas tan centrales como la autodefinición de la identidad, aun cuando sea a partir de un carácter estético, no se escuchen a las niñas, ni estas puedan participar de esa decisión, especialmente cuando los riesgos para la salud se determinan medicamente en cada caso. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Por lo que en cada caso se deben evaluar los criterios del consentimiento informado de los menores, los cuales ya fueron mencionados anteriormente, así se trate de procedimientos médicos de carácter estético. Ahora bien, la Corte también indica que, así como la edad legal de los catorce años que se había establecido para que los menores pudieran *“adquirir responsabilidades e inclusive adoptar decisiones que involucran el consentimiento libre e informado”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017), esta también sería la edad desde la cual los menores tengan *“la posibilidad de tomar una decisión acerca de la imagen corporal como parte de la autodefinición, así como la capacidad de comprender los riesgos que conlleva esa determinación”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Finalmente, de acuerdo con la anterior determinación de la Corte, esta concluye que la norma demandada era exequible, bajo la premisa de que lo dispuesto en esta no sería aplicable a,

Los adolescentes mayores de 14 años que tengan la capacidad evolutiva, para participar con quienes tienen la patria potestad en la decisión acerca de los riesgos que se asumen con este tipo de procedimientos y en cumplimiento del consentimiento informado y cualificado. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Problema jurídico: En este caso,

La Corte debe resolver si la prohibición del artículo 3° de la Ley 1799 de 2016 que impide realizar procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos en niños, niñas y adolescentes, inclusive con el consentimiento de los padres, viola sus derechos a la intimidad y al libre desarrollo de la personalidad. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017).

Regla de derecho: Como conclusión sobre esta sentencia, la Corte determina como regla de derecho que los menores de edad mayores de catorce años tienen el derecho a emitir su consentimiento informado sobre la realización de procedimientos médicos estéticos en sus cuerpos, esto, siempre y cuando se encuentre acompañado de la autorización de sus padres en el ejercicio de la patria potestad de estos últimos.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 13: derecho a la no discriminación; ii) Artículo 15: derecho a la intimidad personal; iii) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; iv) Artículo 25: derecho al trabajo; v) Artículo 26: derecho a escoger la propia profesión; y vi) Artículo 44: derechos fundamentales de los niños. (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 13, 15, 16, 25, 26 y 44).

Notas importantes: Esta es una sentencia hito o modificadora, en ella, es posible identificar como la Corte, a través de un recorrido por la jurisprudencia de años anteriores, no solo determina de una manera clara la edad desde la cual se considera que los menores de edad pueden consentir sobre la realización de procedimientos médicos estéticos en su cuerpo. Sino que, también deja claro que esta decisión no la puede tomar únicamente el menor, ya que esta también requiere del consentimiento de sus padres bajo el ejercicio de la patria potestad. Para motivar su decisión, la Corte se permite citar las Sentencias i) T-477 de 1995, SU-337 de 1999, T-551 de 1999, T-692 de 1999, T-1052 de 2002, C-900 de 2011, T-552 de 2013, C-131 de 2014 y T-622 de 2014.

- **SENTENCIA T-218 DE 2022 | MP GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO:**

Antecedentes: Un menor de 16 años diagnosticado médicamente con disforia de género interpuso acción de tutela (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 86) en contra del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, al cual se encontraba adscrito como beneficiario de su padre por la negativa de dicha entidad a iniciar su tratamiento hormonal de transición de género. Debido a esto, el menor alegaba que se le estaban vulnerando sus *“derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal, al libre desarrollo de la personalidad, a la autodeterminación sexual, a la dignidad y a la identidad sexual”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). De acuerdo con los hechos, el médico que lo atendió le indicó que *“que el tratamiento mencionado requiere cumplir la mayoría de edad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). Por lo que, el menor solicitó en la acción de tutela *“la sustitución de la especialista en endocrinología pediátrica por otro profesional que “tenga el conocimiento para tratar a niños y adolescentes transgénero”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

La institución accionada indicó que en su momento se le prestaron al menor todos los servicios requeridos por este, sin embargo, en el fallo de única instancia el juez determinó conceder *“el amparo de los derechos fundamentales a la vida y a la salud”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022), ordenando que se le practicaran los exámenes requeridos para el procedimiento, dado que, los que se le hicieron inicialmente al menor ya tenían un año. Por lo que,

Estimó que el juez constitucional no puede ordenar que se otorgue un tratamiento de cambio hormonal sin la autorización médica correspondiente. Agregó que, ante la posible afectación del derecho a la salud del accionante es relevante que sus padres cumplieran el deber de asistirlo durante el proceso que ha iniciado. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

En consonancia con lo anterior, la accionada ordenó todos los procedimientos médicos del menor y comenzaron a darle tratamiento desde un equipo interdisciplinario de médicos. Sin embargo, a los meses de esto, el menor desistió el proceso porque *“luego de iniciar dicho tratamiento, intentó programar consultas con los médicos tratantes por cinco o seis meses, pero no fue posible, al*

parecer por cambios en las líneas telefónicas de atención” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

El anterior caso fue llevado a la Sala de Revisión de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 241 num. 9), en la cual se inicia por indicar que existía una carencia de objeto por daño consumado, teniendo en cuenta que la acción de tutela es un mecanismo utilizado para proteger los derechos fundamentales que están en peligro de vulnerarse o se están vulnerando activamente. Sin embargo, este no es el caso,

Dado que se causó el perjuicio que se pretendía evitar mediante la acción de tutela, esto es, el desistimiento del accionante de recibir el tratamiento hormonal o cualquier otro tratamiento médico para la reafirmación de su género, como consecuencia del deterioro de su salud, derivado de las barreras que impidieron el acceso integral y oportuno a los servicios de salud. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Ahora, en el análisis de caso que hace la Corte, esta determina que la protección de *“la identidad de género como manifestación de la autodeterminación del individuo [...] no puede estar condicionada a criterios físicos, médicos o psicológicos de comprobación”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). Por lo cual, la Corte basa la anterior afirmación en lo argumentado por las Sentencias T-063 de 2015, T-143 de 2018 y T-443 de 2020, indicando que,

La identidad de género, en tanto autopercepción, es un derecho fundamental fundado en la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. Comporta la facultad del individuo de definirse a sí mismo, en función de sus vivencias y experiencias en cuanto al género. De igual forma, impone a la sociedad y al Estado el deber de responder a esa concepción autorreferente de la persona y tratarla de un modo congruente y respetuoso de la visión que tiene de sí misma. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Además, la Corte reitera que, al tratarse de un grupo minoritario de la sociedad que ha sufrido de discriminación a lo largo de los años, sus derechos fundamentales, en especial los que versan sobre la salud, la identidad de género, la autodeterminación y el libre desarrollo de la personalidad gozan de protección reforzada. Con respecto al derecho a la salud de las personas transgénero, la Corte indica que no está permitido negar a estas personas tratamiento médico relacionado con su transición de género bajo la premisa de que este *“no pone en riesgo la salud e integridad del usuario o que constituyen procedimientos eminentemente cosméticos”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Por otro lado, la Corte determina que la jurisprudencia de la misma no ha sido pacífica con respecto a la necesidad de que para realizar cualquier procedimiento médico a una persona transgénero que tenga que ver con su transición sea necesario el diagnóstico de disforia de género. Puesto que, la Corte señala que en la Sentencia T-918 de 2012 la Corte determinó que, no consideraba que *“el transgenerismo constituye una enfermedad o una categoría psiquiátrica, o que se requiera el diagnóstico de disforia de género para acceder a los servicios de salud*

relacionados con su identidad” (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012, citada en Sentencia C-218 de 2022). Mientras que, en la Sentencia T-771 de 2013, la Corte argumentó que,

Si bien la disforia de género no implica *“una designación del transgenerismo como una enfermedad o una anormalidad de la salud”*, su diagnóstico es necesario para poder acceder a la atención médica y es la condición que precede a *“la prescripción de procedimientos relacionados con la reafirmación sexual o de género”*. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013, citada en Sentencia C-218 de 2022).

Teniendo en cuenta estas dos posiciones, la Corte en la presente sentencian establece que,

La posición que guarda armonía con el respeto y protección de la identidad de género de las personas transgénero es la que rechaza la imposición de un diagnóstico de disforia de género como condición para acceder a los tratamientos médicos de reafirmación. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Por lo que, después de un estudio a esta posición, la Corte indica que *“para la prescripción y suministro de procedimientos quirúrgicos, hormonales y de atención médica especializada que componen los procedimientos médicos de reafirmación de género no se requiere acreditar un diagnóstico de disforia de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). Adicionalmente, la Corte reitera lo dicho por la Sentencia T-196 de 2018, sobre cómo debe realizarse un diagnóstico médico en los casos de las personas que sufren de disforia de género y solicitan iniciar los procedimientos de reasignación de sexo. Según la Corte, ello se compone de tres etapas las cuales son,

(i) la identificación que supone la realización de los exámenes ordenados por el profesional de la salud; (ii) la valoración que realiza el especialista a partir de los resultados obtenidos en los exámenes previamente mencionados; y (iii) la prescripción de los procedimientos médicos que se estimen necesarios para el caso concreto de conformidad con el análisis del médico. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-196 de 2018, citada en Sentencia C-218 de 2022).

En línea con lo anterior, la Corte también se permite citar la Sentencia T-552 de 2013, en la cual esta define cuales son los criterios para cumplir con el deber de la información que los profesionales de la salud deben suministrar a sus pacientes. Dichos criterios deben incluir información sobre *“(i) cuáles son los servicios de salud que requieren, (ii) cuáles son las probabilidades de éxito y de riesgo que representa el tratamiento, y (iii) cómo acceder a estos”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-552 de 2013, citada en Sentencia C-218 de 2022).

Posteriormente, la Corte realiza un análisis sobre *“la autonomía de los menores de edad y su consentimiento informado para los procedimientos médicos de afirmación de género”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). Por medio del cual, estudia el desarrollo de las decisiones de la Corte frente al tema a lo largo de los años. En primer lugar, la Corte menciona la Sentencia T-447 de 1995, en la cual se,

Estableció que la reasignación de sexo exige el consentimiento directo del “paciente”, ya que los menores de edad son los únicos que pueden decidir sobre su vida y libertad, las cuales incluyen el sexo como elemento relevante de la identidad. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-447 de 1995, citada en Sentencia C-218 de 2022).

Adicionalmente, la Sentencia T-447 de 1995, determinó una regla de valoración, reiterada por la Sentencia SU-337 de 1999, entre los principios de autonomía y de beneficencia en la cual se debían ponderar los siguientes aspectos,

(i) la urgencia e importancia del tratamiento para los intereses del menor de edad; (ii) el impacto del procedimiento médico sobre su autonomía actual y futura, a partir de la consideración de las intervenciones ordinarias y extraordinarias; y (iii) la edad del paciente. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-447 de 1995, citada en Sentencia C-218 de 2022).

De estos parámetros, la Corte concluye que las limitaciones impuestas *“a la capacidad de ejercicio fundadas en la edad constituyen, por regla general, medidas de protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). Sin embargo, la Corte también menciona que cuando se trata de decisiones que implican un,

Alto impacto en la autonomía y el proyecto de vida (como los de definición y reasignación de sexo, eutanasia, interrupción voluntaria del embarazo, cirugías estéticas, modificación de los componentes del estado civil para que se ajusten a la identidad de género), ha resaltado la necesidad de asegurar la autonomía de los menores de edad y ha precisado que, **si bien la edad es un referente sobre la capacidad evolutiva, no permite establecer, de forma objetiva y exclusiva, la posibilidad de emitir el consentimiento.** (negrilla fuera de texto) (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Por esto, la Corte reitera,

Que a los cinco años los niños desarrollan su identidad de género y, por ende, en los casos de intersexualidad, el consentimiento sustituto para la definición de sexo es válido y suficiente únicamente cuando se emite antes de ese umbral. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Motivo por el cual, se entiende que, desde los cinco años en adelante, los menores de edad pueden emitir un consentimiento informado, cualificado y libre. Debido a esto la Corte,

Ha protegido la autodeterminación de menores de edad, quienes pueden tomar la decisión de construir su identidad sexual y de género, al ser un asunto íntimo de su propio proyecto de vida, siempre y cuando esta decisión sea plenamente informada y, de acuerdo con el

desarrollo progresivo de su autonomía. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Como consecuencia del anterior análisis, la Corte determinó que la entidad accionada vulneró el *“derecho a la identidad de género del cual es titular el accionante que, como menor de edad, deseaba realizar su tránsito y afirmación de género por medio de una intervención médica”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022) y *“también infringió el derecho a la salud del menor de edad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022). Por lo cual, a pesar de que el menor ya había desistido de los procedimientos médicos para su reasignación de sexo, la Corte ordenó al accionado prevenir que esto vuelva a suceder y abstenerse de *“incurrir en las actuaciones que le dieron origen a la presente acción de tutela”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Problema jurídico: En la presente sentencia, el problema jurídico expuesto por la Corte es,

Si las accionadas vulneraron los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal, al libre desarrollo de la personalidad, a la autodeterminación sexual, a la dignidad y a la identidad sexual de un joven al imponerle barreras injustificadas para acceder al tratamiento médico de afirmación de género. (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022).

Regla de derecho: Esta sentencia reitera lo ya manifestado por la Corte en múltiples ocasiones sobre la regla de derecho que indica que los menores de edad, desde los cinco años en adelante tienen la capacidad para emitir su consentimiento de una manera válida sobre todo lo que respecta a procedimientos de reasignación de sexo.

Referencias a la Constitución Política: i) Artículo 1: dignidad humana; ii) Artículo 2: fines esenciales del Estado; iii) Artículo 16: derecho al libre desarrollo de la personalidad; iv) Artículo 44: derechos fundamentales de los niños; v) Artículo 49: derecho a la salud. vi) Artículo 86: Acción de tutela; vii) Artículo 241 numeral 9: funciones de la Corte Constitucional (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, arts. 1, 2, 16, 44, 49, 86 y 241 num. 9).

Notas importantes: Esta sentencia se considera una sentencia reiterativa, ya que en ella la Corte aclara su posición sobre que no se requiere de un diagnóstico médico para la realización de procedimientos de reasignación de sexo para que estos sean realizados en el paciente. A parte de esto, la Corte también es clara al reiterar que los menores de edad tienen, bajo el amparo de sus derechos a la identidad de género y al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a realizarse procedimientos de reasignación de sexo si emiten un consentimiento informado, libre y cualificado para ello. Todo lo anterior, cumple el propósito de demostrar un precedente jurisprudencial claro y contundente sobre el tema. Por lo cual, la Corte se permite citar las Sentencias: i) T-447 de 1995; ii) SU-337 de 1999; iii) T-918 de 2012; iv) T-552 de 2013; v) T-771 de 2013; vi) T-063 de 2015; vii) T-143 de 2018; viii) T-196 de 2018; y ix) T-443 de 2020.

8.1.5 CONCLUSIONES SOBRE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN TORNO A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Tras terminar la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, en torno a la reasignación de sexo en menores de edad en Colombia, es posible identificar dentro de las cuatro fases en las que se decidió dividir la jurisprudencia que, inicialmente, la Corte comenzó por tratar controversias en torno a tema registrales con respecto a las personas transgénero siempre viéndolo desde una perspectiva que se basaba en los aspectos biológicos del sexo⁸. Dicha perspectiva, deja claro que los componentes biológicos del cuerpo humano no dependen de la autopercepción de las personas, de su voluntad ni de la identidad de género. Sino más bien, de aspectos inmodificables de la naturaleza que conforman componentes esenciales de la existencia del ser humano y que funcionan en armonía.

Seguidamente, la Corte se vio en la tarea de resolver controversias en torno a la identidad sexual de menores nacidos en estado de intersexualidad⁹. Estas sentencias, fueron las primeras en tratar todo lo referente a procedimientos médicos de reasignación de sexo en menores de edad. Sobre ello, la Corte terminó por concluir que, cuando se trata de menores de cinco años¹⁰, los padres se encuentran en la potestad de ejercer la figura legal del consentimiento sustituto, bajo el amparo y respeto al derecho de la privacidad familiar. Ello, en los casos en los que dichos procedimientos de reasignación de sexo en el menor sean necesarios por motivos de urgencia y peligro sobre los derechos fundamentales a la salud y la vida de este. Sin embargo, cuando no se configuren los criterios de *“(i) la urgencia e importancia del tratamiento para sus intereses; (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del menor de edad; y (iii) su edad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-1052 de 2002), especificados por la Corte para ejercer el consentimiento sustituto¹¹, esta define que, desde los cinco años en adelante, bajo el principio de la autonomía progresiva, cuando el menor tenga la madurez mental para emitir su consentimiento informado, libre y cualificado, este será el único que puede tomar la decisión sobre se propio cuerpo de realizarse cualquier procedimiento médico que altere de manera drástica e irreversible su identidad sexual.

Posteriormente, la Corte también define que, al considerar a la población transgénero como una minoría discriminada por la sociedad, los procesos de modificación del componente sexo en los registros civiles de estas personas no tienen la necesidad de gestionarse por la vía de la jurisdicción ordinaria. Dado que, esto podría suponer barreras que a la postre terminen por vulnerar los derechos fundamentales a la dignidad, personalidad jurídica e identidad de las personas transgénero. Por ello, la Corte determina que la acción de tutela es un mecanismo idóneo¹² para hacer valer sus derechos fundamentales y termina por indicar que las personas

⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-594 de 1993 y T-504 de 1994.

⁹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-477 de 1995.

¹⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-551 de 1999 y T-692 de 1999.

¹¹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencias T-477 de 1995, SU-337 de 1999, T-551 de 1999, T-692 de 1999 y T-1052 de 2002.

¹² CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencias T-918 de 2012 y T-231 de 2013.

transgénero pueden solicitar el cambio del componente sexo en sus documentos de identidad por medio de proceso notarial¹³.

Mas adelante, desde una visión progresista y bajo el argumento de lo desarrollado por providencias anteriores, la Corte define que las personas transgénero tienen derecho a que las EPS cubran todos los procedimientos de reasignación de sexo que sean necesarios para que su cuerpo se converse con su identidad sexual. Por ello, la Corte advierte que a este grupo de la población se le deben realizar todos los procedimientos médicos requeridos para su transición, incluidos aquellos que no se encuentran descritos en el POS, como las cirugías estéticas de mamoplastia. La Corte toma esta decisión, bajo la premisa de que el derecho fundamental a la salud no solo se ampara cuando una persona se encuentra bajo una situación de riesgo inminente a su vida o su integridad. Sino que, este derecho también compone la salud mental y sexual de las personas. Por lo que, para la Corte la no autorización de cirugías estéticas a personas que se encuentran en un proceso de reasignación de género configura una vulneración al derecho fundamental a la salud¹⁴.

Ahora bien, la Corte también tomó decisiones frente a los procedimientos médicos estéticos en menores de edad. Por lo que, esta determina que, si un menor de edad a los catorce años tiene la capacidad de tomar decisiones y adquirir responsabilidades legales, estos también tienen el derecho a decidir sobre cuerpo y emitir un consentimiento informado, libre y cualificado¹⁵.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Corte también decide que, los menores de edad que padecen de disforia de género pueden realizarse procedimientos de reasignación de sexo antes de cumplir la mayoría de edad. Ya que, los mismos son su propia persona, por lo que, pueden auto percibirse de la manera que lo consideren y definir su identidad de género antes de cumplir los dieciocho años. Puesto que, su identidad de género no puede condicionarse o someterse a la comprobación de terceros. Dado que, los menores de edad se encuentran en el derecho de ejercer a cabalidad sus derechos fundamentales a la dignidad, la identidad y el libre desarrollo de la personalidad¹⁶. Lo cual incluye la determinación de su identidad sexual bajo su propio criterio y no el de sus padres o el del Estado.

Como resultado de las decisiones de la Corte, esta también desarrolló mediante su jurisprudencia a lo largo de los años y con base en los derechos fundamentales a la dignidad, salud, identidad y el libre desarrollo de la personalidad; los derechos a la identidad de género, a la salud sexual, a la autonomía progresiva de los menores de edad. Todos los cuales, esta determina que son esenciales para evitar la discriminación y/o posible vulneración de los derechos de las personas transgénero, un grupo poblacional, que de acuerdo con la Corte ha sido discriminado y marginado por la sociedad.

¹³ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063 de 2015.

¹⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-771 de 2013.

¹⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-246 de 2017.

¹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-218 de 2022.

8.2 LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

La protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes es de carácter esencial y primordial para el ordenamiento jurídico colombiano. Por ello, la Constitución Política establece de manera inequívoca que, *“la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social [...] y la libre expresión de su opinión”* (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 44) constituyen derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes colombianos. Además de esto, la Constitución impone a *“la familia, la sociedad y el Estado [...] la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”* (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 44), reconociendo de manera explícita que *“los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”* (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 44).

Ahora bien, cuando se habla de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes de cara a los procedimientos de reasignación de sexo, se debe tener presente que la Resolución 309 de 2025, emitida por el Ministerio de Salud, determina el derrotero y las directrices que deben seguir el personal y las instituciones de la salud con respecto a estos casos. Esta resolución, comienza por citar múltiples sentencias de la Corte Constitucional con el fin de basarse en ellas para las determinaciones que realiza más adelante. En este sentido, una de las referencias que hace es a la Sentencia C-900 de 2011 de la Corte Constitucional, la cual determina que, *“las prácticas médicas consideradas altamente invasivas, de difícil realización, riesgosas o vinculadas estrechamente con la definición de la propia personalidad del individuo, imponen necesariamente el consentimiento del paciente para su ejecución”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-900 de 2011, citada en MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, p. 2).

Respecto de la razón por la cual el Ministerio de Salud decide citar a la Corte Constitucional para sustentar lo desarrollado en la Resolución 309 de 2025, la respuesta es sencilla, la Corte Constitucional es la única entidad estatal que ha resuelto controversias en torno al tema de los procedimientos de reasignación de sexo, ya que, no existe hasta el momento ninguna ley que lo determine. Ahora bien, todo esto tiene relevancia en el presente acápite, porque las decisiones que toma la Corte Constitucional se basan en su labor de protección de los derechos fundamentales de los colombianos. Bajo esta perspectiva, en el capítulo sobre la jurisprudencia de la Corte al respecto se desarrollaron los argumentos que esta dio sobre los derechos fundamentales para tomar sus decisiones. Ahora, se desarrollarán los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de Colombia que guardan relación con los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes.

8.2.1 DERECHO A LA DIGNIDAD HUMANA

El derecho fundamental a la dignidad humana, el cual se encuentra consagrado en el artículo 1 de la Constitución Política de Colombia como base y fundamento del Estado, por lo que, es

importante tomar en consideración la esencialidad que le da el legislador al mencionarlo el primer artículo de la norma máxima del Estado. Dicho artículo, establece lo siguiente,

ARTICULO 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (Subraya fuera de texto) (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 1).

A demás de esto, el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone que, *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”* (Subraya fuera de texto) (NACIONES UNIDAS, 1948). Lo cual también, resalta la importancia del trato digno entre las personas para convivir de manera pacífica en el mundo.

En este orden de ideas, es primordial tener en cuenta el derecho fundamental a la dignidad humana cuando se analizan los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. En este sentido, es importante tomar bajo consideración si verdaderamente la realización de estos procedimientos en menores de edad les permitirá vivir una vida en la cual se respete el derecho a la dignidad humana. Sobre ello, se hace relevante resaltar que, no existe suficiente evidencia científica con respecto a los beneficios que generan estos procedimientos médicos. Lo cual se puede contrastar con el inmenso espectro de efectos adversos y consecuencias sobre la salud, la integridad y la vida que estos procedimientos tienen. Como resultado de lo anterior, es claro que dichos procedimientos médicos no son compatibles con la dignidad humana.

En línea con lo anterior, los investigadores Levine y Abbruzzese establecen que, *“la pregunta, “¿los beneficios de las transiciones de género en jóvenes superan los riesgos de daño?” sigue sin respuesta porque existe una escasez de datos de seguimiento”* (LEVINE; ABBRUZZESE, 2023, p. 114). De la anterior pregunta, es posible inferir que la razón por la cual no existen suficientes datos para brindar una respuesta es porque los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, y en general en todas las personas, conllevan serios efectos secundarios que deterioran la salud física y mental de las personas transgénero, lo cual se ve reflejado en las tasas de intentos de suicidio en este grupo poblacional en el mundo. Para el año 2022, el 42% de los jóvenes transgénero en el mundo habían intentado suicidarse (OBSERVATORIO ANDALUZ LGBT, 2022). Entendiendo lo anterior, es claro que, la verdadera protección al derecho fundamental a la dignidad humana de los niños, niñas y adolescentes, con respecto de los procedimientos de reasignación de sexo, requiere garantizar que decisiones tan trascendentales sobre el cuerpo se adopten con pleno conocimiento de sus efectos adversos y consecuencias. Lo cual, solo puede tenerse tras el desarrollo completo de todas las funciones cognitivas del cerebro de una persona, pero en todo caso, no antes de haber llegado a la adultez.

8.2.2 DERECHO A LA SALUD

La protección constitucional al derecho fundamental a la salud, como otros derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, se encuentra consagrado en el artículo 44 la Carta Política. Adicional a ello, el derecho fundamental a la salud en general se encuentra en el artículo 49 de este mismo cuerpo normativo, los mencionado artículos establecen lo siguiente,

ARTÍCULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (Subraya fuera de texto) (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 44).

ARTÍCULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (Subraya fuera de texto) (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 44).

Por otro lado, este derecho se encuentra protegido también por el artículo 25 numeral 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el cual establece que,

ARTÍCULO 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Subraya fuera de texto) (NACIONES UNIDAS, 1948).

Retomando la normatividad colombiana, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su artículo 6, se dispone delimitar los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, sobre lo cual menciona que este se compone de elementos esenciales como: i) disponibilidad; ii) aceptabilidad; iii) accesibilidad; iv) universalidad; v) equidad; vi) continuidad; vii) oportunidad; viii) prevalencia; ix) progresividad; x) sostenibilidad; xi) solidaridad; y xii) eficiencia; entre otros. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley Estatutaria 1751 de 2015, art. 6).

Ahora bien, cuando se estudia el derecho fundamental a la salud bajo el contexto de los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, es necesario resaltar

que, existe una relación estrecha entre el ejercicio de este derecho fundamental con el consentimiento informado que deben brindar los pacientes, antes de someterse a cualquier procedimiento médico. Bajo esta perspectiva, es claro que, la garantía efectiva del derecho a la salud en menores de edad, los cuales se encuentran en una posición vulnerable, exige evitar la exposición de estos a procedimientos médicos invasivos, irreversibles y peligrosos que puedan causar consecuencias negativas para su bienestar físico y psicológico. Por lo cual, es necesario, cuestionar si el consentimiento informado de los pacientes menores de edad con disforia de género para realizarse cualquier procedimiento médico de reasignación de sexo verdaderamente puede defenderse desde la protección al derecho a la salud. Teniendo en cuenta que, como se explicará en el acápite de consecuencias negativas, estos procedimientos solo logran deteriorar la salud de las personas que se someten a ellos.

8.2.3 DERECHO A LA VIDA

Sobre el derecho fundamental a la vida, el artículo 11 de la Constitución Política, dispone que, *“el derecho a la vida es inviolable”* (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 1). Además de esto, el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas consagra que, *“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”* (Subraya fuera de texto) (NACIONES UNIDAS, 1948). Bajo este entendido, en el caso específico de los menores de edad, este derecho fundamental adquiere una protección reforzada por parte del Estado, en ese sentido, se reitera lo dispuesto por el artículo 44 de la Constitución,

ARTÍCULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (Subraya fuera de texto) (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 44).

Ahora, teniendo en cuenta el problema jurídico que se está estudiando, sobre la disyuntiva de si los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes deberían prohibirse en Colombia bajo el marco de la protección a los derechos fundamentales de los menores, principalmente el derecho a fundamental a la vida, es necesario tener en cuenta que, la literatura médica académica, documenta riesgos significativos asociados con estos procedimientos, incluyendo complicaciones quirúrgicas, esterilidad permanente, alteraciones en la densidad ósea, efectos cardiovasculares adversos e incrementos en las tasas de suicidio (AMERICAN COLLEGE OF PEDIATRICIANS, 2016, p. 1). Además de esto,

No se considera el gran porcentaje de estos niños, entre el 98,8% al 70% en los varones y el 88% al 50% en las mujeres, que cuando alcanzan la madurez desean retornar al sexo que tenían al nacer, cosa que plantea importantes problemas médicos y humanos, de los que no es el menor el elevado índice de suicidios, 20 veces superior a los de un grupo no transexual de la misma edad y sexo. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 12 y 13).

Lo anterior, hace que la compatibilidad de tales intervenciones con el deber constitucional que tiene el Estado colombiano de preservar la vida, en su calidad de bien jurídico primigenio, sea cuestionable. Por lo que, la permisión del Estado y su marcada abstinencia para legislar sobre estos temas ha llevado a que se autoricen dichos procedimientos, los cuales suponen someter a niños, niñas y adolescentes a riesgos innecesarios y constituyen una contradicción fundamental al deber constitucional del Estado de protección a la vida. Esto resulta preocupante, especialmente cuando la evidencia científica disponible sobre el tema no respalda de manera concluyente la necesidad o eficacia de dichos procedimientos.

8.2.4 DERECHO A LA INTEGRIDAD

Cuando se trata del derecho a la integridad, la protección de la integridad física y mental de los niños, niñas y adolescentes es reconocida expresamente en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia ya mencionado en los anteriores acápite. Esta protección a la integridad de los menores de edad establece límites claros a las intervenciones médicas que puedan comprometer el desarrollo de los mismos. Por lo que, investigadores como Aznar y Tudela señalan que, *“facilitar a los niños tratamientos de reasignación de sexo, tanto quirúrgicos como hormonales, a una edad en la que el desarrollo corporal aún no ha sido completado, conlleva indudables efectos médicos negativos”* (AZNAR; TUDELA, 2016, p. 12). Esta observación, resulta particularmente relevante al considerar que, tales efectos negativos comprometen tanto la integridad física como la estabilidad emocional de los menores. Por lo que, la protección efectiva del derecho fundamental a la integridad tanto física como mental de los niños, niñas y adolescentes, requiere evaluar cuidadosamente si los procedimientos médicos de reasignación de sexo, sean vía tratamiento hormonal, vía procedimientos quirúrgicos o ambos, verdaderamente respetan lo dictado por la Carta Política y cuentan con suficiente respaldo científico para justificar los riesgos inherentes a dichos procedimientos de carácter invasivo, irreversible y peligroso. Teniendo en cuenta que, cuando un menor sufre de disforia de género *“los intentos de revertir esta condición biológica, a base de terapias hormonales o quirúrgicas, no cambiarán la base genética responsable de los procesos de diferenciación hacia uno u otro sexo”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 21).

8.2.5 DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La Constitución Política de Colombia, en su artículo 16 dispone que, *“todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los*

derechos de los demás y el orden jurídico” (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991, art. 16). Además de esto, por su parte la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aunque no tiene un capítulo que se dedique de manera explícita para mencionar este derecho, en sus artículos 22 y 29 numeral 1, hace mención del derecho al libre desarrollo de la personalidad indicando que,

ARTÍCULO 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. (Subraya fuera de texto) (NACIONES UNIDAS, 1948).

ARTÍCULO 29. 1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad. (NACIONES UNIDAS, 1948).

Sobre estas dos definiciones del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, la de la Constitución Política de Colombia y la de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es posible aseverar que inicialmente la Organización de las Naciones Unidas promulgó este derecho como un deber del Estado de garantizarle a las personas con sus recursos el ejercicio de su derecho al libre desarrollo de la personalidad. Mientras que, el constituyente colombiano delimitó este derecho como una libertad que encuentra sus límites en la libertad de los demás y en la ley.

Ahora bien, analizando este derecho fundamental desde la perspectiva de los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad, es imperante resaltar que los menores de edad no cuentan con la autonomía y libertad completa para ejercer a cabalidad su derecho al libre desarrollo de la personalidad. Puesto que, su autonomía es de carácter progresivo y, por ende, no es absoluta. La Corte Constitucional, en las decisiones plasmadas en la línea jurisprudencial tratada en el capítulo anterior, determinó en múltiples ocasiones que los menores cuentan con autonomía progresiva la cual debe cumplir con ciertas características. Bajo este criterio, la Corte determina que los menores de edad pueden tomar la decisión de realizarse procedimientos de reasignación de sexo siempre y cuando se configuren los requisitos necesarios de autonomía progresiva y consentimiento informado plasmados para ello.

Sin embargo, lo anterior debe de ser matizado por el principio del interés superior del menor. Bajo esta mirada, la Corte aún no ha incluido dentro de su análisis sobre la autonomía progresiva de los menores de edad, la limitación que imponen los procedimientos de reasignación de sexo en una temprana edad al ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad futura. En este sentido, es primordial generar, ante los lectores del presente documento y el legislador colombiano, la inquietud sobre si un menor de edad cuenta con la madurez psicológica para tomar decisiones drásticas e irreversibles como lo son renunciar a procrear en un futuro, extirpar y/o mutilar sus genitales biológicos y reemplazarlos por unos sintéticos que no tienen funcionalidad

alguna y condenarse a consumir hormonas sintéticas por el resto de sus vidas las cuales desequilibrarán todo su sistema biológico, entre otros. Dado que,

La intervención clínica tendente a modificar los caracteres sexuales secundarios es de una entidad muy importante. Debe modificarse, interviniendo de modo permanente, el balance endocrino del individuo, determinado genéticamente, para lograr revertir artificialmente las manifestaciones físicas hormono-dependientes, cuya tendencia natural no logrará revertirse, sino solo reprimirse durante la administración del tratamiento. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 24).

8.2.6 CONCLUSIONES SOBRE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

El anterior análisis sobre los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes revela una incompatibilidad fundamental entre estos y los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad. Se hace necesario dejar claro que, lo anterior no surge de consideraciones ideológicas o prejuicios sociales, sino del análisis riguroso de los principios constitucionales que definen la protección de la infancia en Colombia.

En primer lugar, la garantía constitucional del derecho fundamental a la salud trasciende del mero acceso a servicios médicos, puesto que, para el verdadero goce de este derecho se exige que toda intervención médica se sustente en evidencia científica sólida y respete el principio de precaución. Como consecuencia de esto, es claro que, los tratamientos de reasignación de sexo no satisfacen estos requisitos fundamentales. Puesto que, se caracterizan por su naturaleza experimental y la ausencia de estudios longitudinales concluyentes sobre sus efectos a largo plazo. Lo único que sí se encuentra documentado científicamente sobre estos procedimientos, es que sus efectos secundarios inmediatos son devastadores para la salud de las personas transgénero.

En segundo lugar, el derecho fundamental a la vida, el cual por tratarse de menores de edad implica la protección reforzada del derecho. Por lo cual, es un deber del Estado colombiano salir en defensa de los niños, niñas y adolescentes, con el fin de salvaguardar este bien jurídico. Teniendo en cuenta que, resulta incompatible cumplir con el deber de protección del derecho fundamental a la vida de los menores de edad y al mismo tiempo permitir que se realicen procedimientos de reasignación de sexo sobre estos. Ya que, dicho procedimientos comprometen la salud de los menores en tal magnitud que un porcentaje preocupantemente alto de estos terminan quitándose la vida. Ahora bien, la obligación de proteger a los niños, niñas y adolescentes con la que debe cumplir el Estado, no solo implica mantenerlos con vida, ello también conlleva propiciar un entorno seguro para su desarrollo integral. Por lo que, verdaderamente proteger a los niños, también implica limitar su capacidad para tomar decisiones que en un futuro pueden conducirlos a tratar de o efectivamente quitarse la vida.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que los procedimientos médicos de reasignación de sexo, tanto quirúrgicos como hormonales, implican atentar en contra de lo creado por la naturaleza. En este sentido, consultamos a la Arquidiócesis de Medellín y Monseñor José Mauricio Vélez García, Obispo Auxiliar nos dio esta respuesta,

En el tema de la identidad sexual, por natura, yo nazco hombre o mujer esto lo encontramos en la misma cuna, en el hospital, en el momento que se nace, nació varón, nació hembra, nació hombre, nació mujer, esto para la Iglesia Católica, para la biología, para **la ciencia básica nos muestra lo que es la identidad sexual. Esos cromosomas que se vienen a formar donde XX ó XY ya marca un panorama, ya nos da una identidad, nos da una realidad y nos pone de frente a la sociedad. [...] La naturaleza es naturaleza**, por eso cuando hablamos de un cambio de sexo estamos hablando de una opción de vida que como decía ahora la Iglesia a la persona la respeta, la acoge, la acompaña, la educa, pero si una persona se acerca a la Iglesia Universal para pedir que se haga un tratado sobre el cambio de sexo como una opción de vida cristiana eso no va a pasar porque la antropología cristiana, la dignidad humana, la persona y la creación, Dios y hombre, uomo e donna Dio ha creato, hombre y mujer Dios los ha creado, habrá que decirle no al cambio de sexo, sí a la persona. (Negrilla fuera del texto) (ARQUIDIÓCESIS DE MEDELLÍN, respuesta de Monseñor José Mauricio Vélez García a consulta escrita, 10 de septiembre de 2025).

Bajo esta perspectiva, el hecho de que los avances médicos le permitan al ser humano alterar su biología con el propósito de imitar al otro sexo, ello no implica que lo que se está haciendo no sea un detrimento a la salud. Estos procedimientos de reasignación de sexo, lo que logran es alterar de manera irreversible cuerpos que aún se encuentran en proceso de desarrollo. Lo cual, implica consecuencias graves tanto a nivel físico como emocional, que tienen como consecuencia un impacto negativo en el bienestar psicológico de los niños, niñas y adolescentes, lo cual en múltiples casos resulta en el suicidio.

En tercer lugar, al analizar el derecho fundamental a la dignidad humana de cara a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, se hace imperativo que el Estado colombiano exija que las decisiones trascendentales sobre la integridad corporal se adopten con pleno conocimiento de sus implicaciones y consecuencias. Esta condición solo puede cumplirse una vez alcanzada la madurez cognitiva y emocional necesaria, circunstancia que no ocurre cuando se realizan este tipo de procedimientos invasivos e irreversibles en menores de edad.

En cuarto lugar, resulta particularmente relevante el análisis del derecho al libre desarrollo de la personalidad en este contexto, porque, aunque frecuentemente se invoca este derecho para justificar el acceso de los menores de edad a procedimientos de reasignación de sexo, una interpretación constitucionalmente adecuada debe reconocer que la autonomía en la infancia tiene carácter progresivo y se encuentra limitada por el principio del interés superior del menor. La autorización de procedimientos irreversibles durante la niñez y la adolescencia no constituye

un ejercicio legítimo de este derecho, sino una restricción prematura de las opciones futuras de autodeterminación y la libertad.

Finalmente, el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, establece la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás, además de ello, le impone a la familia, la sociedad y el Estado la obligación de brindarle a los menores una niñez integral y permitirles desarrollarse tanto física como mentalmente en un entorno seguro. Por consiguiente, es claro que los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes resultan incompatibles con los derechos fundamentales de los menores que el mismo Estado se encuentra obligado a cuidar y proteger. En línea con lo anterior, el Estado se encuentra en el deber de velar no solo porque los niños, niñas y adolescentes colombianos puedan ejercer sus derechos en el presente, sino también, cuidarlos de tal manera que también lo puedan hacer en el futuro sin limitarlos porque se les permitió tomar decisiones irreversibles, invasivas y trascendentales sobre su cuerpo aun cuando eran menores de edad.

Debido a lo anterior, la prohibición de estos procedimientos en menores de edad no constituye una limitación ilegítima de derechos, sino una medida de protección que garantiza el ejercicio pleno de la autonomía una vez alcanzada la mayoría de edad. Solo mediante esta aproximación se asegura el respeto genuino por la dignidad humana y se cumple la obligación constitucional de brindar protección integral a los menores de edad. Por lo tanto, el ordenamiento jurídico colombiano debe, imponer restricciones claras y definitivas a la realización de procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad, garantizando así la protección efectiva de sus derechos fundamentales y el cumplimiento de los mandatos constitucionales que rigen la protección de la infancia en el país, así como ya múltiples naciones han decidido retractarse de su decisión inicial sobre permitir la alteración hormonal y la mutilación genital de menores de edad.

8.3 SOBRE LA CAPACIDAD, LA PATRIA POTESTAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el presente acápite de esta investigación, se determinarán conceptos fundamentales para entender cómo funciona el análisis que se hará para determinar que los procedimientos de reasignación de sexo deberían prohibirse en niños, niñas y adolescentes. Esto, teniendo en cuenta la normatividad colombiana vigente al respecto

8.3.1 RÉGIMEN DE CAPACIDAD DE LOS MENORES DE EDAD

Con el propósito de hacer un ejercicio de determinación de la normatividad colombiana sobre el régimen de capacidad de los menores de edad, es esencial determinar en un primer lugar, cuáles son los requisitos en Colombia para que una persona pueda adquirir obligaciones de carácter civil. Para ello, nos remitimos al Código Civil, el cual, en su artículo 1502 determina lo siguiente,

ARTÍCULO 1502. REQUISITOS PARA OBLIGARSE. Para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad, es necesario:

1. que sea legalmente capaz.
2. que consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio.
3. que recaiga sobre un objeto lícito.
4. que tenga una causa lícita.

La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, sin el ministerio o la autorización de otra. (Subraya fuera de texto), (CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO, art. 1502).

El artículo 1502 del Código Civil, nos permite establecer que, para que un menor de edad tenga la potestad de obligarse en Colombia, en primer lugar, este debe tener capacidad legal. Para determinar esto, el artículo 1503 del mismo cuerpo normativo determina que *“toda persona es legalmente capaz, excepto aquéllas que la ley declara incapaces”* (CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO, art. 1503). Por lo que el artículo 1504 de este código también establece la incapacidad absoluta y relativa,

ARTÍCULO 1504. INCAPACIDAD ABSOLUTA Y RELATIVA. Son absolutamente incapaces los impúberes. Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución. Son también incapaces los menores púberes. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes. Además de estas incapacidades hay otras particulares que consisten en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos. (Subraya fuera de texto), (CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO, art. 1504).

De este artículo, se extrae que, de acuerdo con la norma, se considera que los impúberes son absolutamente incapaces y los menores púberes son incapaces relativos. Sobre esto, es necesario también determinar de manera clara qué es un menor impúber y qué es un menor púber. Para ello, el Código Civil en su artículo 34 indica que,

ARTICULO 34. PALABRAS RELACIONADAS CON LA EDAD. Llámase infante o niño, todo el que no ha cumplido siete años; impúber, el que no ha cumplido catorce años; adulto, el que ha dejado de ser impúber; mayor de edad, o simplemente mayor, el que ha cumplido dieciocho años, y menor de edad, o simplemente menor, el que no ha llegado a cumplirlos. (CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO, art. 34).

Ahora bien, el Código de Infancia y Adolescencia en su artículo 3 realiza una aclaración a lo dispuesto anteriormente por el Código Civil indicando que,

ARTÍCULO 3. SUJETOS TITULARES DE DERECHOS. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad. (Subraya fuera de texto), (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 3).

Además de esto, en el párrafo del artículo 53 de la Ley 1306 de 2009 se agregó la siguiente precisión,

PARÁGRAFO. Para todos los efectos legales relacionados con la presente ley, el infante y el impúber se equipará al niño y niña definido en el artículo 3 del Código de la Infancia y Adolescencia. De igual manera, el menor adulto se equipará al adolescente de ese estatuto. (Subraya fuera de texto), (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1306 de 2009, art. 53, párrafo).

Bajo el entendido de las anteriores normas, se realizan las siguientes distinciones al entendimiento de lo dispuesto por el Código Civil: i) los infantes, niños o impúberes son los menores de doce años; ii) los adolescentes o púberes son quienes se encuentran entre los doce y dieciocho años; y iii) los mayores de edad son quienes tienen de dieciocho años en adelante. Hecha esta distinción, es claro que, de acuerdo con el Código Civil, los menores de doce años, es decir, los infantes y los impúberes son considerados absolutamente incapaces. Por ende, los niños entre cero y doce años no cumplen con el requisito para obligarse. Mientras que, los adolescentes entre doce y dieciocho años son considerados incapaces relativos, aunque, en ciertos casos estos se consideran, por ley, en capacidad de obligarse.

Con respecto a la capacidad de los adolescentes entre doce y dieciocho años, se procederá a enunciar algunas de las obligaciones que pueden contraer los menores de acuerdo con el ordenamiento jurídico colombiano. En primer lugar, el artículo 35 del Código de Infancia y Adolescencia se determina que, *“para trabajar, los adolescentes entre los 15 y 17 años requieren de la respectiva autorización expedida por el Inspector de Trabajo”* (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 35). Además de esto, el párrafo de este mismo artículo indica que, los menores de quince años pueden trabajar con autorización de la Inspección de Trabajo si se trata de actividades que involucren temas artísticos, culturales, recreativos o deportivos (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 35, párrafo). Sobre esto, también es importante resaltar que, para efectos de los ingresos que los menores de edad perciban como fruto de su trabajo, el artículo 294 del Código Civil, indica que *“el hijo de familia se mirará como emancipado para la administración y goce de su peculio profesional o industrial”* (CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO, art. 294).

En segundo lugar, encontramos que, de acuerdo con el artículo 139 del Código de Infancia y Adolescencia, dispone de un sistema de responsabilidad penal para adolescentes, el cual se encuentra encargado de la *“investigación y juzgamiento de delitos cometidos por personas que tengan entre catorce (14) y dieciocho (18) años al momento de cometer el hecho punible”* (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 139). Sobre lo cual, el artículo 143 de este mismo cuerpo normativo precisa que, en los casos de delitos cometidos por niños menores de catorce años *“sólo se le aplicarán medidas de verificación de la garantía de derechos, de su restablecimiento y deberán vincularse a procesos de educación y de protección”* (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 139).

En tercer lugar, el Código Nacional de tránsito en su artículo 19, define que una de las condiciones para obtener una licencia de conducción de vehículos particulares es “*tener dieciséis (16) años cumplidos*” (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 769 de 2002, art. 19). Por consiguiente, los adolescentes de dieciséis años en adelante tienen el derecho a conducir, lo cual también implica su capacidad de obligarse sobre las condiciones y reglamentos de tránsito en Colombia.

Ahora bien, los menores de edad, anteriormente, desde los catorce años, tenían la capacidad de contraer matrimonio. No obstante, dicha norma hoy en día se encuentra derogada gracias a la Ley 2447 de 2025, “*por medio del cual se eliminan todas las formas de uniones tempranas en las cuales uno o ambos contrayentes o compañeros permanentes sean menores de 18 años*”. Por lo que, a buen juicio del legislador, esto ya no es posible. En línea con lo anterior, existen muchas más disposiciones que determinan que los menores de edad no cuentan con la capacidad de ejercer derechos fundamentales, como el derecho al voto, o que cuentan con limitaciones a sus derechos fundamentales, como el libre desarrollo de su personalidad. Lo cual, se da porque el legislador colombiano considera que los menores de edad no cuentan con la madurez mental de realizar todo lo que los mayores de edad tienen permitido hacer o, en su defecto, en aras de proteger sus derechos fundamentales. Por ello, el Código de Infancia y Adolescencia determina que, los menores deben ser protegidos de toda aquella acción que pueda atentar contra sus derechos fundamentales, como lo determina el artículo 20 de este cuerpo normativo,

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

[...]

3. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización.

4. La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad.

[...]

19. Cualquier otro acto que amenace o vulnere sus derechos. (Subraya fuera de texto) (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 20).

A modo de conclusión, todo lo anteriormente expuesto deja claro que, para el legislador colombiano la capacidad de los menores para contraer obligaciones comienza a existir desde que estos cumplen los doce años. Teniendo esto claro, se procede a analizar cómo funciona el consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes a la luz de la normatividad colombiana.

8.3.2 SOBRE LA PATRIA POTESTAD Y LA RESPONSABILIDAD PARENTAL

Bajo el entendido de que, los menores de edad son considerados por el Código Civil colombiano como incapaces absolutos o relativos dependiendo de su edad, procede aclarar que, para la toma de decisiones que conciernen el bienestar y el cuidado de los menores de edad, el artículo 288 de este cuerpo normativo, define la patria potestad de la siguiente manera,

ARTICULO 288. DEFINICION DE PATRIA POTESTAD. La patria potestad es el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar a aquéllos el cumplimiento de los deberes que su calidad les impone. Corresponde a los padres, conjuntamente, el ejercicio de la patria potestad sobre sus hijos legítimos. A falta de uno de los padres, la ejercerá el otro. (CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO, art. 288).

De acuerdo con la anterior definición, los padres tienen el derecho a tomar decisiones sobre la administración de los bienes del menor y el goce sobre su usufructo. Además de esto, los padres tienen el deber de velar por los derechos fundamentales de sus hijos. Por lo que, el Código de Infancia y Adolescencia en sus artículos 14 y 15 determina que,

ARTÍCULO 14. LA RESPONSABILIDAD PARENTAL. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. (Subraya fuera de texto) (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 14).

ARTÍCULO 15. EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES. Es obligación de la familia, de la sociedad y del Estado, formar a los niños, las niñas y los adolescentes en el ejercicio responsable de los derechos. Las autoridades contribuirán con este propósito a través de decisiones oportunas y eficaces y con claro sentido pedagógico. (Subraya fuera de texto) (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 15).

De acuerdo con las anteriores normas citadas, los padres se encuentran obligados y son responsables por *“la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación”* (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1098 de 2006, art. 14). Por ello, es un claro deber de los padres proteger la niñez de sus hijos y cuidar de sus derechos fundamentales como la vida y la salud. En este sentido, los principales guardianes de la salud de los hijos son los padres. Ya que, estos son quienes cuentan con la patria potestad de los menores y con la responsabilidad parental sobre estos. Por esta razón, las cuestiones de salud de los menores, especialmente cuando son procedimientos de elevado riesgo, deben ser primero consultadas y aprobadas por los padres de familia.

8.3.3 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD Y EL CONSENTIMIENTO SUSTITUTO DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

Sobre el consentimiento informado en menores de edad, inicialmente, es necesario precisar que el Código de Ética Médica, dispuesto por la Ley 23 de 1981, dispone en sus artículos 14 y 15 lo siguiente,

ARTÍCULO 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 23 de 1981, arts. 14 y 15).

En los casos de menores de edad, independientemente de si estos son considerados incapaces absolutos o relativos, los médicos solo pueden realizar procedimientos quirúrgicos en menores con la autorización de sus padres. Adicional a esto, el Código de Ética Médica determina que, todos los procedimientos médicos deben ser explicados al paciente o a sus cuidadores. Esto, incluyendo los riesgos y consecuencias que puede implicar el tratamiento.

Lo anterior, es reiterado por la Ley 1751 de 2015, también conocida como la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 10, literal d, el cual determina que,

ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

[...]

d. A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud. (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1751 de 2015, art. 10).

Este artículo determina lo que, la información suministrada por el personal de la salud a los pacientes, independientemente de su edad, debe ser “*clara, apropiada y suficiente*” (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1751 de 2015, art. 10), para que cuando un paciente brinde su consentimiento frente a procedimientos médicos, este se encuentre en la capacidad de “*tomar decisiones libres, conscientes e informadas*” (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1751 de 2015, art. 10) con conocimiento de los riesgos que dichos procedimientos impliquen. Estas características de la información sobre procedimientos médicos son lo requerido para que una persona brinde su consentimiento de manera informada, libre y cualificada.

Ahora bien, la Resolución 309 de 2025 del Ministerio de Salud, en su artículo 3, numerales 3.3, 3.4 y 3.5 regula de manera específica el consentimiento informado cuando se trata de menores de edad, dividiéndolo en tres categorías, la cuales son las siguientes:

3.3. ASENTIMIENTO PEDIÁTRICO: Se entiende como la manifestación informada, libre, voluntaria que emiten niñas, niños, y adolescentes, de aceptar que dé lugar un acto asistencial. El asentimiento informado, es resultado del proceso de información realizado conforme su nivel de desarrollo acerca de la naturaleza de su condición, y busca promover el ejercicio a la autonomía progresiva y contextual para participar en los procesos de toma de decisiones en salud y enfermedad que le afectan, promoviendo su capacidad moral y desarrollo emocional. Tiene como objeto solicitar una expresión de la voluntad del paciente para aceptar el cuidado propuesto. El asentimiento pediátrico, puede ser evaluado por medio de la identificación de la comprensión del paciente acerca de la situación y de los factores que influyen en su respuesta.

3.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO PEDIÁTRICO: Se comprende como la manifestación informada, libre, y voluntaria e informada para que dé lugar un acto asistencial por parte del adolescente de 14 años o más, tras la adecuada provisión de información incluyendo la naturaleza de la enfermedad o la condición, la naturaleza de los pasos del diagnóstico y tratamiento propuestos, y las probabilidades de éxito. Así como los riesgos involucrados y la existencia de los potenciales beneficios de los tratamientos alternativos recomendados, incluyendo la opción de no tratamiento.

3.5. CONSENTIMIENTO SUSTITUTO: Es la manifestación informada, libre, y voluntaria para que dé lugar un acto asistencial por parte de quienes se encuentran en ejercicio de los derechos de patria potestad en los casos en los cuales el niño, niña o adolescente no pueda participar en el proceso de toma de decisiones, dar su asentimiento o consentimiento, por razones de derivadas del no desarrollo de su autonomía progresiva y contextual o debido a su condición clínica. El consentimiento sustituto, no se traduce en un poder absoluto y en la toma de decisiones en salud. A través de este, el niño, niña o adolescente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés, esto es con el fin de garantizar el ejercicio y el goce efectivo del derecho a la salud y mejorar sus condiciones de salud hacia el futuro. (Subraya fuera del texto original) (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 3, num. 3.3, 3.4 y 3.5).

De acuerdo con estas definiciones, se entiende que el consentimiento informado pediátrico solo puede brindarse por adolescentes de catorce años en adelante. Por lo que, antes de esta edad, lo que brinda un menor es su asentimiento informado frente a procedimientos médicos, el cual consta de la *“expresión de la voluntad del paciente para aceptar el cuidado propuesto”* (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 3, num. 3.3). Sobre esto, es importante resaltar que, a pesar de que de acuerdo con los artículos 34, 1502 y 1504 del Código Civil, bajo la lectura y precisiones hechas posteriormente por el artículo 3 de la Ley 1098 de 2006 y el párrafo del artículo 53 de la Ley 1306 de 2009, los niños

y niñas menores de doce años no cuentan con la capacidad para obligarse y son considerados incapaces absolutos. Sin embargo, aparentemente, estos si tienen la potestad de asentir a que se les realicen procedimientos médicos sin necesidad de que se ejerza el consentimiento sustituto por sus padres o cuidadores. No obstante, la Resolución 309 de 2025 también indica que, cuando se trata de *“actos asistenciales de alto riesgo [...] se deberá tener en cuenta el asentimiento informado de la niña, el niño o el adolescente, y quienes estén en ejercicio de los derechos de patria potestad tendrán responsabilidad en la toma de decisiones”* (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 4, num. 4.5)

En línea con lo anterior, el Ministerio de Salud, también determina que, en los casos en los cuales un menor de edad no tiene forma de *“dar su asentimiento o consentimiento, por razones de derivadas del no desarrollo de su autonomía progresiva y contextual o debido a su condición clínica”* (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 3, num. 3.5), sus padres o cuidadores, en ejercicio de su derecho a la patria potestad, pueden otorgar su consentimiento sustituto siempre en aras de velar por los derechos a la salud y la vida de los menores que se encuentran a su cargo.

En el numeral 3.2 del artículo 3 de esta misma resolución del Ministerio de Salud, también se desarrolla lo que se entiende por autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes cuando se trata de brindar su consentimiento frente a procedimientos médicos. Este determina lo siguiente,

3.2. AUTONOMÍA PROGRESIVA Y CONTEXTUAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD: [...]
La autonomía en el caso de niños, niñas y adolescentes es progresiva y contextual, y al mismo tiempo tiene carácter relacional, se desarrolla gradualmente, de acuerdo con el contexto individual, la decisión a tomar y las relaciones con los adultos que promueven la provisión de información y promoción de la participación, permitiéndoles desempeñar la tarea de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y asumir las responsabilidades de las decisiones. La autonomía progresiva y contextual está íntimamente relacionada con la capacidad mental del individuo para la toma de decisiones, por lo que para el caso de niños, niñas y adolescentes se reconoce desde factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad. Requiere de la provisión de Información, esto es información clara, suficiente y verificable, de la comprensión de esta y de la promoción de la participación de modo que permita la libre escogencia. (Subraya fuera de texto) (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 3, num. 3.2)

La definición que entrega el Ministerio de Salud con respecto a la autonomía progresiva es vaga, de carácter amplio y poco específica. Ello, teniendo en cuenta que, depende del contexto en el que se desarrolle cada menor y se basa en sus interacciones sociales, desarrollo cognitivo y experiencias anteriores. Por lo que, su aplicación en aras de encontrar validez en el consentimiento informado de un menor de edad, lo cual es un elemento esencial para la realización de procedimientos médicos de carácter invasivo, peligroso e irreversible, como lo son

procedimientos de reasignación de sexo, resulta difícil de justificar. Como consecuencia de esto, pueden configurarse de manera inequívoca vicios en el consentimiento de los niños, niñas y adolescentes con disforia de género que desean someterse a dichos procedimientos.

Ahora bien, en la Resolución 309 de 2025, el Ministerio de Salud determina que, cuando se tratare de procedimientos médicos de alto riesgo, como lo son los procedimientos de reasignación de sexo, por su carácter irreversible e invasivo, *“se deberá tener en cuenta el consentimiento informado pediátrico por parte del adolescente de 14 años o más”* (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 4, num. 4.8). Además de que, *“podrán ser estos quienes tendrán la responsabilidad en la toma de decisiones”* (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, art. 4, num. 4.8). En este sentido, el Ministerio de Salud deja claro que, la opinión de los padres sobre las decisiones que toman los menores de edad de catorce años en adelante sobre su salud, en casos en los cuales se trata de procedimientos que pueden afectar sus derechos fundamentales a futuro, no tiene ningún tipo de relevancia.

Como resultado de lo anterior, con respecto a procedimientos médicos en adolescentes de catorce años o más, la patria potestad no tiene ningún peso sobre la decisión. Debido a esto, el Ministerio considera que el,

Consentimiento informado firmado por el adolescente de 14 años [...] documento con validez jurídica, donde se registra el proceso de información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente del adolescente de 14 años. (COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 309 de 2025, Anexo técnico, art. 13).

Finalmente, es imprescindible recordar que la jurisprudencia constitucional ha establecido que el reconocimiento de la identidad de género como derecho fundamental debe acompañarse de la configuración de un consentimiento libre, informado y cualificado en el menor para acceder a cualquier procedimiento médico. Por lo cual, entendiendo que la Resolución 309 de 2025 del Ministerio de Salud, encuentra su fundamento en decisiones de la Corte Constitucional, también es neurálgico precisar que la Corte en sus decisiones le dio primacía a los principios indubio pro familia y de interés superior del menor. Motivo por el cual, adquiere especial relevancia considerar las limitaciones cognitivas y emocionales propias del desarrollo evolutivo de los menores de edad, que comprometen su capacidad para otorgar un consentimiento plenamente informado sobre procedimientos médicos invasivos e irreversibles como los son los de reasignación de sexo.

8.4 LOS ACUERDOS INTERNACIONALES, LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS COLOMBIANAS Y SU RELACIÓN CON LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

8.4.1 ACUERDOS INTERNACIONALES

Las decisiones jurídicas y gubernamentales que son tomadas en Colombia están, en muchos casos, directamente influenciadas por las instituciones internacionales de las que Colombia es parte. Así las cosas, *“Colombia es miembro fundador de las Naciones Unidas y desde su admisión el 5 de noviembre de 1945, ha protagonizado importantes papeles dentro del Sistema”* (NACIONES UNIDAS, s.f.), y como Estado miembro debe aceptar las obligaciones consagradas en la Carta de las Naciones Unidas de acuerdo al artículo 4 de este documento, *“podrán ser Miembros de las Naciones Unidas todos los demás Estados amantes de la paz que acepten las obligaciones consignadas en esta Carta”* (NACIONES UNIDAS, 2025).

Entre los años 1975 y 1995 fueron celebradas las Cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer; en 1975 fue celebrada la primera conferencia mundial sobre la mujer en la Ciudad de México, esta tuvo como enfoque el definir *“un plan de acción mundial para la consecución de los objetivos del Año Internacional de la Mujer”* (ONU MUJERES, s.f). Para el año 1980, fue celebrada en Copenhague la segunda conferencia mundial, esta vez bajo el nombre de Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, *“la Conferencia tenía por objetivo examinar los avances realizados hacia el cumplimiento de los objetivos de la primera conferencia mundial, especialmente de los relacionados con el empleo, la salud y la educación”* (ONU MUJERES, s.f.); en 1985 fue celebrada en Nairobi la tercera conferencia mundial, denominada Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, su enfoque recayó sobre *“las medidas que deberían adoptarse para lograr la igualdad de género a nivel nacional y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo”* (ONU MUJERES, s.f.). A diferencia de los reportes que contenían toda la información relativa a las decisiones tomadas en Ciudad de México y en Copenhague, fue dentro del reporte realizado en Nairobi donde, por primera vez, apareció el uso del término “género” (NACIONES UNIDAS, 1985).

Fue así como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, organizada por la ONU en Beijing en el año 1995, y considerada la más importante de las cuatro conferencias sobre la mujer celebradas entre 1975 y 1995, añadió con mayor vehemencia el uso de la palabra “género”. Ante esto, ONU Mujeres afirmó que *“la transformación fundamental que se produjo en Beijing fue la adopción del enfoque de género”* (NACIONES UNIDAS, s.f.). Lo anterior, *“con el objeto de garantizar que todas las políticas y programas de los países miembros reflejaran en adelante la perspectiva de género. A partir de este momento se empezó a desligar el género del sexo biológico en la agenda internacional”* (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

Para el año 2006 son publicados los Principios de Yogyakarta, dentro de los cuales son establecidos los *“principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género”* (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Estos 29 principios fueron redactados por un grupo de académicos, jueces, expertos independientes de la ONU y representantes de organizaciones LGTBI, con la intención de que los Estados introduzcan en su legislación los nuevos derechos LGTBI. Este documento es el primero de orden internacional en definir abiertamente la orientación

sexual y la identidad de género como fuentes de derechos especiales. (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

El artículo 3°, correspondiente al derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica, extiende la posibilidad a que los niños puedan solicitar, con base a su identidad de género, el cambio de sus documentos jurídicos para que estos se acomoden a la identidad de género que cada uno considere: *“los Estados adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de cualquier otra índole que sean necesarias para respetar plenamente y reconocer legalmente el derecho de cada persona a la identidad de género que ella defina para sí”* (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2007). Es de señalar que, sin establecer requisitos de edad o limitantes que sean congruentes con el marco jurídico que pretende defender los intereses futuros de los menores, los Principios señalan que los Estados deben,

Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de cualquier otra índole que sean necesarias a fin de asegurar que existan procedimientos mediante los cuales todos los documentos de identidad emitidos por el Estado que indican el género o el sexo de una persona — incluyendo certificados de nacimiento, pasaportes, registros electorales y otros documentos — reflejen la identidad de género profunda que la persona define por y para sí. (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

En lo relacionado al acceso al sistema de salud, el artículo 17 de los Principios de Yogyakarta, sin establecer limitante alguno que evite que los niños sean sometidos a cirugías de reasignación de sexo irreversibles, indica que los Estados *“facilitarán el acceso a tratamiento, atención y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que procuren modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género”* (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2007), abriendo la puerta a que los menores soliciten este tipo de cirugías, sin contar aún con el grado de madurez e independencia suficiente para comprender el impacto permanente y vitalicio de este tipo de procedimientos.

En este mismo orden de ideas, los Principios de Yogyakarta imparten directrices incluso en materia de conciencia y moral pública, exigiendo, mediante su artículo 19, que los Estados aseguren que las *“nociones de orden público, moralidad pública, salud pública y seguridad pública no sean utilizadas para restringir, en una forma discriminatoria, ningún ejercicio de la libertad de opinión y de expresión que afirme las diversas orientaciones sexuales o identidades de género”* (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2007). Ante la gravedad del artículo, sobresale la inclusión de “salud pública” entre las nociones que no pueden ser invocadas para restringir lo que aquellos denominan “diversas identidades de género”. Según se puede evidenciar en el acápite sobre las consecuencias negativas de los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, incluido en el presente trabajo, los procedimientos de reasignación de sexo conllevan serias consecuencias psicológicas y físicas, en muchos casos de carácter irreversible. Resulta indudable que los demostrados impactos negativos de dichos procedimientos en niños deben ser valorados dentro del marco de la salud pública, puesto que no solo está en juego la integridad de ciudadanos protegidos por la Constitución, sino también la protección especial que corresponde a los menores.

Los Principios de Yogyakarta fueron presentados por sus redactores al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, donde números países y representantes de organizaciones plurinacionales manifestaron su rechazo al documento. Sin embargo *“los Principios de Yogyakarta, aunque no legalmente vinculantes, se convirtieron pronto en una referencia muy útil para parlamentarios y otros actores relevantes y en una importante fuente de interpretación de la legislación internacional”* (PARLAMENTARIOS PARA LA ACCIÓN GLOBAL, 2018).

A nivel nacional, particularmente en el proyecto de acuerdo No. 126 de 2009 de la ciudad de Bogotá, D.C., fueron incluidos los Principios de Yogyakarta dentro de la exposición de motivos y las razones que impulsaron el proyecto: *“a su vez, en marzo de 2007 en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en Ginebra se adoptaron “Los principios de Yogyakarta””* (CONCEJO DE BOGOTÁ, 2009). Los proponentes del proyecto de ley afirmaron que los Principios de Yogyakarta fueron adoptados por la ONU, sin embargo, esto es falso, la fecha que ellos citan no corresponde a su fecha de adopción por la ONU, sino a la fecha en la que fueron presentados ante la ONU,

Los Principios de Yogyakarta fueron presentados, como una carta global para los derechos LGBT, el 26 de marzo de 2007 ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Ginebra. Estos principios no han sido adoptados por los Estados en un tratado, y por tanto no constituyen, por sí mismos, un instrumento vinculante del Derecho internacional de los derechos humanos. (DEFENSORÍA DEL PUEBLO CABA, 2017).

Los proponentes del proyecto de ley afirmaron un supuesto normativo inexistente pues los Principios de Yogyakarta no han sido aprobados por la ONU. Pese a la incorrecta afirmación de los proponentes, el proyecto fue elevado a acuerdo el 1 de abril de 2009,

Por medio del cual se establecen lineamientos de política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas -LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones. (CONCEJO DE BOGOTÁ, 2009).

Pese a la negativa por parte de Naciones Unidas de incorporar y adoptar los Principios de Yogyakarta, es un hecho que sí cuentan con múltiples resoluciones enfocadas en las cuestiones asociadas a la identidad de género; por ejemplo, el 7 de junio de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución AG/RES. 2653 (XLI-O/11), mediante la cual resolvió, entre otras cuestiones, *“alentar a los Estados Miembros a que, dentro de los parámetros de las instituciones jurídicas de su ordenamiento interno, consideren la adopción de políticas públicas contra la discriminación contra personas a causa de orientación sexual e identidad de género”* (NACIONES UNIDAS, 2011).

Tan solo unos días más tarde, 14 de julio de 2011, el Consejo de Derechos Humanos pidió al Alto Comisionado de las Naciones Unidas que encargue la realización de un estudio en todo el mundo que tenga como intención el *“documentar las leyes y prácticas discriminatorias y los actos de*

violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género” (NACIONES UNIDAS, 2011). Para Colombia es relevante esta resolución, toda vez que comienza a ser evidente la intención de las Naciones Unidas de dar uso al derecho internacional de cara a influir sobre la situación asociada a la identidad de género en todos los países del mundo y de esta manera identificar *“la forma en que la normativa internacional de derechos humanos puede aplicarse para poner fin a la violencia y a las violaciones conexas de los derechos humanos motivadas por la orientación sexual y la identidad de género”* (NACIONES UNIDAS, 2011).

El 4 de mayo de 2015, Naciones Unidas expide una serie de recomendaciones para sus Estados miembro, entre estas, se encuentran las siguientes,

- a. Promulguen leyes sobre los delitos motivados por prejuicios que establezcan la homofobia y la transfobia como factores agravantes a los efectos de la determinación de las penas;
- b. Prohíban la incitación al odio y la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género, y exijan responsabilidades a quienes pronuncien esos discursos de odio;
- [...]
- i. Expedir, a quienes los soliciten, documentos legales de identidad que reflejen el género preferido del titular, eliminando los requisitos abusivos, como la esterilización, el tratamiento forzado y el divorcio;
- j. Financiar campañas públicas de educación contra las actitudes homofóbicas y transfóbicas, y combatir la difusión de imágenes negativas y estereotípicas de las personas LGBT en los medios de comunicación; (NACIONES UNIDAS, 2015).

Naciones Unidas se refiere a la *transfobia, homofobia y discursos de odio*, como actos que deben ser considerados agravantes punitivos y/o delitos; sin embargo, al no precisar o definir el alcance de estos términos, deja una alta ambigüedad y vaguedad jurídica que abre la puerta a una arbitraria interpretación de esta terminología y posterior persecución jurídica de personas que no comulgan con las tesis planteadas por las diferentes asociaciones LGBT; por ejemplo, para el año 2022, *“Paivi Räsänen, política finlandesa cristiana, declaró públicamente por medio de Twitter y Facebook que practicar la homosexualidad era pecado desde un punto de vista bíblico. Fue acusada de incitación al odio e investigada por la fiscalía”* (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

En sintonía con lo anterior, se presentó en España un caso de persecución mediática y jurídica por parte de sectores feministas, así como de militantes políticos de la izquierda española contra Carola López Moya, quien – curiosamente – es psicóloga, feminista y de izquierda, por haber afirmado que *“las cirugías de reasignación de sexo son un negocio que se lucra del malestar que produce el género”* (LOPEZ, 2022). La anterior afirmación fue acompañada por una notoria oposición a la intervención médica en lo relativo a procedimientos de reasignación de sexo: *“si alguien está a disgusto con su cuerpo, lo lógico es ayudarlo a aceptarse con la mínima invasión posible”* (LOPEZ, 2022). Como respuesta a las afirmaciones anteriores, la Asociación de Transexuales de Andalucía y la Asociación Española Contra las Terapias de Conversión, tomaron acciones legales, y según relata Juan Ruiz Sierra, periodista español, *“López Moya es la primera persona en toda España a la que se le abre un expediente sancionador por promocionar*

presuntamente terapias de conversión a personas trans” (RUIZ, 2022). Dejando ver que presentar oposición a los procedimientos de reasignación de sexo comienza a ser visto por un sector de la población española como un delito, lo cual, además de su utilidad como argumento a la problemática que representa la ambigua prohibición a la *transfobia, homofobia* y los *discursos de odio*; también debe llamar la atención dentro del contexto colombiano, si consideramos la influencia cultural y jurídica que ha tenido y tiene España sobre Colombia.

8.4.2 INSTITUCIONES INTERNACIONALES DEL SECTOR SALUD

Por su parte, las instituciones internacionales vinculadas al sector de salud también han presentado cambios en la forma que son interpretadas las cuestiones relativas a la identidad de género, es de recordar que *“Colombia forma parte de la OMS desde el 14 de mayo de 1959”* (CANCILLERÍA DE COLOMBIA, 2015). Tomando en cuenta lo anterior, el documento conocido como ICD-10 (*International statistical Classification of Diseases*), coordinado por la Organización Mundial de la Salud como principal autoridad médica a nivel internacional, hasta 2019 clasificó por categorías todas las enfermedades conocidas a nivel mundial. Dentro de estas enfermedades fueron incluidos en la sección (F64) los desórdenes asociados a la identidad de género; en su interior se encuentra el transexualismo (F64.0), los trastornos de identidad de género en la infancia (F64.2) y trastorno de maduración sexual (F66.0):

Transexualismo: Un deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, normalmente acompañado de una sensación de incomodidad o de inadecuación respecto al propio sexo anatómico, y de un deseo de someterse a cirugía y tratamiento hormonal para hacer que el cuerpo sea lo más congruente posible con el sexo preferido. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016, F64.0)

Trastorno de identidad de género en la infancia: un trastorno que generalmente se manifiesta primero durante la niñez temprana (y siempre mucho antes de la pubertad), caracterizado por una angustia persistente e intensa respecto al sexo asignado, junto con el deseo de ser (o la insistencia en que se es) del otro sexo. Existe una preocupación persistente por la vestimenta y las actividades del sexo opuesto y una repudia al propio sexo. El diagnóstico requiere una alteración profunda de la identidad de género normal; el simple comportamiento de ‘marimacho’ en las niñas o de comportamiento afeminado en los niños no es suficiente. Los trastornos de identidad de género en personas que han alcanzado o están entrando en la pubertad no deben clasificarse aquí, sino en F66. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016, F64.2)

Trastorno de maduración sexual: el paciente sufre de incertidumbre acerca de su identidad de género o su orientación sexual, lo que provoca ansiedad o depresión. Esto ocurre con mayor frecuencia en adolescentes que no están seguros de si su orientación es homosexual, heterosexual o bisexual, o en personas que, después de un período de orientación sexual aparentemente estable (a menudo dentro de una relación de larga duración), descubren que su orientación sexual está cambiando. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016, F66.0)

Sin embargo, el ICD-10 fue reemplazado por el ICD-11, hasta ahora vigente, mediante el cual se dio un cambio radical a la categorización del transexualismo, el trastorno de identidad de género y el trastorno de maduración sexual, toda vez que fueron excluidos de la categoría de “*trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo*” para ser ingresados a la categoría de *condiciones relacionadas con la salud sexual* bajo el nombre de *incongruencia de género en la adolescencia o la adultez*” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2025), “*lo que supone la despatologización de las personas trans*” (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Y, por supuesto, las decisiones de la principal autoridad en materia de salud del mundo cuentan con un alto grado de influencia, por lo que es de esperarse que toda decisión que tome un organismo internacional causará cambios y modificaciones a los sistemas y las decisiones de los Estados sobre los que esta institución tiene autoridad.

En materia psicológica, el DSM-4 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, la más influyente a nivel internacional, clasifica dentro de la categoría de trastorno al trastorno de identidad sexual de la siguiente manera:

Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo (Criterio A). Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo (Criterio B). El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) (Criterio C). Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).

En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas. Les gusta especialmente jugar a mamá y papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan a papá y mamá, estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser

una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas. Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina.

Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Algunas llegan a negarse a ir a la escuela o a reuniones sociales donde sea necesario llevar este tipo de prendas. Prefieren la ropa de niño y el pelo corto; a menudo la gente desconocida les confunde con niños, y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer. Las niñas que padecen este trastorno rehúsan en ocasiones orinar sentadas en la taza del water. Pueden explicar que poseen o que se dejarán crecer un pene y rechazan los pechos o la menstruación. Pueden también asegurar que crecerán para ser un varón. Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, los sueños y las fantasías. (ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, 1995).

Sin embargo, la Asociación Americana de Psiquiatría para el año 2013 publicó el DSM-5, en este, clasifica como disforia de género a lo que previamente llamaron trastorno de identidad sexual, al respecto señalaron que *“la disforia de género, como término descriptivo general, se refiere a la insatisfacción afectiva/cognitiva de un sujeto con el género asignado”* (ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, 2014).

8.4.3 COLOMBIA DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO: ESCASA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL Y RESPALDO PREDOMINANTE A PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y HORMONALES

En Colombia, el registro civil es, probablemente, el documento más importante para todo colombiano desde su nacimiento. Mediante el registro civil se puede certificar la existencia de una persona y así reconocer sus derechos y deberes como ciudadano colombiano. Es el *“instrumento que de manera detallada y fidedigna deja constancia de todos los hechos relativos a la identidad, filiación y estado civil de las personas, desde que nacen hasta que mueren”* (REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, s.f.). En este orden de ideas, el registro civil es indispensable para todo colombiano. A raíz del decreto 1227 de 2015 comenzó a implementarse la posibilidad de cambiar, por razones asociadas a la identidad de género, el componente sexo en el Registro Civil. La implementación de este cambio implica que el Estado colombiano, de cara a que dicho reconocimiento esté garantizado, y no conste de una mera superficialidad documental, deberá ajustar la prestación de los servicios que presta a aquella persona que solicitó el cambio del componente sexo en su documentación para que dicha prestación de servicios sea congruente

con el cambio realizado; por ejemplo, como ocurriría dentro del sistema pensional o el servicio militar, donde existen presupuestos y requisitos diferenciados para hombres y mujeres.

Por supuesto, si la modificación del documento más importante de todo colombiano es permitida ¿Qué otras modificaciones no estarán permitidas? Y ¿están estas modificaciones disponibles para menores de edad? El decreto 1227 de 2015, en apariencia, restringe la posibilidad de cambio exclusivamente para mayores de edad, pues mediante la modificación introducida, quedó en firme que es necesaria la presentación de la cédula de ciudadanía – documento disponible exclusivamente para mayores de edad – para poder realizar la solicitud de cambio del componente sexo dentro del registro civil.

En lo relacionado a los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, la Resolución No. 309 de 2025, expedida por el Ministerio de salud y protección social entregó indicaciones frente a los actos asistenciales, es decir, frente a los *“actos del talento humano en salud mediante los cuales se trata la prestación directa de servicios médicos”* (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2025).

Todo el proceso de información que se presente a niñas, niños y adolescentes relacionada con este tipo de actos asistenciales, debe estar debidamente soportada en evidencia científica sobre sus efectos, consecuencias, así como el impacto sobre su sexualidad, y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. De igual forma, en lo posible debe ser adelantado por profesionales capacitados para la atención y el cuidado de personas con identidad de género no conforme o trans, y diversidades, que permitan un proceso de información que garantice los derechos a ser escuchados, de opinión y participación en un entorno seguro que promuevan el desarrollo de la autonomía contextual y progresiva. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2025)

El proceso de información debe incluir a quienes están en ejercicio de los derechos de patria potestad y debe orientarse a promover el mejor interés del menor. Para el caso de actos asistenciales específicos como medidas farmacológicas de pausa de la pubertad, inicio de terapias hormonales, se deberá contar con evaluaciones objetivas y subjetivas para la evaluación de habilidades para la toma de decisiones, teniendo en cuenta la decisión particular y los efectos conocidos de las terapias hormonales sobre la fertilidad futura; efectos potenciales de terapias que no están bien estudiadas y son de reversibilidad desconocida así como de las opciones de preservación de la fertilidad y las implicaciones psicosociales de la infertilidad. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2025)

La Superintendencia de Salud, mediante la Circular Externa No. 202415000000011-5 de 2024, entregó instrucciones a los gestores farmacéuticos, entre las cuales incluyeron el *“contar con un stock disponible de medicamentos y tecnologías en salud para el reemplazo hormonal y demás aspectos derivados de la afirmación o reafirmación de género para su entrega a la persona solicitante sin barrera alguna”* (SUPERINTENDENCIA DE SALUD, 2024). Y al año siguiente, el

Gobierno Nacional determinó los requisitos que deben cumplirse para evitar que esta instrucción sea incumplida,

Entre 2025 y 2034, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos desarrollará mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Igualdad y Equidad y otros actores relevantes para el monitoreo, revisión y prevención de posibles casos de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales y de reemplazo hormonal. (COLOMBIA, DOCUMENTO CONPES 4147, 2025).

Y, por si fuera poco, a nivel nacional, el presidente de la República, Gustavo Petro Urrego, al igual que la vicepresidenta Francia Márquez, objetaron la ley *“Mamá, cuentas conmigo”*, destinado a garantizar un kit de apoyo a mujeres embarazadas con la intención de garantizar condiciones mínimas a las mujeres y los recién nacidos. La objeción al Proyecto de Ley No. 158 de 2022, por parte del Gobierno Nacional, presentó como principal argumento su oposición *“a la frase “mujeres gestantes” en lugar de “personas gestantes”, lo que a su juicio excluye el enfoque de género”* (EL ESPECTADOR, 2022). El argumento presentado en la objeción anterior aparenta ser un eco de los comentarios de Abigail Favale – Incluidos en el acápite de antecedentes –, particularmente cuando afirmó *“he visto permutaciones similares en otros lugares: “personas con cuello uterino”, “alimentadores de pecho”, “progenitores que dan a luz”, verdaderas acrobacias lingüísticas para hablar de cuerpos femeninos sin usar el término “mujer””* (FAVALE, 2022, p. 122). Este caso da cuenta de cómo las posturas influenciadas por el paradigma de género han llevado al detrimento de sectores vulnerables como las mujeres gestantes de bajos recursos, quienes ahora encuentran opositores a los proyectos de ley que las benefician.

8.4.4 DEL ACCESO AMPLIO A LA RESTRICCIÓN: ANÁLISIS POLÍTICAS INTERNACIONALES SOBRE REASIGNACIÓN DE SEXO Y LA PREVALENCIA DE ENFOQUES TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS

Ante el indiscutible interés por parte del Gobierno Nacional de facilitar el acceso a los medicamentos que pretenden el bloqueo del natural desarrollo del cuerpo humano, sería de bastante utilidad que los funcionarios que se encuentran a cargo de las instituciones de salud colombianas, así como los legisladores, conocieran la experiencia acumulada por países como Inglaterra, Noruega, Suecia y Finlandia.

Para el caso de Inglaterra, se conoció que fue cerrada la clínica que durante más de 20 años fue utilizada para tratar a niños en sus procesos de reafirmación de sexo, una vez aumentaron las denuncias por efectos negativos en las personas que recibieron medicamentos de reemplazo hormonal y bloqueadores de pubertad: *“La clínica Tavistock, también conocida como el Servicio de Desarrollo de Género e Identidad (GIDS), fue fundada en 1989 con el objetivo de ayudar a niños, niñas y jóvenes que tenían dificultades con su identidad de género”* (Traducido al español) (SLATER GORDON LAWYERS, s.f.).

En los 35 años de historia de la clínica, ha tratado a más de 9.000 niños por disforia de género, pero existen preocupaciones de que posiblemente cientos de personas, menores

de 17 años, fueron apresuradas a tomar hormonas, comúnmente conocidas como 'bloqueadores de la pubertad', sin una terapia adecuada previa. (Traducido al español) (SLATER GORDON LAWYERS, s.f.).

Los procedimientos para obtener el consentimiento a estos tratamientos potencialmente que cambian la vida fueron inadecuados, y muchos de estos niños, explicaron los miembros del personal, eran vulnerables. Muchos eran autistas. Muchos habían sido víctimas de acoso, en algunos casos después de declararse homosexuales. La mayoría no era feliz. Estos niños tenían vidas complicadas, y a veces habían sufrido abusos o traumas horrendos. Pero esto no siempre se exploraba adecuadamente antes de remitirlos para recibir medicación. (Traducido al español) (THE GUARDIAN, 2024).

Las dificultades presentadas tuvieron repercusiones legales, fue reportado lo siguiente,

La clínica Tavistock se enfrenta a acciones legales por un posible incumplimiento de su deber de cuidado. Niños pequeños podrían haber sufrido daños durante una etapa extremadamente vulnerable de sus vidas, al ser obligados a tomar bloqueadores de la pubertad (recientemente clasificados como fármacos experimentales) y realizar la transición a una edad temprana sin la debida consideración por su bienestar a largo plazo. Los tratamientos son permanentes y pueden causar daños irreversibles a la fertilidad y el desarrollo. (Traducido al español) (SLATER GORDON LAWYERS, s.f.).

Laura Preston, abogada principal especializada en negligencia médica, quien trabajó en el caso de Paterson tanto durante el litigio inicial como de forma continua, habló sobre esto en una entrevista con iNews. Dijo: "Es ciertamente muy preocupante que haya un número significativo de pacientes que han pasado por esta clínica y reportado situaciones similares". (Traducido al español) (SLATER GORDON LAWYERS, s.f.).

Tras conocerse los anteriores hechos, salió a la luz el informe realizado por la Doctora Hilary Cass, *"La Cass Review fue una revisión independiente de los servicios de identidad de género del NHS para niños, niñas y jóvenes, encargada por NHS England en 2020. El informe final de esta revisión se publicó en abril de 2024"* (traducido al español) (NHS, 2024), este documento nació con la intención de aportar conclusiones y recomendaciones al *National Health Service* del Reino Unido, indicando cómo debería ser una adecuada administración de los procedimientos de reasignación de sexo dentro del sistema de salud.

En el debate público se afirma que es un acto de empatía con las personas transexuales y su bienestar el apoyar y facilitar su acceso a medicamentos y tratamientos, sin embargo, dentro del informe Cass se afirmó que, *"se ha sugerido que el tratamiento hormonal reduce el riesgo elevado de muerte por suicidio en esta población, pero la evidencia encontrada no respaldó esta conclusión"* (Traducido al español) (CASS, 2024, p.33). Así mismo, sobre los resultados asociados al consumo de medicamentos y hormonas se confirmó que *"no se demostraron cambios en la disforia de género ni en la satisfacción corporal"* (Traducido al español) (CASS, 2024, p.32).

En el mismo sentido se afirmó que, *“la evidencia sobre los efectos de la supresión de la pubertad en el bienestar psicológico o psicosocial, el desarrollo cognitivo, el riesgo cardio metabólico o la fertilidad fue insuficiente o inconsistente”* (Traducido al español) (CASS, 2024, p.32), indicando que los procedimientos que estaban llevándose para los pacientes, carecían de respaldo científico. Por las razones anteriores, múltiples recomendaciones fueron hechas, *“la base de evidencia que sustenta las intervenciones médicas y no médicas en esta área clínica debe mejorarse”* (Traducido al español) (CASS, 2024, p.35). También, fue recomendado elevar los requisitos para poder acceder a tratamiento médico, pues consideraron que existen situaciones en las que un procedimiento terapéutico, y no un tratamiento médico, es más adecuado. Sobre esto indicaron que *“la incongruencia de género de larga duración debería ser un requisito esencial para el tratamiento médico, pero es solo un aspecto a considerar al decidir si una vía médica es la opción adecuada para una persona”* (Traducido al español) (CASS, 2024, p.35).

En lo relacionado a proporcionar hormonas a niños y menores de edad, la recomendación realizada por Cass fue concluyente, sugiriendo que se trata de un tema tan delicado y, por esta razón, no deben suministrarse hormonas a menores de 16 años, y a partir de los 16 años solo es aceptable mediante una extrema precaución, según afirmó,

NHS England debería revisar la política sobre las hormonas masculinizantes/feminizantes. La opción de proporcionar hormonas masculinizantes/feminizantes a partir de los 16 años está disponible, pero la Revisión recomendaría una extrema cautela. Debería existir una justificación clínica clara para administrar hormonas en esta etapa en lugar de esperar hasta que la persona cumpla 18 años. (Traducido al español) (CASS, 2024, p.35).

Con base en lo anterior, el informe Cass sugiere la importancia de no aceptar los procesos hormonales de transición de género en niños, niñas y adolescentes, de hecho, señala también que *“a todos los niños se les debería ofrecer asesoramiento y preservación de la fertilidad antes de iniciar una vía médica”* (Traducido al español) (CASS, 2024, p.35). Considerando que, los procesos hormonales cuentan con graves efectos en la fertilidad, y que en muchos casos el acompañamiento psicológico es más efectivo que cualquier tratamiento médico. En consecuencia, lo psicológico debe priorizarse sobre lo médico.

La revisión sistemática de intervenciones psicosociales reveló que la baja calidad de los estudios, la información deficiente sobre los detalles de las intervenciones y la amplia variación en los tipos de intervenciones investigadas impidieron determinar la eficacia de las diferentes intervenciones para niños y jóvenes con disforia de género. (CASS, 2024, p.30).

A pesar de ello, sabemos que muchas terapias psicológicas cuentan con una sólida base empírica para el tratamiento de afecciones comunes en este grupo, como la depresión y la ansiedad en la población general. Por ello, es fundamental comprender la gama

completa de necesidades y garantizar que estos jóvenes tengan acceso a las mismas intervenciones útiles basadas en la evidencia. (CASS, 2024, p.30).

Además de tratar las afecciones coexistentes, el enfoque en el uso de bloqueadores de la pubertad para controlar la angustia relacionada con el género ha eclipsado la posibilidad de que otros tratamientos con base científica puedan ser más efectivos. El objetivo de la intervención psicosocial no es cambiar la percepción de la persona sobre sí misma, sino trabajar con ella para explorar sus preocupaciones y experiencias y ayudarla a aliviar su angustia, independientemente de si posteriormente opta por un tratamiento médico. (CASS, 2024, p.31).

Así las cosas, los dos grandes señalamientos del informe fueron; en primer lugar, desaconsejar el uso de hormonas y; en segundo lugar, recomendar la asistencia psicológica y terapéutica antes que los procedimientos médicos. Para las instituciones colombianas es relevante conocer los hallazgos obtenidos por parte de países que previamente ya han experimentado los resultados negativos de la aplicación de hormonas, bloqueadores de pubertad o el inicio de procedimientos en menores; también es relevante que conozcan que como consecuencia final para la Clínica Tavistock, en 2024, el NHS tomó la decisión de cerrar la clínica,

El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) cerró de forma controlada el Servicio de Desarrollo de la Identidad de Género (GIDS) del Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. Como parte de esto, la lista de espera se transfirió temporalmente al NHS de Inglaterra mientras se establecían nuevos servicios. (Traducido al español) (GOV.UK, 2024).

Y, por si fuera poco, fue prohibido el suministro de bloqueadores hormonales de pubertad, *“las medidas de emergencia existentes que prohíben la venta y el suministro de hormonas supresoras de la pubertad se mantendrán indefinidas, siguiendo el asesoramiento oficial de expertos médicos”* (Traducido al español) (GOV.UK, 2024).

Así las cosas, es relevante contrastar que, mientras el Gobierno Nacional de Colombia y las autoridades sanitarias en Colombia han tomado medidas para garantizar el suministro de hormonas y bloqueadores hormonales, el Reino Unido, que desde 1989 ha tomado acciones para garantizar los procedimientos de reasignación de sexo, recientemente ha tomado la decisión de revertir sus políticas, tomando una postura más prohibicionista, para evitar las consecuencias y los daños que los procedimientos de reasignación de sexo han causado en múltiples pacientes.

Un caso similar fue presentado en Suecia, país conocido por ser el primero en todo el mundo en permitir el cambio legal de sexo y la intervención mediante cirugías, mediante la ley 1972:119 de 1972, el Parlamento Sueco, *Sveriges Riksdag*, dispuso,

En relación con la solicitud de reconocimiento conforme a los §§ 1 o 2, podrá otorgarse permiso para realizar intervenciones en los órganos sexuales con el fin de hacerlos más

semejantes a los del otro sexo. El permiso solo podrá concederse si se cumplen los requisitos para el reconocimiento. (Traducido al español) (SUECIA, LEY 1972:119, Art. 4).

Es relevante conocer que, mediante esta ley, los permisos para realizar intervenciones de los órganos sexuales debían ser considerados por la Agencia Nacional de Salud y Bienestar, *Socialstyrelsen*, de acuerdo con el artículo 5 de la mencionada ley, el cual dictó: “*las solicitudes conforme a los §§ 1, 2, 4 y 4a son examinadas por la Agencia Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen)*” (Traducido al español) (SUECIA, LEY 1972:119, Art. 4). Sin embargo, en el año 2022 fue dado a conocer que *Socialstyrelsen*, la misma institución que se encargaba de llevar las solicitudes de intervención en los órganos sexuales, publicó un documento mediante el cual compartió los descubrimientos médicos asociados a las intervenciones hormonales y quirúrgicas en niños, niñas y adolescentes; a través del cual fueron explícitos en afirmar que los procedimientos hormonales en adolescentes cuentan con más riesgos que beneficios,

A nivel poblacional, es decir, para el conjunto de adolescentes con disforia de género, la Junta Nacional de Salud y Bienestar actualmente evalúa que los riesgos de los tratamientos de supresión de la pubertad y de afirmación de género probablemente superen los beneficios esperados de dichos tratamientos. (Traducido al español) (SUECIA, SOCIALSTYRELSEN, 2022, pág. 16).

En este mismo orden de ideas, cambiaron su enfoque positivo, a un enfoque negativo sobre la aplicación de supresores hormonales en los niños, niñas y adolescentes,

De “debería” a “puede en casos excepcionales”: la revisión de la literatura del SBU de febrero de 2022 señala que, en el caso de adolescentes con disforia de género, existe evidencia insuficiente para evaluar los efectos de la terapia de supresión de la pubertad y de las hormonas cruzadas sobre la mayoría de las medidas de resultado orientadas al paciente (disforia de género, salud psicosocial y calidad de vida). Tampoco es posible evaluar los efectos de estos tratamientos sobre la función cognitiva, las medidas corporales, la composición corporal o el metabolismo. El SBU encuentra cierto apoyo, a nivel poblacional, de que los adolescentes que han recibido tratamiento hormonal de supresión de la pubertad recuperan densidad ósea durante el tratamiento posterior con hormonas cruzadas (estrógeno o testosterona) —aunque con bajo grado de certeza—, pero no es posible determinar si la densidad ósea finalmente se recupera por completo hasta alcanzar un nivel comparable al de los adolescentes de la población general. Para más detalles sobre el estudio, véase el informe del SBU. Aunque el estado de la investigación se ha mantenido en gran medida sin cambios desde que se elaboraron las directrices en 2015, las recomendaciones previamente fuertes y positivas sobre el tratamiento de supresión de la pubertad y de afirmación de género han sido revisadas y convertidas en recomendaciones débiles y negativas. (Traducido al español) (SUECIA, SOCIALSTYRELSEN, 2022, pág. 36).

En lo relacionado a la realización de procedimientos, tales como la mastectomía, ocuparon también una postura negativa, afirmando que los riesgos superan los beneficios:

En la actualidad, no es posible sacar conclusiones definitivas sobre la eficacia y la seguridad de la mastectomía en jóvenes con disforia de género con base en los estudios científicos existentes. Para la población de adolescentes con disforia de género en su conjunto, la Junta Nacional de Salud y Bienestar considera actualmente que los riesgos de la mastectomía probablemente superan los beneficios del procedimiento. (Traducido al español) (SUECIA, SOCIALSTYRELSEN, 2022, pág. 96).

Al respecto, también se pronunciaron aquellas personas que han sido sometidas a procedimientos hormonales y quirúrgicos con la intención de tratar su disforia de género en Suecia: *somos conejillos de indias, el sistema sanitario no sabe lo que hace y actúa sin base científica. Están experimentando con una generación joven que tiene toda la vida por delante.* (Traducido al español) (SWEDEN'S U-TURN ON TRANS KIDS PART 1, 2023, 0:17s).

Por si fuera poco, también se pronunciaron miembros del *Socialstyrelsen* en lo relacionado a la realización de cirugías en menores de 18 años, confesando la falta de conocimiento y los elevados riesgos que conllevan los procedimientos quirúrgicos con miras a la reafirmación de sexo; Thomas Linden, Jefe de departamento de la Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia, afirmó *“es un procedimiento irreversible y no tenemos suficiente evidencia para poder afirmar que es seguro [realizar cirugías genitales en pacientes] con un límite de edad inferior a los 18 años”* (Traducido al español) (SWEDEN'S U-TURN ON TRANS KIDS PART 3, 2023, 10:17min.).

Con esta información, es posible concluir que Suecia, aquel país conocido por ser el primero en permitir en 1972 las cirugías de reasignación de sexo, recientemente ha confesado, mediante la Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia el poco conocimiento que existe sobre estos procedimientos, tanto en su etapa de aplicación hormonal, como en su etapa quirúrgica. Por lo anterior, y ante las graves denuncias realizadas por personas afectadas por esta práctica médica poco conocida, Suecia reversó las recomendaciones sobre estos procedimientos y la administración de salud, señalando que no recomiendan el suministro de hormonas y la realización de cirugías de reasignación de sexo, especialmente en menores de 18 años.

Otro país necesario para el presente análisis es el país nórdico de Finlandia. Allí fueron compartidos los nuevos parámetros que deben seguirse en torno a los procedimientos de reasignación de sexo. A través de estas nuevas políticas identificaron que los procedimientos de reasignación de sexo no mejoran la salud mental de los pacientes que son sometidos a aquellos y, por esta razón, indican que la psicoterapia debe ser el primer tratamiento que se le entregue a todas las personas que manifiestan disforia de género,

En junio de 2020, el Consejo de Opciones para la Atención en Salud de Finlandia (COHERE) emitió nuevas directrices en las que estableció que la psicoterapia debe ser la primera línea de tratamiento para los jóvenes con disforia de género, señalando que una revisión exhaustiva de la evidencia mostró que la evidencia médica para la transición pediátrica es inconclusa y que la reasignación médica de género no era suficiente para

mejorar el funcionamiento de la salud mental. (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

Limitar las hormonas a quienes presenten más de 2 años de dificultades relacionadas con la identidad de género que persistan; no permitir la transición quirúrgica antes de los 18 años. Establecer que el apoyo psicosocial es la primera línea de tratamiento. (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

EL Consejo de Opciones en la Atención de la Salud en Finlandia (COHERE Finlandia), también determinó estrictas limitantes a la aplicación de hormonas en niños, niñas y adolescentes, indicando que,

Con base en una consideración exhaustiva y caso por caso, el inicio de intervenciones hormonales que alteran las características sexuales solo podrá considerarse antes de que la persona cumpla 18 años si puede comprobarse que su identidad como miembro del otro sexo es de naturaleza permanente y causa una disforia grave. Además, debe confirmarse que el joven es capaz de comprender el significado de los tratamientos irreversibles y los beneficios y desventajas asociados a la terapia hormonal de por vida, y que no existan contraindicaciones. (Traducido al español) (SUECIA, COHERE, 2020).

En contraste con el Gobierno Nacional de Colombia y las decisiones de la Corte Constitucional de Colombia en lo relacionado a realización de procedimientos médicos y quirúrgicos de cara a tratar la disforia de género, las autoridades sanitarias en Finlandia fueron tajantes al afirmar que *“los tratamientos quirúrgicos no hacen parte de los métodos de tratamiento para la disforia causada por conflictos relacionados con la identidad de género en menores”* (Traducido al español) (SUECIA, COHERE, 2020). Así plasmaron una postura totalmente negativa a la realización de procedimientos médicos de cara a la reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. Las nuevas políticas sanitarias de Finlandia fueron catalogadas como buenas prácticas por el *U.S. Department of Health and Human Services* en el año 2025. Entre las políticas consideradas como adecuadas sobresalió el que *“las directrices de Finlandia enfatizan que el tratamiento de primera línea para los adolescentes que experimentan malestar relacionado con el género debe ser el apoyo psicosocial y la psicoterapia, y no la intervención médica temprana”* (Traducido al español) (ESTADOS UNIDOS, HHS, 2025).

Los ejemplos no terminan aquí, mientras el gobierno colombiano está adelantando políticas que buscan facilitar el acceso a hormonas y procedimientos de reasignación de sexo, países como Australia, Nueva Zelanda, Dinamarca y Noruega están tomando posturas negativas hacia estos procedimientos, con la intención de salvaguardar la salud física y mental de los ciudadanos que manifiestan tener disforia de género.

Para el caso de Nueva Zelanda y Australia, se encontró un patrón similar a los de Inglaterra, Suecia y Finlandia, toda vez que también aceptaron el poco conocimiento científico que se tiene sobre los procedimientos de reasignación de sexo y sus consecuencias negativas en el largo plazo, también consintieron en que el tratamiento por el cual deben pasar aquellas personas que

manifiesten disforia de género debe ser de naturaleza terapéutica y psicológica, y no farmacológica o quirúrgica, considerando las graves consecuencias que se han experimentado en los pacientes,

El RANZCP (*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* / Real Colegio Australiano y Neozelandés de Psiquiatras) es el primer grupo psiquiátrico en reconocer la falta de investigaciones basadas en evidencia respecto al tratamiento de la disforia de género. (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

En agosto de 2021 publicó su primera declaración de posición sobre las necesidades de salud mental de las personas con disforia de género, señalando la existencia de posturas polarizadas y evidencia mixta sobre las opciones de tratamiento para quienes presentan inquietudes relacionadas con la identidad de género, así como una escasez de evidencia en relación con dichos tratamientos. (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

Hasta que exista evidencia de alta calidad y basada en la investigación sobre las intervenciones endocrinas y quirúrgicas, la psicoterapia exploratoria debe ser el tratamiento de primera línea para los jóvenes que sufren confusión de género, con el fin de explorar todo el espectro de enfermedades mentales, los antecedentes familiares y el contexto en el que ha surgido la disforia de género, para formular una consejería individual personalizada. (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

Para el caso de Dinamarca, en 2023 fue reportado un aumento en las consecuencias negativas de quienes están en proceso de transición, así mismo también aumentó el número de personas que manifiestan el deseo de detransicionar. Adicionalmente, disminuyó aproximadamente en un 90,8% el número de veces que las entidades de salud de Dinamarca ofrecieron a los pacientes iniciar procesos de transición de género,

Para el caso de Dinamarca, “en julio de 2023, el *Journal of the Danish Medical Association* publicó un debate sobre su reticencia a proceder con la transición médica de menores con disforia de género” (traducido al español) (STANDFORD, 2025), nuevamente encontramos un país que en su momento aceptó los procesos de transición de género y, una vez conocidos los efectos, dio marcha atrás. Mediante esta publicación el *Journal of the Danish Medical Association* señaló el aumento en el número de jóvenes con disforia de género que presentan enfermedades psiquiátricas comórbidas (traducido al español) (STANDFORD, 2025), y reiteró la incertidumbre que existe con relación a estos procedimientos. El cambio más relevante en las políticas danesas fue que, conociendo la nueva información relacionada a los elevados riesgos y bajos beneficios asociados a los procesos de transición de sexo, disminuyó pronunciadamente el número de veces que las entidades de salud de Dinamarca ofrecieron a sus pacientes iniciar procesos de transición de sexo: *Dinamarca ofreció tratamiento de transición médica solo al 6% de los pacientes en 2022, en comparación con el 65% de los pacientes en 2018* (traducido al español) (STANDFORD, 2025).

Noruega siguió un camino similar,

En marzo de 2023, la Junta de Investigación de la Atención Sanitaria de Noruega (NHIB/UKOM) declaró que la evidencia sobre las intervenciones transgénero es deficiente y que se conocen poco los efectos a largo plazo, especialmente en la población adolescente que podría estar sufriendo una angustia de género transitoria. (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

Sin embargo, lo más relevante de las decisiones tomadas por las entidades sanitarias de Noruega fue declarar que *“la transición de género en jóvenes se convertirá en una excepción, y dejará de ser un derecho automático cuando los niños afirmen tener disforia de género”* (Traducido al español) (STANDFORD, 2025). Con esta afirmación, acceder a procedimientos de transición de sexo en Noruega dejó de ser un derecho para los niños, de esta manera, Noruega optó por políticas públicas que protegieran a los menores contra los efectos severos, irreversibles, permanentes e invasivos de los procedimientos de reasignación de sexo.

Para continuar dando atención y acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes que manifiestan angustia con su género, las entidades sanitarias de Noruega determinaron que *“la orientación y el apoyo pueden ser eficaces para resolver los conflictos en la identidad de género”* (Traducido al español) (STANDFORD, 2025), toda vez que, estudios realizados en Finlandia y Australia, encontraron elevados índices de ansiedad, depresión, autismo *“o de otros trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes con síntomas de disforia de género”* (Traducido al español) (STANDFORD, 2025). La doctora Michelle K Stanford, MD, afirmó que, entre la población de niños, niñas y adolescentes, *“un estudio en Finlandia encontró que el 26% tenía autismo”* y en Australia fueron reportadas *“altas tasas de trastornos de salud mental comórbidos: ansiedad (63,3%), depresión (62,0%), trastornos de conducta (35,4%)”* (Traducido al español) (STANDFORD, 2025).

8.4.5 RESPUESTAS OFICIALES DE INSTITUCIONES COLOMBIANAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

Tomando en consideración la información anterior, especialmente el cambio de postura de Inglaterra, Suecia, Finlandia, Noruega, Australia y Nueva Zelanda, pasando de una visión positiva sobre los procedimientos de reasignación de sexo en menores, a una visión negativa que se inclina a la no recomendación y la no realización de estos procedimientos, es relevante conocer la postura que sostiene Profamilia en Colombia sobre estos temas. Mediante consulta realizada por los autores de la presente investigación el 8 de agosto de 2025, los autores realizaron la siguiente pregunta, *¿Cuál es la posición oficial de esa entidad frente a los procedimientos médicos o quirúrgicos de reasignación de sexo (también llamados de afirmación o reafirmación de género) en menores de edad?*

La respuesta de Profamilia inició recordando su calidad de institución prestadora de servicios de salud y su sometimiento a la vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, ante esto, aclararon que su posición oficial sobre los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes es la de *“la observancia y el respeto estricto por el*

ordenamiento jurídico colombiano que reconoce y avala, con base en información basada en evidencia, el derecho a la salud de todas las personas incluidas aquellas con identidades de género diversas” (PROFAMILIA, respuesta de Stefanny Prieto a consulta escrita, 28 de agosto de 2025, pág. 2). Por supuesto, para los investigadores del presente trabajo, la afirmación de *“con base en información basada en evidencia”* parece contar con indicios de que es una afirmación incorrecta. Es de recordar que los cambios realizados en los países previamente mencionados, con la intención de limitar o terminar el suministro de hormonas y la realización de cirugías de reasignación de sexo, fue consecuencia de la obtención de nueva evidencia con relación a los elevados riesgos y los bajos beneficios que causan estos procedimientos, lo cual podría indicar que la información con la que cuenta Profamilia se encuentra desactualizada o, en el peor de los casos, la nueva evidencia fue arbitrariamente ignorada.

Para complementar su respuesta, Profamilia indicó que se sujeta a las decisiones que ha tomado la Corte Constitucional mediante sus sentencias relacionadas al acceso al sistema de salud por parte de las personas transexuales,

Así, señala la Corte Constitucional que la salud debe considerarse más allá de la ausencia de enfermedades, resaltando que el derecho a la salud de las personas trans requiere cuidados apropiados y oportunos que reconozcan sus identidades diversas y permitan el acceso a la prestación de salud que requieran para lograr su bienestar. De igual forma, en la Sentencia T-218 de 2022, el Alto Tribunal señaló que la protección del derecho a la salud y la identidad de género implica que el sistema de salud debe brindar un servicio eficaz, oportuno e integral para hacer posible la reafirmación de género, garantizando el derecho al diagnóstico y el consentimiento informado sin discriminación. (PROFAMILIA, respuesta de Stefanny Prieto a consulta escrita, 28 de agosto de 2025, pág. 2)

El sustento normativo aportado por la institución se limitó a sentencias de la Corte Constitucional, y por esto, es especialmente relevante el párrafo anterior, en particular el fragmento que dicta *“la protección del derecho a la salud y la identidad de género implica que el sistema de salud debe brindar un servicio eficaz, oportuno e integral para hacer posible la reafirmación de género”*, toda vez que es un indicio de que esta postura de la Corte Constitucional en favor de la realización de procedimientos de transición de sexo en niños, niñas y adolescentes, se vuelve el principal sustento normativo para las instituciones del sector de la salud en Colombia.

Cuando la entidad fue consultada sobre las evaluaciones, seguimientos, recolección de datos, campañas o estudios sobre la aplicación de tratamientos médicos de afirmación de sexo en menores de edad, su respuesta fue la siguiente: *“No, Profamilia no ha realizado evaluaciones, seguimientos, recolección de datos, campañas o estudios sobre la aplicación de tratamientos médicos de afirmación de género en menores de edad”* (PROFAMILIA, respuesta de Stefanny Prieto a consulta escrita, 28 de agosto de 2025, pág. 5). Seguido de esto, aportaron un enlace (<https://profamilia.org.co/investigaciones/>) mediante el cual es posible conocer las investigaciones realizadas por Profamilia.

Debe señalarse que mediante el enlace anterior no fue posible identificar ningún estudio o investigación que recopilara datos relacionados a las consecuencias o los efectos físicos y psicológicos que generan los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, sí se encuentran investigaciones que insisten en la importancia de facilitar estos procedimientos. De hecho, una investigación realizada por Profamilia para *International Journal for Equity in Health*, señaló que “entre las necesidades más notables de salud sexual y reproductiva que se presentaron, estaban los servicios específicos para personas trans, como la asistencia sensible durante el proceso de transición, las consultas de endocrinología y las cirugías de reafirmación de sexo” (Traducido al español) (CALDERÓN; JARAMILLO, 2020). Lo anterior nos permite concluir que, aunque Profamilia no cuenta con investigaciones, documentos científicos o publicaciones relacionadas a los efectos y consecuencias de los procedimientos de reasignación de sexo, sí consideran como una necesidad para la población trans el acceso a cirugías de reafirmación de sexo que, como ya se ha mencionado, son de carácter irreversible, cuentan con pocos estudios a largo plazo, se desaconsejan en menores de 18 años y crean dependencia a fármacos a quienes se han sometido a estas cirugías. Así las cosas, Profamilia no cuenta con información disponible al público sobre los riesgos asociados a los procedimientos de reasignación de sexo.

Por otro lado, la Arquidiócesis de Medellín fue consultada por los autores de la presente investigación, considerando la influencia que tiene la Arquidiócesis dentro de la población de Medellín, con la intención de conocer su postura sobre los procedimientos de reasignación de sexo. A manera de introducción, Monseñor José Mauricio Vélez García recordó el eje central de la antropología cristiana, el cual ya fue mencionado en el capítulo de antecedentes de la presente investigación,

La sexualidad abraza todos los aspectos de la persona humana, en la unidad de su cuerpo y de su alma. Concieme particularmente a la afectividad, a la capacidad de amar y de procrear y, de manera más general, a la aptitud para establecer vínculos de comunión con otro. (ARQUIDIÓCESIS DE MEDELLÍN, respuesta de Monseñor José Mauricio Vélez García a consulta escrita, 10 de septiembre de 2025).

Adicionalmente, se realizó, entre otras, la siguiente pregunta *¿Cuál es la posición oficial de la Arquidiócesis de Medellín respecto a los procedimientos médicos y quirúrgicos de reasignación de sexo en menores de edad? Su respuesta fue la siguiente,*

No es la Arquidiócesis de Medellín, es la Iglesia toda, que universalmente va a decir no a aquellas pretensiones de quererse cambiar el sexo, máxime, cuando es un menor de edad que no tiene un buen discernimiento, que no cuenta con una madurez que le permita discernir entre el bien y el mal, que no cuenta con la total autonomía para tomar una decisión tan trascendental, donde no hay elementos de juicio, donde no hay planteamientos de fondo, donde no hay formas concretas que vengán a favorecer a la persona frente a estas decisiones que ciertamente van contra natura, lo peor que puede suceder en nuestra sociedad es descargarle a un menor de edad una decisión que será para toda la vida y que por ende se verá acompañado en un futuro de secuelas donde de

manera irresponsable nosotros le estamos entregando a un menor de edad sin el consentimiento de sus padres, con una ley que lo respalda para que le dé un viraje de 180 grados a su vida donde estamos hablando de tomar una decisión de acuerdo a sus emociones, a sus sentimientos o de acuerdo a la injerencia de una cultura, o a los referentes educativos que no siempre están siendo los mejores, aquí estamos de frente a una ideología y esas ideologías lamentablemente nos llevando a una cultura equivocada que la llevamos la cultura autopoiética, es decir, que cada persona tome la decisión que quiera, haga lo que desee y el día de mañana nos vamos a quedar cortos para darle justificación a unas decisiones que ciertamente necesitan de muchos más elementos. (ARQUIDIÓCESIS DE MEDELLÍN, respuesta de Monseñor José Mauricio Vélez García a consulta escrita, 10 de septiembre de 2025).

Lo hasta ahora analizado en el presente capítulo nos ha permitido evidenciar que ha existido una presión internacional para que los procedimientos de reasignación de sexo sean catalogados como derechos, lo cual ha tenido repercusión legislativa en múltiples naciones. Como se vio antes, algunos de los primeros países en permitir estos procedimientos, una vez comenzaron a conocer los impactos negativos que estos generan en los pacientes, comenzaron a dar marcha atrás con la intención de evitar que más personas sigan viéndose afectadas por estos procedimientos intrínsecamente agresivos para el cuerpo. Sin embargo, dentro de Colombia, la implementación de las políticas en favor de la reasignación de sexo no ha tenido motivación legislativa sino judicial, *“la Corte Constitucional se ha vuelto experta en sobrepasar sus competencias y “legislar” a favor de estos nuevos derechos”* (BERNAL; RAMIREZ, 2024). La interpretación que la Corte Constitucional ha dado a los procedimientos de reasignación de sexo es que estos deben ser incluidos dentro del plan de salud de las personas que manifiestan tener inconformidad o angustia sobre su sexo.

8.4.6 ANÁLISIS AL PROYECTO DE LEY TRANS EN COLOMBIA

“La Corte ha instado en múltiples ocasiones al Congreso y al Gobierno para que expida legislación e instrumentos de política pública que solventen las desigualdades que viven las personas con identidades de género diversas” (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Ante esta situación, 41 congresistas, en su mayoría miembros del partido progresista Pacto Histórico, liderado por el actual presidente Gustavo Petro, presentaron el Proyecto de Ley 122 de 2024: *“Por la cual se expide la Ley Integral de Identidad de Género”*, también conocida como la Ley Trans. A continuación, serán analizados algunos de los puntos de este proyecto de ley.

Lina Quevedo, activista trans, afirmó que, *“el de Colombia es el proyecto de Ley Trans más robusto a nivel mundial”* (QUEVEDO, 2024). Sin embargo, no incluye consideraciones sobre las consecuencias negativas sufridas por las personas que ya se han practicado procedimientos de reasignación de sexo, que han llevado a otros países a evitar este tipo de legislación promovida en Colombia. Dentro de algunas generalidades del proyecto es importante resaltar que en su artículo 3 son entregadas algunas definiciones, entre estas, es definida la Identidad de género de la siguiente manera,

Identidad de género. Se refiere a la vivencia interna e individual del género, tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con las expectativas sociales para el sexo que le fue asignado al nacer. Incluye la vivencia personal del cuerpo, la cual puede implicar modificaciones en la apariencia o la función corporal, a través de medios médicos, quirúrgicos u otros métodos, siempre que sean libremente escogidos y otras expresiones de género, como la elección del nombre y los pronombres, la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 3).

“Este proyecto de ley y sus semejantes parten de una concepción equivocada de la libertad, pues la libertad no nos capacita para crearnos a nosotros mismos.” (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Al respecto de la libertad, el escritor, filósofo y periodista británico G.K. Chesterton afirma,

¿Qué es la libertad? ¿Alguien puede decirlo sin la menor duda? Convengamos en que la libertad, por encima de cualquier otra consideración, es el derecho a ser uno mismo [...], lo que supone ser libre, es en el fondo la limitación de uno mismo... Sí, mis queridos amigos; estamos limitados por nuestros cuerpos y por nuestras mentes; si nos evadimos de ellos, dejamos de ser nosotros mismos, incluso dejamos de ser, sin más. (CHESTERTON, 2004, p. 36-37).

El mismo artículo también se pronuncia sobre lo que constituye la identidad de género diversa de la siguiente manera,

Identidad de género diversa. Hace referencia a aquellas identidades que difieren de la identidad de género asociada tradicionalmente con el sexo asignado al nacer (o clasificación sexual de nacimiento). Esto incluye las identidades de género de las personas trans, personas no binarias, de género fluido, entre otras. (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 3).

Al respecto, en su informe sobre la Ley Trans, Bernal y Ramírez indicaron el error de esta afirmación,

Es un error afirmar que la identidad de género puede o no coincidir con el “sexo asignado al nacer” que en realidad es el sexo biológico con el que se nace porque a nadie le asignan el sexo, sino que se lo reconocen. Los raros casos de Trastornos de Desarrollo Sexual más conocidos como intersexos no cambian la regla, siguen siendo una excepción que debe ser reconocida y atendida médica y científicamente pero que no niega el dato biológico comprobable de la diferencia sexual varón y mujer. (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

Dentro de las definiciones controvertidas aportadas por los promotores del proyecto, se incluye el Principio de Despatologización, el cual es definido de la siguiente manera,

Se reconocerá plenamente por parte del Estado, la sociedad y todas las entidades públicas y privadas, que las identidades de género diversas no constituyen patologías,

problemas de salud o errores que ameriten una forma de corrección, modificación o cambio. En consecuencia, ninguna persona podrá exigir, solicitar, o condicionar el acceso a cualquier derecho, beneficio, o servicio público a evaluaciones, procedimientos y/o tratamientos en salud que tengan como intención o efecto la patologización de las personas con identidades de género diversas. (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 3).

Mediante esta afirmación se pretende la imposición ideológica a nivel Estatal, toda vez que en su afirmación *“Se reconocerá plenamente por parte del Estado, la sociedad y todas las entidades públicas y privadas, que las identidades de género diversas no constituyen patologías, problemas de salud o errores que ameriten una forma de corrección, modificación o cambio”*, no solo obliga a toda la sociedad colombiana a aceptar las posturas que motivan los procedimientos de reasignación de sexo, sino que ignora los nuevos descubrimientos médicos, lo cual deteriora a las entidades del sector de la salud que, como ya se ha expuesto en la presente investigación, han comenzado a conocer una nueva literatura médica internacional sobre los procedimientos de reasignación de sexo que indicia que un elevado número de personas que son diagnosticadas o afirman tener disforia de género, realmente cuentan con depresión, ansiedad o autismo, los cuales sí requieren acompañamiento psicológico y terapéutico. Por lo tanto, el principio de despatologización *“contradice la verdad y los hallazgos científicos que demuestran que la transexualidad normalmente está asociada a otros trastornos de salud mental”* (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Al respecto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la *American Psychiatric Association*, indicó la alta prevalencia de trastornos mentales en las personas con disforia de género,

En los niños prepuberales, el aumento de la edad se asocia con más problemas emocionales y conductuales; esto se relaciona con la creciente falta de aceptación de la conducta sexual variante por parte de los demás. En los niños mayores, la conducta sexual variante suele llevar a menudo al ostracismo de los compañeros, lo que puede llevar a más problemas de conducta. La prevalencia de problemas de salud mental difiere entre culturas; estas diferencias pueden relacionarse con diferencias en las actitudes hacia la variación del sexo en los niños. Sin embargo, también en culturas no occidentales se ha encontrado que la ansiedad es relativamente frecuente en los sujetos con disforia de género, incluso en las culturas que aceptan las conductas sexuales variantes. El trastorno del espectro autista es más prevalente en los niños con disforia de género que se derivan en la clínica que entre la población general. Los adolescentes con disforia de género que se derivan en la clínica parecen tener trastornos mentales comórbidos, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los depresivos. Al igual que en los niños, el trastorno del espectro autista es más prevalente en los adolescentes con disforia de género que se derivan en la clínica que entre la población general. Los adultos con disforia de género que se derivan en la clínica puede que tengan problemas de salud mental, sobre todo trastornos de ansiedad y depresivos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 459).

Por lo tanto, este proyecto de ley, mediante el Principio de Despatologización busca silenciar a quienes, mediante conocimientos técnicos y científicos, pueden confirmar y demostrar la relación que existe entre los problemas de salud mental y la disforia de género. Este proyecto de ley *“restringe el ejercicio de la medicina, la psicología y la psiquiatría, en contra de los hallazgos científicos”* (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Lo anterior, implica que los promotores del proyecto antentan contra los principios de ética médica, toda vez que omiten la debida diligencia de conocer y compartir los nuevos hallazgos médicos, y se niegan a la posibilidad de ser debatidos o desmentidos mediante la más reciente literatura científica, psicológica y médica.

El que una sociedad deje de basarse en la diferencia biológica sexual binaria para guiarse por la *“vivencia interna e individual del género”* significa renunciar a la realidad objetiva de las cosas como fundamento del aparato administrativo del Estado y empezar a divagar en la subjetividad sin límites. (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

Por otro lado, se ha vuelto recurrente señalar de transfóbicos, homofóbicos o no binariofóbicos a quienes no suscriben los preceptos o las opiniones de aquellos que están en favor de someter a las personas con disforia de género a procedimientos de reasignación de sexo invasivos, permanentes y creadores de personas farmacodependientes. Al respecto, el proyecto de ley, en el mismo capítulo de definiciones, establece lo siguiente:

Transfobia y no binariofobia. Toda actitud, conducta o discurso de odio, rechazo, repudio, prejuicio, discriminación, hostigamiento o intolerancia hacia las personas trans y/o no binarias por el hecho de serlo. Se puede manifestar de diversas formas, como el uso de pronombres incorrectos, negación de la identidad de género, acoso verbal o físico, exclusión social y discriminación en entornos educativos, laborales, de atención médica y en la sociedad en general.” (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 3)

“Este enfoque que se desarrolla a lo largo del proyecto limita la patria potestad de los padres sobre sus hijos cuando su posición con respecto a la identidad de género es distinta a la propuesta por la ley” (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Además, plasma una excesiva vaguedad y ambigüedad en el manejo de los casos identificados como transfobia o binariofobia. Esta ambigüedad es conscientemente plasmada con la intención de enmarcar dentro del campo de la intolerancia cualquier tipo de cuestionamiento con el que los promotores del proyecto de ley y los defensores del paradigma de género no estén de acuerdo. Esto, además de ser un acto irresponsable que limita el estudio técnico sobre los verdaderos efectos y las verdaderas consecuencias de los procedimientos de reasignación de sexo, también se convierte en un grave limitante a la libertad de expresión, toda vez que la ambigüedad permite encasillar casi cualquier comentario o comportamiento, dentro del espectro de la transfobia y la no binariofobia, para justificar el señalamiento o la persecución jurídica y mediática de quien se niega a ignorar toda la evidencia acumulada sobre los efectos negativos de los procedimientos de cambio de sexo, así como la evidencia existente sobre las violaciones al derecho a la vida, la salud y la integridad personal sufridas por quienes han sido sometidos a estos procedimientos sin contar con suficiente investigación y conocimiento sobre sus efectos.

Adicionalmente, esta misma definición y su amplia extensión, puede aplicarse en contextos tan diversos “como el uso de pronombres incorrectos, negación de la identidad de género” y “discriminación de atención médica” lo cual trae como consecuencia que aquellos padres de familia “*que se nieguen a usar otros pronombres con sus hijos que no correspondan con su sexo biológico o que se nieguen a aceptar la transición de género de sus hijos serán tildados de “Transfobia y no binariofobia” por la ley*” (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

Aquel apartado en el que se especifica que la discriminación de atención médica también constituye un comportamiento transfóbico o no binariofóbico, es un atentado directo a la libertad de conciencia del personal médico público y privado que de conocer la literatura médica que desglosa el excesivo desconocimiento, las graves consecuencias médicas y psicológicas de las personas sometidas a procedimientos médicos por motivo de su identidad de género, y no estar de acuerdo en someter a una persona a un procedimiento que ha demostrado tener más riesgos que beneficios, igual se verá obligado a realizar estos procedimientos, yendo contra su propia conciencia y contra el proceder médico enfocado en la preservación de la vida, la salud y la dignidad humana.

También es posible encontrar limitantes a los derechos de los padres sobre los niños, y el ejercicio de su patria potestad mediante lo que denominaron “enfoque de ciclo de vida” El artículo 5 lo define de la siguiente manera,

Enfoque de ciclo de vida. Este enfoque reconoce que según la edad las personas se exponen en mayor o menor medida a la discriminación. En el caso de las personas con identidades de género diversas, resulta de vital importancia visibilizar las dificultades que enfrentan siendo menores de edad para el ejercicio de su autonomía, de acuerdo con su capacidad evolutiva, y cuando son adultos mayores frente al respeto a sus decisiones en vida o después de su fallecimiento, en relación con el reconocimiento de su identidad de género autoafirmada, incluso al momento de morir y ser registradas en su defunción”. (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 5).

Aquí se establece un enfoque hacia la autonomía de los menores, en detrimento de los padres, de hecho, mediante el artículo 14.2 se establece que “*cualquier persona puede solicitar la corrección del componente de sexo y el cambio del nombre en su registro civil, en cualquier momento del ciclo de vida, sin que sea necesaria la autorización de terceras personas*” (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 14.2). El artículo indica que en cualquier momento del ciclo de vida una persona puede solicitar cambio al registro civil sin la autorización de terceros, lo que, por supuesto, incluye aquellos casos en los que un menor quiera cambiar su registro civil sin autorización de sus padres.

Y, por si fuera poco, el proyecto de ley “*concede acceso a procedimientos para afirmación de género a menores de edad sin autorización de los padres*” (BERNAL; RAMIREZ, 2024). Este señala en su artículo 26 lo siguiente,

B. La adopción de lineamientos normativos y técnicos que garanticen el acceso a

tratamientos y procedimientos médicos para la afirmación de género a las personas con identidades de género diversas, en concordancia con los últimos estándares científicos y tecnológicos.

C. La producción e implementación de las guías de práctica clínica, protocolos de atención y demás instrumentos de salud pública necesarios para garantizar y orientar el acceso a la salud a personas con identidades de género diversas, y personas intersexuales en todas las etapas del ciclo de vida y pertenencia étnica, en todos los niveles de atención y con todos los actores del sistema de salud. (COLOMBIA, PROYECTO DE LEY 122, 2024, art. 16).

Por lo analizado hasta ahora en el presente capítulo sabemos que los “*procedimientos médicos de afirmación de género*”, según fue mencionado en el literal B, incluyen todo lo relacionado al suministro de hormonas y bloqueadores de pubertad, así como la realización de cirugías. Así mismo, el literal C, al indicar que se debe “*garantizar y orientar el acceso a la salud a personas con identidades de género diversas (...) en todas las etapas del ciclo de vida*” permite que también los niños, niñas y adolescentes sean ingresados a los procesos hormonales y las cirugías irreversibles que ya están siendo no recomendadas o prohibidas para menores de 18 años en Inglaterra, mediante el reporte Cass; en Suecia, de acuerdo con *Socialstyrelsen*; y en Finlandia, mediante COHERE. Todos estos casos fueron documentados anteriormente en la presente investigación.

Este artículo no solo representa un riesgo enorme para los niños, niñas y adolescentes, o una eliminación a los derechos de patria potestad de los padres, sino que también atenta contra la libertad y la naturaleza de la profesión del personal de salud. Ante esto, Bernal y Ramírez indicaron,

Por medio de este artículo se prohíben todos los esfuerzos de médicos, psicólogos o psiquiatras por ayudar a las personas con problemas de identidad sexual para afirmar su propio sexo biológico y se establecen como único procedimiento adecuado para estos casos las terapias de reafirmación de género, los tratamientos hormonales y las cirugías de cambio de sexo. Se desconocen así los más recientes hallazgos científicos que afirman que estas terapias de afirmación no se fundan en evidencia sólida ni en resultados comprobables y que al contrario traen consecuencias negativas sobre la salud de los individuos que a ellas se someten.

Uno de los más grandes problemas en relación con estas “terapias” es que no se fundan en evidencia sólida, es decir, que no existe evidencia que nos permita afirmar que funcionen como terapias, es decir, que puedan efectivamente aliviar los síntomas (al menos, no hay certeza al respecto en el caso de las terapias hormonal –tanto en la aplicación de bloqueadores de pubertad como de hormonas cruzadas– y quirúrgica). (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

La persecución médica y la supresión de información, de cara a no cuestionar el paradigma de género, es un fenómeno real, plasmado en el Proyecto de Ley 122 de 2024 en Colombia, pero

que ha sido evidenciado en otros países. Por ejemplo, “*el Dr. Kenneth J. Zucker es psicólogo certificado por el Colegio de Psicólogos de Ontario y se especializa en temas relacionados con la disforia de género y la identidad de género. Su consultorio se encuentra en Toronto, Ontario, Canadá*” (ZUCKER, s.f.). Durante años, Zucker trabajó en el Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH) en Canadá, ahí trabajó con menores de edad que cuentan con sentimientos de incongruencia de género, entre sus prácticas más usuales se describen las siguientes:

“Tratamientos psicosociales para ayudarles a aceptar el género que se correspondía con su sexo biológico, tales como terapia conversacional, reuniones organizadas por los padres para que los niños jugaran con compañeros del mismo sexo, terapia para psicopatologías concurrentes como trastornos en el espectro autista y orientación para los padres” (BERNAL; RAMIREZ, 2024).

Los trabajos de Zucker han tenido resultados positivos sobre la disforia de género en los menores, llevándolos a sentirse mejor con su identidad, su cuerpo y su sexo biológico, así como sus sentimientos a la hora de relacionarse con otras personas:

En un estudio de seguimiento de Zucker y colegas de los niños que ellos habían tratado a lo largo de treinta años en el *Center for Mental Health and Addiction* de Toronto, observaron que los trastornos de identidad de género persistían solo en 3 de las 25 niñas tratadas (el gobierno canadiense cerró la clínica de Zucker en 2015). (BERNAL; RAMIREZ, 2024)

Aunque su clínica dentro del Centro para la Adicción y la Salud Mental fue censurada, Zucker continuó con sus estudios, terapias y seguimientos, y, por supuesto, defendió su trabajo; de hecho, 3 años después de haber sido cerrada su clínica, las entidades sanitarias de salud canadienses se disculparon con Zucker, así fue descrito por el periódico canadiense *Toronto Star*,

El centro de salud mental más grande de Canadá se disculpó con uno de sus ex psicólogos y dijo que le pagará más de medio millón de dólares años después de publicar un informe que describía erróneamente las interacciones del médico con los pacientes. (RIZZA, 2018)

Los estudios y seguimientos realizados por Zucker demostraron que en el 88% de los niños que pasaron mediante los tratamientos psicosociales, las terapias conversacionales, las terapias psicopatológicas y que sus padres hayan recibido orientación, no persistieron con su disforia de género. Y demostró la elevada efectividad de los procesos de acompañamiento no quirúrgicos o farmacológicos. Todo esto fue posible sin someterlos a procesos invasivos hormonales ni a cirugías de cambio de sexo,

El presente estudio proporcionó datos de seguimiento con respecto a la identidad de género y la orientación sexual en niños derivados clínicamente por disforia de género. Hubo tres hallazgos clave: (1) la persistencia de la disforia de género fue relativamente

baja (12%), pero obviamente más alta que lo que se esperaría de las tasas base en la población general. (SINGH; ZUCKER, 2021)

Adicional a la información anteriormente suministrada, Bernal y Ramírez comparten una conclusión general,

El proyecto de ley “Por el cual se expide la Ley Integral de Identidad de Género” radicado el 31 de julio de 2024 es un proyecto que contradice la realidad de la sexualidad binaria varón y mujer. Este proyecto se alinea con el pensamiento posmoderno de los nuevos derechos que chocan con la cosmovisión cristiana del hombre y con la cultura occidental basada en la existencia de una ley natural reconocible por la razón. Es un proyecto que limita la libertad religiosa y de conciencia, viola el principio de subsidiaridad, limita la patria potestad de los padres sobre los hijos, concede acceso a procedimientos para afirmación de género a menores de edad sin autorización de los padres y fuerza la ideologización de los hijos en la escuela. Contradice la verdad y los hallazgos científicos que demuestran que la transexualidad normalmente está asociada a otros trastornos de salud mental, restringe el ejercicio de la medicina, la psicología y la psiquiatría, en contra de los hallazgos científicos. Discrimina a otros pacientes expuestos al VIH y utiliza recursos públicos para financiar y promover tratamientos de fertilidad y fecundidad. (BERNAL; RAMIREZ, 2024)

Limita la libertad religiosa de los colegios confesionales. Pretende que los empresarios ofrezcan puestos de trabajo a la población trans en detrimento de sus políticas empresariales de contratación, privilegia a los empresarios trans en detrimento de los demás. Privilegia la participación de personas de esta comunidad en los espacios de toma de decisiones en detrimento del mérito. Fuerza a las administraciones municipales, departamentales y nacionales a destinar recursos para promover la ideología de género en la cultura y medios televisivos. Obliga a las mujeres a competir en condiciones desiguales con personas del sexo opuesto. Otorga beneficios de vivienda y subsidios de manera diferencial en perjuicio de la población no trans. Privilegia a las personas trans o no binarias en el acceso a tierras en detrimento del campesinado. (BERNAL; RAMIREZ, 2024)

Ante esta avalancha de despropósitos es importante recordar que, así como nos importa cuidar la naturaleza nos debería doler la explotación irracional de nuestro propio cuerpo, pues: hay también una ecología del hombre. También el hombre posee una naturaleza que él debe respetar y que no puede manipular a su antojo. El hombre no es solamente una libertad que él se crea por sí solo. El hombre no se crea a sí mismo. Es espíritu y voluntad, pero también naturaleza, y su voluntad es justa cuando él respeta la naturaleza, la escucha, y cuando se acepta como lo que es, y admite que no se ha creado a sí mismo. Así, y sólo de esta manera, se realiza la verdadera libertad humana. (BERNAL; RAMIREZ, 2024)

8.4.7 CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LOS ACUERDOS INTERNACIONALES Y LAS INSTITUCIONES COLOMBIANAS Y EXTRANJERAS DE CARA A LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

En el presente capítulo se analizó el impacto que han tenido las instituciones internacionales, instituciones nacionales de otros países y algunas de las instituciones colombianas, sin incluir las decisiones de la Corte Constitucional, toda vez que estas fueron abarcadas en otro capítulo. Fue posible evidenciar el interés por parte de las instituciones internacionales de influir dentro de la legislación de las diferentes naciones; así mismo, también se conocieron resoluciones y políticas del Gobierno Nacional y demás instituciones colombianas; se estudiaron casos reales a nivel internacional que dan muestra de cómo los países que ya han experimentado los resultados de la aplicación de políticas favorables a los procedimientos de reasignación de sexo han estado dando marcha atrás, modificando sus políticas y adoptando una postura prohibicionista o limitante al acceso a estos procesos, de cara a mantener la salud de los pacientes en el largo plazo; y también fue analizado el proyecto conocido como “Ley Trans”, que pretende imponer un sistema de privilegios en detrimento de otros miembros de la sociedad, al mismo tiempo que desprotege a los menores, afectando sus derechos a la vida, la salud y la identidad personal.

Una vez estudiado estos casos, es posible afirmar que el Gobierno Nacional de Colombia, así como los promotores del proyecto de Ley Trans, no están tomando en cuenta los recientes hallazgos científicos, médicos y psicológicos que dan cuenta del impacto negativo de los procesos hormonales y quirúrgicos que se realizan en las personas con disforia de género, siendo aún más severas las consecuencias en niños, niñas y adolescentes. Por esta razón, la legislación colombiana carece de una regulación que proteja el interés superior del menor mediante el reconocimiento de la evidencia científica y médica, así como las recomendaciones de los expertos en la materia; al mismo tiempo, omiten la construcción de un marco legal que permita ofrecer alternativas a las personas con disforia de género, sin necesidad de recurrir a procesos invasivos y permanentes que los conviertan en farmacodependientes. Por último, es un hecho preocupante que los legisladores colombianos pretendan silenciar vía legislativa aquellas voces médicas, científicas, psicológicas, filosóficas, religiosas, morales, mediáticas y académicas que se niegan, basándose en aproximaciones razonables y/o técnicas, a consentir con la modificación invasiva del cuerpo y la naturaleza humana que someten a personas que, ya con suficientes problemas, confusiones y miedos, llegan a una posición de mayor vulnerabilidad e indefensión como consecuencia de estos procedimientos.

8.5 CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En la actualidad, instituciones públicas como el Ministerio de Salud y la Corte Constitucional, se acercan al tema de los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva progresista la cual encuentra su motivación en el movimiento de género y sexualidad diversa. Además de esto, la agenda política progresista se basa en una supuesta protección de los derechos fundamentales, ello, hasta el punto de llegar a permitir que menores de edad se sometan a dichos procedimientos de reasignación de sexo. Sin embargo, lo que

quienes promueven estos ideales no tienen en cuenta, es que los procedimientos de reasignación de sexo tienen consecuencias devastadoras en la salud de quienes se someten a ellos. Por lo que, hoy en día muchas personas transgénero que se sometieron a dichos procedimientos se arrepienten de haberlo hecho y han llegado hasta el punto de detransicionar porque sus cuerpos y sus mentes no logran soportar los efectos adversos que conllevan todos estos procedimientos.

Debido a lo anterior, en el presente acápite de esta investigación nos tomaremos el tiempo de mostrar la cruda realidad que deben vivir las personas que se han sometido a procedimientos de reasignación de sexo y lo nocivos que estos son para su salud tanto física como mental. Además de esto, también resaltaremos, cómo todos estos riesgos en la salud que viven las personas transgénero terminan siendo los que comprometen directamente sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y emocional, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. Derechos fundamentales los cuales se identifican como las razones por las cuales se les dio acceso a los procedimientos de reasignación de sexo en un primer lugar.

8.5.1 RIESGOS SOBRE LA VIDA Y LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

En primer lugar, es primordial dejar claro que,

La principal limitación para identificar la efectividad y seguridad de las hormonas de afirmación de género en niños y adolescentes con disforia de género es la falta de estudios comparativos confiables. Todos los estudios incluidos en la revisión son observacionales no controlados, sujetos a sesgos y de muy baja certeza según GRADE (Traducido al español) (NHS ENGLAND, 2022, p. 47).

Debido a esto, los procedimientos de reasignación de sexo en general no han logrado ser estudiados a profundidad. Por lo que, *“cualquier beneficio potencial debe sopesarse frente al perfil de seguridad a largo plazo en gran medida desconocido de estos tratamientos”* (Traducido al español) (NHS ENGLAND, 2022, p. 50). Sin embargo, lo que si se ha logrado probar es que,

Los bloqueadores de pubertad y las hormonas cruzadas se han asociado con alteraciones del sistema cardiovascular, metabólico y endocrino. Como lo explica la literatura médica, *“las hormonas de afirmación de género [...] están asociadas con riesgos como infertilidad y efectos aún no suficientemente estudiados”* (Traducido al español) (NHS ENGLAND, 2022, p. 3).

Por ello, múltiples investigaciones científicas determinan que, *“administrar hormonas a niños tan pequeños, o con cirugía que suponga castración, mastectomía, mamoplastia, faloplastia o vaginoplastia, pueden suponer, y suponen, un riesgo permanente para su salud”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 53). En este orden de ideas, sobre los GAHT se ha encontrado que, *“en principio los efectos de los tratamientos hormonales se consideran reversibles, pero esto no es completamente cierto, especialmente en niños y adolescentes, por la posibilidad de la atrofia de gónadas”* (IRIARTE FRANCO, 2020, p. 166). Adicionalmente, se ha encontrado que,

Los niños que reciben bloqueadores de la pubertad y luego se les administra hormonas del sexo opuesto nunca pasan por la pubertad. Ese proceso natural se detiene por completo. **No solo esto lleva a una esterilidad permanente, sino que también detiene el desarrollo crítico del cerebro y los huesos que ocurre durante la pubertad.** [...] se ha establecido que el uso pediátrico de Lupron puede llevar a dolor crónico por huesos frágiles y deterioro articular, así como a dientes que se agrietan y caen. Además, contrario a la retórica activista, detener la pubertad no solo pone pausa, creando más tiempo para discernir sobre la transición. **Casi el 100% de los niños que reciben bloqueadores de la pubertad proceden a tomar hormonas del sexo opuesto, con efectos secundarios irreversibles.** Lupron no es un botón de pausa, sino una puerta de entrada (Traducido al español) (FAVALE, 2022, p. 186).

Por otro lado, también se documenta que,

Las hormonas de afirmación de género son estradiol para personas asignadas hombres al nacer (transfemeninas) y testosterona para personas asignadas mujeres al nacer (transmasculinas). El objetivo es inducir el desarrollo de características sexuales físicas congruentes con la expresión de género del individuo, aunque están asociadas con riesgos como infertilidad y efectos aún no suficientemente estudiados (Traducido al español) (NHS ENGLAND, 2022, p. 3).

Ahora bien, cuando se trata de tratamiento hormonal en individuos FtM lo que sucede es lo siguiente,

Alterar el equilibrio natural de las hormonas femeninas alejándolo del estrógeno lleva a rasgos más masculinizados, como un aumento del vello facial, la calvicie de patrón masculino, una voz más grave. Todo esto suena bastante inofensivo, incluso atractivo para alguien que quiere aparentar ser hombre. Lo que está sucediendo dentro del cuerpo es otra historia. **Privadas de estrógeno, los órganos reproductivos femeninos comienzan a descomponerse, volviéndose secos, endurecidos, fusionados, inflamados y propensos a infecciones.** Esta atrofia creciente en el útero y la vagina puede ser extremadamente dolorosa, haciendo que algo tan simple como caminar sea una hazaña difícil. Después de varios años en testosterona, la atrofia suele empeorar hasta el punto de que se recomienda una histerectomía. En resumen: **la testosterona mata lentamente los órganos reproductivos femeninos hasta que tienen que ser removidos quirúrgicamente.** (Traducido al español) (Negrilla fuera de texto) (FAVALE, 2022, p. 186).

La consecuencia de la extirpación de las gónadas, sean femeninas o masculinas es la esterilidad del individuo, esto es verdaderamente problemático no solo porque la persona ya no podrá reproducirse, sino también porque al *“eliminar la capacidad reproductiva natural del individuo y la producción de importantes hormonas sexuales”* (MAYER; McHUGH, 2016, p. 12), los cuales juegan un papel esencial dentro del funcionamiento del cuerpo humano. Sobre lo anterior, el

International Journal of Transgender Health, encargado de publicar *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People* (SOC8) advierte sobre los “riesgos asociados con GAHT, los cuales son el *“Tromboembolismo venoso, infertilidad, hiperpotasemia, hipertrigliceridemia, aumento de peso, policitemia, acné, alopecia androgénica, hipertensión, apnea del sueño, disminución del colesterol HDL y aumento del colesterol LDL”* (Traducido al español) (COLEMAN, E. et al., 2022, p. S254). Todo lo cual puede verse en la tabla del SOC8 que se presenta al lado derecho.

A lo anterior, se le debe agregar que, *“pueden aparecer tumores de mama, próstata o hipófisis con mayor frecuencia que en la población general. [...] Los tratamientos hormonales con estrógenos en MTF pueden producir trombosis venosas. La testosterona estaría más en relación con la insuficiencia cardíaca”* (IRIARTE FRANCO, 2020, P. 165). Ahora bien, cuando se trata de menores de edad, a la lista de efectos secundarios negativos de las GAHT se extiende a problemas en el desarrollo de su cerebro, estatura, densidad ósea, entre otros (MAYER; McHUGH, 2016, p. 12 y 13).

Después de los procedimientos de reasignación de sexo, *“a largo plazo muchos pacientes presentan problemas derivados de la cirugía. En una revisión suiza más de la mitad presentaron problemas serios, algunos de los cuales fueron reintervenidos, y un 23% relató insatisfacción por el resultado funcional y sexual”* (IRIARTE FRANCO, 2020, P. 167). A parte de esto, como posibles consecuencias por someterse a procedimientos quirúrgicos en general, *“también se citan problemas con los implantes de mama o en otras cirugías plásticas, tales como rechazos, alergias, infecciones, fallo renal e incluso fallos multiorgánicos”* (IRIARTE FRANCO, 2020, P. 169).

En el mismo estudio sueco anteriormente mencionado por Iriarte, se hizo seguimiento a las vidas de personas que se sometieron a procedimientos de reasignación de sexo y se indicó que,

La mortalidad total en el grupo de personas transexuales, tras la reasignación de sexo, era mayor que en el grupo control, aproximadamente tres veces superior, y sobre todo se observa que en las personas que han sido sometidas a una reasignación de sexo, tras la adolescencia, se detecta un índice de suicidios 19,1 veces más elevado que en el grupo control, al igual que el aumento de intentos de suicidio, alrededor de 5 veces mayor. Igualmente muestran mayores trastornos psiquiátricos que la población general. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 53).

Tras identificar todas las consecuencias sobre la salud física en las personas que se someten a procedimientos de reasignación de sexo, es claro que, estos no solo atentan en contra del derecho fundamental a la salud, sino que también atentan contra el derecho a la vida y la dignidad humana. Dado que, como resultado de todos estos procedimientos tanto hormonales como quirúrgicos lo que se está creando es un enfermo de por vida, una persona que va a sufrir de múltiples condiciones médicas de las cuales probablemente no hubiese padecido si no se hubiese sometido a procedimientos de reasignación de sexo.

Dicho lo anterior, también es claro que, teniendo en cuenta todos los efectos secundarios y consecuencias negativas que producen estos procedimientos, sería una irresponsabilidad por parte de la sociedad, el Estado y la familia, quienes tienen el deber constitucional (Art. 44 CP) de propender por el bienestar y el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes colombianos, permitir que estos se sometan a procedimientos tan invasivos, irreversibles y peligrosos para su salud y vida. Y por si fuera poco, el hecho de que se presente esta posibilidad resulta un atentado en contra de la niñez en el país. Dado que, el solo hecho de contemplar la posibilidad de que un menor de edad se realice procedimientos de reasignación de sexo, conociendo todos los efectos secundarios y consecuencias negativas que resultan de ello puede equipararse con desearle a los niños, niñas y adolescentes la enfermedad y el sufrimiento.

8.5.2 RIESGOS SOBRE LA SALUD MENTAL E INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

La disforia de género, a pesar de que para algunos no sea considerada como una enfermedad mental, definitivamente si lo es y esta debe ser tratada con acompañamiento psicológico y psiquiátrico, no con GAHT ni procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo. Ya que, *“la reasignación de sexo, aunque puede disminuir la “disforia de género”, no es suficiente para solventar la transexualidad y no evita los trastornos psiquiátricos y somáticos que se pueden dar en estas personas”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 53). Otros autores también indican que, *“los procedimientos de reasignación de sexo no proporcionan los beneficios anhelados ni resuelven los problemas subyacentes que contribuyen al alto riesgo de trastornos mentales en la población trans”* (MAYER; MCHUGH, 2016, p. 102). Además de esto, se encontró que,

Los transexuales postcirugía tenían tres veces más riesgo de hospitalización psiquiátrica que los grupos control, incluso tras ajustar por tratamientos psiquiátricos previos (no obstante, el riesgo de hospitalización por consumo de drogas no era significativamente superior tras ajustar por tratamientos psiquiátricos previos, así como por otras covariables). Los individuos con reasignación de sexo tenían **cerca de tres veces más riesgo de mortalidad** por cualquier causa tras ajustar las covariables, [...]. Lo más alarmante de todo era que **los individuos con reasignación de sexo tenían 4,9 más probabilidades de intentar suicidarse y 19,1 más de morir por suicidio** que los del grupo control. *“La mortalidad por suicidio era extraordinariamente elevada en personas con reasignación de sexo, incluso después de ajustar por morbilidad psiquiátrica previa”*. (Negrilla fuera de texto) (MAYER; MCHUGH, 2016, p. 102).

Sobre lo anterior, también se documenta que existe una diferencia altamente marcada entre la *“salud mental de jóvenes transgénero y de género diverso y jóvenes cisgénero, específicamente mayores tasas de depresión, ansiedad, angustia psicológica; mayores niveles de ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones no suicidas y mayores niveles de trastornos alimentarios”* (WITTLIN ET AL., 2023, citado en MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2024).

Por otro lado, sobre la disforia de género como tal, los estudios determinan que, *“los intentos de revertir esta condición biológica, a base de terapias hormonales o quirúrgicas, no cambiarán la base genética responsable de los procesos de diferenciación hacia uno u otro sexo”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 21). Dado que, *“el sexo biológico de cada individuo no es el asignado al nacer, sino el resultante de su conformación genética, que se manifestará en su fenotipo”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 21). Teniendo en cuenta que se trata de un tema biológico, es primordial resaltar que, *“la condición sexuada puede evidenciarse en múltiples facetas de la constitución orgánica de un individuo, que abarcan lo anatómico, pero también lo fisiológico, endocrino, neurológico, bioquímico, inmunitario, etc”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 22).

Dado que, el sexo es de carácter netamente biológico y objetivo, el cual determina la composición anatómica y fisiológica del ser humano, al momento de realizarse procedimientos de reasignación de sexo, se identifica que por más de que se le realicen los GAHT y los procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo a las personas, incluso aun cuando son menores de edad, es imposible cambiar el sexo biológico de una persona y que este sea un cuerpo saludable y funcional. Además de esto, los procedimientos de reasignación de sexo no logran curar la disforia de género. Por ello,

La dificultad biomédica que estas acciones conllevan es que no se cambia el sexo cromosómico, solo se maquilla, para que aparentemente sea el que el transexual desea, o sus familiares en caso de los niños. Pero dichas acciones no solucionan la tendencia transexual, como ya se ha comentado, posiblemente condicionada por una posible alteración cerebral. Es decir, esta terapia solamente trata de solucionar la expresión corporal del trastorno, pero no el trastorno cerebral en sí mismo. (MOORE; WISNIEWSKI; et al, 2003, citado en OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 52).

Como consecuencia de esto, también se documenta que, los procedimientos *“de reasignación de sexo no han demostrado ser eficaces en la remisión de la “disforia” de sexo [...], y puede resultar especialmente pernicioso cuando es practicada antes de o en la pubertad”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 120). Lo anterior, resulta en *“el agravamiento de algunos de los síntomas preexistentes y la aparición de otros, lo cual cuestiona seriamente su idoneidad e indicación”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 120). Debido a esto, es posible afirmar que, los procedimientos de reasignación de sexo no son la cura para el trastorno mental de disforia de género y, por ende, realizar estos procedimientos *“no es suficiente para solventar la transexualidad y no evita los trastornos psiquiátricos y somáticos que se pueden dar en estas personas”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 53).

Bajo esta perspectiva, cuando se realizan procedimientos de reasignación de sexo, lo único que se está cambiando es la realidad exterior de la persona, pero no se está tratando lo que sucede en su psiquis, que es donde verdaderamente yace el problema. Para entender lo anterior, es posible analizarlo bajo la célebre metáfora de “tapar la gotera en lugar de encontrar la fuga”, con ello lo que se quiere decir es que, cuando se busca solo tratar el síntoma de lo que ocurre sin encontrar la raíz del problema, no se está resolviendo la causa de lo que sucede. Por lo que, no se logra solucionar el problema, solo se maquilla por un tiempo hasta que vuelve a aparecer. Esto, es lo que sucede con los procedimientos de reasignación de sexo, con ellos lo que se trata es el síntoma, sin embargo, la raíz del problema, que es la disforia de género, no se ve solucionada por estos procedimientos. Por ello es que,

El sexo biológico no es un concepto que pueda ser reducido, exclusivamente al tipo de genitales externos ni se puede asignar artificialmente en función de estos. Los cirujanos están cada vez más capacitados para construir genitales artificiales, pero esos “accesorios” no cambian el sexo biológico de los receptores, y estos seguirán sin poder desempeñar el papel reproductivo del sexo biológico opuesto, del mismo modo que les sucedía antes de la cirugía. De igual manera, tampoco el entorno que se le proporciona al niño puede cambiar el sexo biológico. Por más apoyo que proporcionemos a un niño pequeño en su transición para ser considerado una niña, tanto por sí mismo como por los demás, no conseguirá convertirse biológicamente en niña. (MAYER; McHUGH, 2016, p. 88).

Entendiendo esto, es que se llega a la conclusión de que la solución para la disforia de género no son los procedimientos de reasignación de sexo, esto es claro al entender que, lo que se cambia es solo la apariencia de lo exterior, lo cual termina tratándose de un tema meramente estético y superficial. Razón por la cual, el sufrimiento y el dolor que sienten las personas de manera interna no se llega a tratar, solo se enmascara con una fachada que termina al final por caerse,

Pues, la definición científica de sexo biológico es clara, binaria y estable para la mayoría de los seres humanos y refleja una realidad biológica subyacente que no debería ser contradicha por las excepciones a aquellas conductas que sí pudieran ser típicas de los sexos y que tampoco puede alterarse mediante cirugía o condicionamiento social (MAYER; McHUGH, 2016, p. 88).

Sobre esto, también es necesario informar que, la disforia de género infantil es una enfermedad mental que puede tener el carácter de pasajera, puesto que, *“más del 90% de los niños dejarán su situación al llegar a la pubertad. En este sentido, favorecer una reasignación podría entorpecer el proceso e inducir un mayor trauma cuando dejen de presentar la sensación de incongruencia”*. (IRIARTE FRANCO, 2020, P. 233). Sobre ello otra fuente reitera que, *“los procesos de disforia de género pueden ser transitorios y limitados en el tiempo en muchos casos, específicamente, cuando no se ha culminado la maduración sexual, como es el caso de la infancia, preadolescencia y pubertad”* (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 23). Adicionalmente, se indica que,

La “disforia” de género, que consiste en la no aceptación por parte del transexual de su sexo biológico, puede deberse a múltiples causas, ambientales u orgánicas, y cuando se manifiesta en la niñez o pubertad, revierte espontáneamente en más del 80% de casos en varones y del 90% en mujeres. (OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR, 2017, P. 120).

Como conclusión sobre esto, también se determina que, en los casos de los menores de edad con disforia de género, lo responsable es esperar a que los menores crezcan y se terminen de desarrollar tanto física como mentalmente. Ya que, *“los tratamientos quirúrgicos van a ser radicales y sin vuelta atrás, cuando en niños puede desaparecer el sentimiento transexual con los años”* (IRIARTE FRANCO, 2020, P. 151).

A modo de conclusión sobre las consecuencias negativas en la salud mental de las personas que se someten a procedimientos de reasignación de sexo, es claro que, las tasas de suicidio en la población transgénero son alarmantes. Sin embargo, es sencillo llegar a la conclusión de por qué sucede esto. En primer lugar, las personas que se someten a estos procedimientos comienzan a sufrir de numerosas condiciones médicas severas y, tristemente comienzan a recurrir al suicidio para calmar el sufrimiento y el desespero que les genera la dependencia farmacológica, los malestares, los dolores y las enfermedades que estos medicamentos producen. En segundo lugar, también es necesario tener en cuenta que estas personas, al no lograr curar su disforia de género con los procedimientos de reasignación de sexo, padecen de una profunda frustración que fácilmente resulta en - aún más - enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad. Finalmente, otra de las razones por la cual estas personas recurren al suicidio es la irreversibilidad de las decisiones que tomaron, porque al detransicionar, sus cuerpos jamás van a volver a ser como lo eran antes. Esto, porque la mutilación y extirpación de los órganos sexuales no se puede deshacer, los desbalances hormonales obtenidos por la extirpación de las gónadas nunca serán regulados, toda vez que, el cuerpo no recibe de la misma manera las hormonas sintéticas que las hormonas que son naturalmente producidas.

También es clara la necesidad de prohibir los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, toda vez que, se ha conocido que el trastorno mental denominado disforia de género tiende a desaparecer a medida que los menores crecen. Esta sola razón, a pesar de que existen muchas más, es suficiente para que el Estado tome la decisión de legislar en contra de los procedimientos de reasignación de sexo en menores, lo cual se fundamenta en el deber de protección que tiene el Estado para con los niños, niñas y adolescentes colombianos, no solo en presente, sino también a futuro. Si el mismo Código Civil, determina que los menores de edad son considerados incapaces, sea absolutos o relativos, no guarda sentido que instituciones como la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud permitan que los menores de edad tomen decisiones sobre su salud de cara a procedimientos de carácter invasivo, irreversible y peligroso, sobre los cuales la probabilidad de que se arrepientan porque ya no sufren de disforia de género es del 90%, como se vio anteriormente.

Ahora, cuando se habla de vulneración a los derechos fundamentales, las cifras de suicidio en personas transgénero hablan por sí solas, permitir estos procedimientos en menores de edad, es atentar en contra de sus derechos a la vida, la salud física y mental, la integridad, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. En este caso, consideramos pertinente profundizar sobre las razones que demuestran la vulneración del derecho al libre desarrollo de la personalidad. La vulneración de este derecho se evidencia al considerar su ejercicio futuro. Dado que existen probabilidades de que un menor deje de padecer disforia de género a medida que crece, permitir la realización de estos procedimientos antes de alcanzar un desarrollo físico y mental completo implicaría privarlo de la posibilidad de decidir, en su vida adulta, sobre aspectos trascendentales de la existencia humana. En otras palabras, permitir los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, también tiene como consecuencia arrebatárles la posibilidad experimentar vivencias naturales del ser humano tales como, procrear, engendrar y amamantar a sus hijos (en el caso de las mujeres), tener órganos genitales funcionales, experimentar los ciclos de la pubertad y, de decidir, bajo una consciencia madura y un cerebro completamente desarrollado, si desean verdaderamente o no someterse a estos procedimientos, teniendo la capacidad de entender todas sus consecuencias negativas y peso que estas van a tener a lo largo de su vida.

8.5.3 CONSECUENCIA FINAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REASIGNACIÓN DE SEXO: LA DETRANSICIÓN

Debido a todas las consecuencias tanto físicas como mentales que padecen las personas transgénero como resultado de los procedimientos de reasignación de sexo, algunos de ellos determinan que lo mejor que pueden hacer es detransicionar. Puesto que, al llegar a una imitación del género deseado estas personas se terminan dando cuenta que, como lo dice crudamente una mujer detransicionada, *“la solución a la disforia no era operarse, ya que siempre vas a ser una mujer y vas a odiar tu cuerpo por muchas cirugías que te hagas”* (EL ESPAÑOL, 2021), además de esto, también indica que *“el sistema médico te dice que cuando te operas el genital, tu disforia desaparece. No es así. Caes en un bucle de cirugías. Es un problema social y mental”* (EL ESPAÑOL, 2021). Otra mujer transgénero detransicionada indica *“estar viviendo ahora un verdadero infierno debido a que la consecuencia de esta situación es que le quitaron los pechos y su útero, además de recibir una alta cantidad de hormonas masculinas para modificar su cuerpo de manera irreversible”* (INFOBAE, 2023). Como consecuencia de esto, *“ahora no cuenta con aparato reproductor femenino ni masculino, y luego de someterse durante años al consumo de hormonas masculinas, deberá iniciar un nuevo proceso para tomar hormonas femeninas para intentar revertir, al menos parcialmente, el efecto logrado”* (INFOBAE, 2023).

En línea con lo anterior, otra mujer detransicionada, que estuvo en tratamiento de GAHT habla sobre las consecuencias que ello tiene en el cuerpo y sobre si es posible terminar el tratamiento,

Depende del nivel al que has llegado y al tipo de mutilación de tu cuerpo, si has extraído tus órganos femeninos internos, lo que te puede hacer incluso dependiente al uso de la testosterona. En mi caso, no llegué a extirpar mis órganos. Gracias a Dios. Pero el uso prolongado de las hormonas, y el haberlas dejado, tiene consecuencias en mi vida, a nivel

renal, hepático... Me causó una falla renal que desencadenó una hipertensión. Soy una mujer hipertensa por el resto de mi vida. Endometriosis debido a la ausencia de mi período menstrual durante tanto tiempo y hemorragias al suspender las hormonas y reaparecer mi ciclo menstrual. El engrosamiento de mis cuerdas vocales es otro efecto; posiblemente mi voz jamás vuelva a ser la que era, y muchas otras consecuencias más. Dolores de cabeza, aumento de peso, riesgo de resistencia a la insulina, etc. (INFOBAE, 2025).

Como estas mujeres, que no nombramos por respeto a su privacidad, existen muchas más personas detransicionadas que pasan por lo mismo,

En un estudio, 3 de 17 individuos se arrepintieron de padecer el procedimiento con 2 de estos 3 deseando revertirlo y 4 de los estudios revisados refirieron un empeoramiento de la calidad de vida, incluyendo seguir con aislamiento social, falta de mejora en las relaciones sociales y dependencia de los programas de asistencia social del gobierno. (MAYER; McHUGH, 2016, p. 103).

Además de esto, existen casos bastante reconocidos, el caso de David Reimer, este caso trata sobre dos gemelos de los cuales uno sufrió daños graves en su pene al momento de practicársele la circuncisión. Como solución para esta mutilación en el miembro genital de David, el psiquiatra John Money, propuso que se le criara como una niña y se le realizara todo el procedimiento de reasignación de sexo, todo con el fin de probar su teoría de que los seres humanos nacen con un género neutro y de que la identidad de género se modelaba de conformidad con el entorno de la persona. El niño creció y a pesar de que sus padres hicieron todo para que creciera como una niña, este siempre se identificó con el género masculino. Después de un tiempo descubrió la verdad e inició un proceso de detransición, sin embargo, todo su proceso a lo largo de los años fue tan difícil que terminó quitándose la vida (MAYER; McHUGH, 2016, p. 87).

Como resultado del anterior caso, se desvirtuó la teoría del Dr. Money sobre la maleabilidad de la identidad de género. Sin embargo, también se expone lo cuestionable de los extremos a los cuales es capaz de llegar la ciencia con el propósito de probar una teoría. Sobre este tema, también se hace relevante señalar,

En un informe de 2004, William G. Reiner, urólogo pediátrico y psiquiatra infantil y juvenil, y John P. Gearhart, profesor de urología pediátrica, hicieron un seguimiento de la identidad sexual de 16 varones genéticos afectados de extrofia vesical (patología con una grave malformación de la vejiga y los genitales). De los 16 sujetos, a 14 de ellos se les asignó el sexo femenino al nacer; fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas para construirles genitales femeninos y criados como niñas por sus padres. De estos 14, 6 se identificaron posteriormente como hombres; 5 siguieron considerándose mujeres y 2 se declararon hombres a temprana edad pero sus padres ignoraron sus declaraciones y continuaron criándolos como niñas. (MAYER; McHUGH, 2016, p. 87).

El anterior estudio, comprueba la relación necesaria que existe entre el género y el sexo biológico. Porque, a pesar de que se modifiquen las condiciones en las que nace y se cría una persona, a

pesar de que se les someta a procedimientos de reasignación de sexo para que crea que su género es el opuesto, la naturaleza prevalece y la esencia del ser humano lo llama a lo que su biología lo diseñó para ser. Sobre lo anterior, McHugh establece también que, *“la identidad sexual sigue la constitución genética [...] independientemente de los esfuerzos por socializarlos como mujeres después del nacimiento”* (McHUGH, 2004).

Por otro lado, dentro de la presente investigación se tuvo la oportunidad de hacerle algunas preguntas a Nael Aarón Condell García, hombre transgénero chileno de 39 años, fármaco dependiente de por vida y activista por la concientización sobre la disforia de género. Nael, comentó que a sus dieciocho años inició su transición FtM, dado que, deseaba ver un hombre cuando se parara frente al espejo. Pensamiento sobre el cual, Nael comente que, tras analizar su historia las razones por las cuales pudo haber tenido la iniciativa nacen de su trauma de abandono por la muerte de su padre cuando tenía quince años y por el abuso del que sufrió cuando era un niño. Sobre estas razones, se le preguntó si consideraba que estos eran los argumentos válidos que podría brindar un menor de edad que tuviese los mismos deseos de cambiar de género. Frente a la pregunta Nael dijo,

No estoy de acuerdo con que ningún niño ni menor de edad inicie una transición ni social ni farmacológica ni quirúrgica de ningún tipo, aunque presente las mismas razones que yo. Porque, yo tengo claro que si a mí me hubiesen tomado los 15 años con un tratamiento psicológico exploratorio o a los 18, lo más probable es que yo no hubiese transicionado. Con el correcto acompañamiento profesional y un correcto tratamiento no hay necesidad de transición, al menos en mi caso. (CONDELL, 2025).

Adicionalmente, Nael resaltó que las personas con disforia de género son un experimento para la comunidad científica y el hecho de realizarlo en menores de edad debería considerarse un abuso,

Somos un experimento o sea todo lo que es transición, incluso en adultos, es experimental y en menores de edad es aún mayor. Para mí, la transición sea social o farmacológica o quirúrgica o usando bloqueadores, que son castradores químicos, es un abuso de menores. (CONDELL, 2025).

En línea con lo antes dicho, Nael comenta que la comunidad científica, es decir, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y médicos, lo que están tratando de hacer es *“cambiar la identidad de alguien que ni siquiera la tiene formada. Los menores de edad, están en una etapa de generar su identidad”* (CONDELL, 2025). Sobre esto, Nael cuestiona la razón por la cual los adultos que se encuentran en la posición de tratantes del menor que sufre de disforia de género ordenan el inicio de tratamientos hormonales en un menor conociendo *“que le van a generar un daño físico químico probablemente irreversible en el tiempo”* (CONDELL, 2025). Por este motivo Nael también indica, como alguien que ya vivió esta experiencia que *“lo único que están haciendo es abusar de ese menor, abusar de su confusión, abusar de su vulnerabilidad”* (CONDELL, 2025). A parte de ello, Nael indica que lo que realizan los médicos a las personas con disforia de género, *“no es un tratamiento como tal, es una experimentación fármaco quirúrgica, eso es lo que es.”*

Porque, un tratamiento es para curar o sanar algo y aquí no estamos ni curando ni sanando nada” (CONDELL, 2025). En este sentido, Nael argumenta que,

Legislan para que no seamos patologizados, pero exigimos a su vez que el sistema médico en su totalidad nos trate gratuitamente. Entonces, si no hay nada que curar, por qué tenemos que pasar por la medicina, si no hay nada que curar por qué tenemos que acudir a un quirófano, si no hay nada que curar por qué tenemos que exigir farmacología gratuitamente. (CONDELL, 2025).

Sobre el tema, Nael también comenta que existe un alto nivel ignorancia con respecto de los procedimientos de reasignación de sexo y, gracias a esto, las personas se dejan llevar por lo que ven en redes sociales. Ya que, esto *“hace más ruido que la cantidad de personas que realmente son transexuales. Nunca hemos superado ni siquiera el 1% en ningún país, hoy en día tenemos una falsa sobrerrepresentación por auto identificados”* (CONDELL, 2025). Debido a esto, los movimientos LGBTQ tienen una influencia impactante a las personas y cuando un menor de edad acude ante un psicólogo y le comenta sobre su disforia de género, este lo primero que hace es remitirle ante un médico para iniciar sus procedimientos de reasignación de sexo. Lo cual no tiene ningún sentido según Nael, dado que,

Nadie que esté sano y esté bien necesita eso, ni necesita farmacología, ni cirugía para estar bien. No estamos reparando algo, lo estamos dañando a propósito por el deseo de la persona. Entonces, no es medicina para sanar, si no que es medicina del deseo y eso es una cirugía plástica. Entonces, si ya sabemos que incluso la cirugía plástica tiene hasta cierto punto un rasgo patológico, porque las personas que se hacen cirugías plásticas tienen un rasgo patológico ¿Una persona trans porque se exime de eso? Sí lo que más está exigiendo es intervenir, dañar, envenenar y modificar su cuerpo, porque ni siquiera esa persona sabe realmente lo que quiere ni lo que desea, entonces es un error. (CONDELL, 2025).

También se le preguntó a Nael, su opinión sobre lo dicho por la Corte Constitucional de Colombia en la Sentencia T-918 de 2012, en la cual esta afirmó que no *“considera que el transgenerismo constituye una enfermedad o una categoría psiquiátrica, o que se requiera el diagnóstico de disforia de género para acceder a los servicios de salud relacionados con su identidad”* (CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-918 de 2012). Frente a esto, Nael contestó que,

Aquí hay un tema ideológico porque ¿Qué sabe la Corte sobre salud mental?, ¿Qué sabe un juez de medicina?, ¿Cuánto ha leído ese juez respecto de las patologías relacionadas al transexualismo? Porque, efectivamente la transexualidad no es un trastorno, la transexualidad es el resultado de múltiples trastornos psicológicos que no fueron tratados y que generan lo que se llama disforia de género. Entonces, ¿Qué sabe la Corte? ¿Cuánto leyeron esos magistrados al respecto? Porque hay muchísima información muchísima, osea a tal punto de que el informe Cass fue elaborado por un grupo de médicos que se pusieron a leer todos los estudios habidos y por haber y se demoraron creo que 2 años ¿Me van a decir que un grupo de magistrados de Colombia se pusieron

a leer todos los estudios existentes al igual que los profesionales de la salud y llegaron a una conclusión diferente? No sé, a mí no me cuadra entonces, para mí es ideología pura y dura impuesta a través de la Corte. Que es lo que está pasando a nivel latinoamericano en general. (CONDELL, 2025).

La posición de Nael y de las mujeres que fueron citadas anteriormente, frente los procedimientos de reasignación de sexo, es compartida por el investigador y psiquiatra McHugh, quien afirma que, ha *“sido testigo de muchos daños derivados de la reasignación de sexo [...] Hemos desperdiciado recursos científicos y técnicos y dañado nuestra credibilidad profesional colaborando con la locura en lugar de intentar estudiarla, curarla y, en última instancia, prevenirla”* (McHUGH, 2004). También indica que, tras estudiar a fondo la disforia de género y su relación con los procedimientos de reasignación sexo *“concluí que Hopkins estaba cooperando fundamentalmente con una enfermedad mental. Pensé que nosotros, los psiquiatras, haríamos mejor en concentrarnos en intentar reparar sus mentes y no sus genitales”* (McHUGH, 2004).

9 CONCLUSIONES

De la presente investigación es posible contar como principal conclusión que los procedimientos de reasignación de sexo son causantes de riesgos excesivamente graves para la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes. Permitirlos, como lo ha hecho la Corte Constitucional de Colombia, atenta contra sus derechos fundamentales y no trae ningún tipo de protección para su integridad personal. En el plano biológico, los bloqueadores pubertad y las hormonas cruzadas alteran irreversiblemente el desarrollo natural del cuerpo, causando que sean permanentemente infértiles, al mismo tiempo que sufren deterioro óseo y cerebral y daños en los órganos reproductivos que los llevan a ser fármacodependientes permanentes, necesitando de hormonas artificiales de por vida. Adicionalmente, las cirugías enfocadas en la modificación física e interna con la intención de imitar la biología del otro sexo, además de mutilaciones irreversibles, pueden producir dolor crónico, rechazo de implantes, infecciones graves, fallas orgánicas y aumentar el riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares. A nivel mental, fue posible conocer que estos procedimientos fracasan a la hora de garantizar su principal promesa de finalizar con la inconformidad que algunas personas tienen sobre su sexo biológico, toda vez que estos procedimientos no curan la disforia de género, sino que tienden a agravarla, al punto que fue posible demostrar que se observa un incremento alarmante en la depresión, la ansiedad, los intentos de suicidio y la mortalidad por suicidio, incluso hasta casi veinte veces más alta que en la población general. La experiencia de países de Europa y America indicó la alta frecuencia con la que muchos menores terminan arrepintiéndose y detransicionando; sin embargo, esto no excluye el hecho de que terminan quedando con cuerpos dañados de forma irreversible y con secuelas físicas y psicológicas permanentes. Por estas razones, y reafirmando el enfoque de protección a los menores, es posible concluir que estos tratamientos vulneran derechos fundamentales como la vida, la salud, la integridad y la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, privando además a los menores de la posibilidad futura de decidir libremente sobre su cuerpo en la adultez. Muy lejos de ser una solución, los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes constituyen un atentado directo contra ellos y, sin embargo, el Estado colombiano ha abandonado su deber de protección ante estos sujetos especiales de

derecho. Por esta razón, en Colombia — y con carácter de urgencia—, deben ser prohibidos los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes.

Para complementar lo anterior, consideramos que todas las ramas del poder público en Colombia deben avanzar hacia la prohibición de los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes. Esto, teniendo en cuenta los motivos claros y sólidos que se han presentado a lo largo de este documento, los cuales incluyen una mirada integral a todos los aspectos que se deben tener en cuenta sobre los procedimientos de reasignación de sexo en general. Por ello, previo al marco teórico, se estudian los antecedentes ideológicos que llevaron al nacimiento de la presión internacional y mediática para que las leyes fueran cambiadas en todo el mundo con la intención de permitir el acceso a estos alarmantes procedimientos, a partir de ese punto, se procede a identificar cómo ha evolucionado la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el tema y conocer el sentido de sus decisiones y los motivos de su posición sobre todo lo que tiene que ver con la comunidad transgénero. Posteriormente, procedimos a analizar los derechos fundamentales que tienen mayor relación con el tema de estudio, con el propósito de conocer cómo se configuran las potenciales vulneraciones de estos. Hablar sobre derechos fundamentales, nos llevó a incluir análisis sobre régimen de capacidad de los menores de edad, la patria potestad y el consentimiento informado. Conocer todo lo anterior, nos impulsó a explorar sobre 1) qué es lo que está sucediendo a nivel internacional con las políticas en torno a estos procedimientos; 2) qué dicen las instituciones públicas de los países que han prohibido los procedimientos de reasignación de sexo en menores de edad; 3) qué es lo que han regulado las entidades públicas en Colombia y; 4) finalizar con el estudio de las consecuencias negativas que los procedimientos de reasignación de sexo causan en cada uno de los pacientes. Tras analizar todo lo anterior, concluimos que el resultado consecuente es la necesidad que tiene el Estado colombiano de proscribir los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes, todo bajo su deber constitucional de proteger su infancia.

El trabajo logró arrojar diversas conclusiones que nos permitieron afirmar lo anterior; en la primera parte del trabajo fue encontrado que el origen ideológico e histórico del paradigma de género fue impulsado, principalmente, por Simone de Beauvoir y Judith Butler; en momentos diferentes, ambas impulsaron las ideas que motivaron a múltiples instituciones nacionales e internacionales a inclinarse hacia la permisividad de los procedimientos de reasignación de sexo. Beauvoir se ha hecho famosa por su afirmación “*no se nace mujer, sino que se llega a serlo*” (Traducido al español) (DE BEAUVOIR, 2011, p. 330), aquí empezaron a establecerse los primeros pasos que luego llevaron al mundo a creer que la biología femenina no era suficiente para determinar si alguien es o no mujer. Durante estos años comenzó a darse un poco más de fuerza a un término que tradicionalmente se usaba particularmente para distinguir diferentes grupos de objetos o animales: el género. Sin embargo, el género comenzó a entenderse como un conjunto de expectativas sociales y compartimientos estandarizados que nada tenían que ver con el cuerpo del hombre o la mujer. Judith Butler se aferró a esta línea de pensamiento y la desglosó con un enfoque hacia el comportamiento, con su famosa postura de que el género es un *performance*, es decir, el género es algo que se actúa o se representa. La llegada de esta idea implica la negación de una realidad natural del ser humano, o la esencia humana. A ojos de Butler, cualquiera puede ser mujer, cualquier puede ser hombre, y por esa misma razón les genera tanta

dificultad a ciertas personas responder a la pregunta *¿qué es una mujer?* Estas visiones sobre el género causaron una dualidad en la realidad de las personas, pasando de considerar al ser humano como un ser en el que conviven cuerpo y alma armoniosamente hasta creer que ambos pueden diferir completamente. Así las cosas, la identidad sexual dejó de estar ligada a la realidad biológica y comenzó a ser una idea plenamente subjetiva que convence a muchos de que un hombre puede estar atrapado en el cuerpo de una mujer, o viceversa.

Para iniciar con el marco teórico del presente trabajo, era de carácter esencial hacer un rastreo de las decisiones de la Corte Constitucional de Colombia que a medida del tiempo han creado precedente hasta el punto de formar una línea jurisprudencial sobre el tema de los procedimientos de reasignación de sexo en general. Lo anterior, encuentra su relevancia en el hecho de que, en Colombia, actualmente no existen leyes con respecto del tema de estudio, y las resoluciones emitidas por entidades públicas, como el Ministerio de Salud, basan sus lineamientos de acuerdo con lo que ha decidido la Corte. Ahora, es posible identificar un desarrollo gradual de la agenda política progresista en las decisiones de la Corte sobre los procedimientos de reasignación de sexo en niños, niñas y adolescentes; dado que, inicialmente la Corte tenía una perspectiva netamente biológica sobre el sexo en la cual determinaba que las personas, por más de que decidan cambiar su nombre o su cuerpo, siempre tendrán un sexo biológico que compone una característica objetiva y esencial de la personalidad jurídica de los seres humanos. Sin embargo, rápidamente esta corriente de pensamiento cambió al punto de diferenciar el sexo y desligarlo del género. Esta nueva corriente afirma que el género de una persona se define por su auto percepción. Bajo esta ideología de género, la Corte argumentó que el no permitir que las personas con disforia de género tuvieran acceso mediante el sistema de salud, a la totalidad de los procedimientos de reasignación de sexo de una manera integral, configuraba una vulneración de sus derechos fundamentales a la vida, la salud, la integridad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad.

Los postulados de la Corte Constitucional sobre este tema pueden estar estrechamente vinculados con la vulneración de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes. Ha sido documentado en el presente trabajo una amplia cantidad de ejemplos que dejan ver las severas consecuencias que causan los procedimientos de reasignación de sexo en menores. Lo cual es profundamente contrastante con la postura moderna que lleva a muchos a creer que los procesos de hormonización o las cirugías “pueden ser liberadoras para los pacientes”, la información recopilada actuó como prueba de que aquellas personas que han atravesado procesos de transición no manifestaron mejoras en su salud mental y, por el contrario, empeoraron gravemente su condición física, entre estas, el aumento en la morbilidad y suicidio postoperatorio. De esta forma fue posible confirmar que los procedimientos de reasignación de sexo conllevan más riesgos que beneficios, especialmente cuando los tratamientos recaen sobre niños, niñas y adolescentes. Por lo anterior es razonable afirmar que el derecho a la integridad personal también se ve comprometido durante y después de los procedimientos. Los procesos de bloqueadores de pubertad, hormonas cruzadas y las cirugías de reasignación de sexo tienen consecuencias irreversibles que inevitablemente afectan el proyecto de vida futuro de todos los menores que se someten a estos procedimientos. Estos protocolos médicos tienen mayor relación con presiones ideológicas que con certezas médicas que corroboren la veracidad,

seguridad y pertinencia de los métodos hasta ahora aplicados, por lo que se está comprometiendo la vida, la salud y la integridad personal de personas sumamente vulnerables con el objetivo de satisfacer ideologías.

La Corte Constitucional, permite los procedimientos de reasignación de sexo hasta en menores de edad bajo la premisa de la protección de los derechos fundamentales, sin embargo, al facilitar dichos procedimientos la Corte logra el efecto contrario a lo que pretende. Además de la premisa de vulneración de derechos fundamentales, la Corte ha construido una serie de requisitos que debe cumplir un menor para acceder a los procedimientos de reasignación de sexo, bajo el argumento de la autonomía progresiva del menor. Lo anterior, con el propósito de justificar lo injustificable, que los niños, niñas y adolescentes colombianos tengan la capacidad para brindar su consentimiento informado para realizarse procedimientos de reasignación de sexo sin siquiera mediar la autorización de sus padres. Aquí se configura una clara violación a la patria potestad y no guarda coherencia con la ley, teniendo en cuenta que, los menores de edad son considerados incapaces relativos o absolutos dependiendo de su edad y que a estos se les prohíbe votar, casarse, consumir bebidas alcohólicas y psicoactivos, entre otros. Entonces, ¿Cómo es posible que la Corte Constitucional permita a un menor de edad, el cual se encuentra limitado en su capacidad para hacer cosas que pongan en riesgo su salud y que no es considerado con la madurez suficiente para votar, tomar decisiones que afectarán directamente su salud, pondrán en riesgo su vida y tienen consecuencias irreversibles como lo es decidir someterse a procedimientos de reasignación de sexo?

La experiencia internacional documentada nos permite afirmar con mayor grado de certeza los efectos y daños severos que causan este tipo de procedimientos en los menores. Países como Inglaterra, Suecia, Finlandia, Noruega, Australia y Nueva Zelanda, que en el pasado fueron positivos sobre el acceso a las hormonas y las cirugías de cara a la transición, ahora están arrepentidos y procedieron a revisar sus políticas y revertirlas con la intención de tener una postura más prohibicionista o regulatoria. Incluso, en el caso de Inglaterra, procedieron a cerrar la clínica Tavistock, dedicada a atender la disforia de género con fármacos y cirugías. De esta manera, estos países han dejado de ver los procedimientos de reasignación de sexo como un derecho exigible en todo momento, a un proceso de carácter excepcional. A su vez, fue fundamental el informe Cass, gracias a este fue posible concluir la enorme brecha de desconocimiento que existe con relación a los efectos de este tipo de procedimientos, y también se encontró que el acompañamiento psiquiátrico y psicológico arroja considerablemente mejores resultados a la hora de atender a las personas con disforia de género que los procedimientos invasivos e irreversibles con hormonas y cirugías. Países como Suecia y Finlandia dieron instrucciones a su personal de salud para que, ante los casos de disforia de género, la primera opción siempre sea el acompañamiento psicológico y nunca el inicio de procesos hormonales o quirúrgicos. Es de rescatar que los países nórdicos, tan conocidos por tomar frecuentemente medidas progresistas, hayan indicado que, salvo una minúscula cantidad de casos, ningún menor de 18 años debe ser sometido a procedimientos hormonales o de reasignación de sexo. Este tipo de medidas también fueron defendidas por países como Noruega, Australia y Nueva Zelanda.

De acuerdo con la información médica es correcto afirmar que la prohibición de estos procedimientos, así como la priorización del acompañamiento psicológico y psiquiátrico, se convierte en una garantía para la protección de niños, niñas y adolescentes con disforia de género que se encuentran en un estado de vulnerabilidad por su bajo grado de conciencia, su incompleto desarrollo físico natural y, por supuesto, por vivir con la angustia, confusión y ansiedad causados por la inconformidad con su sexo y su cuerpo. La Corte Constitucional parte de supuestos fácticos incompletos y erróneos, asumiendo que los procedimientos de reasignación de sexo, de alguna forma, podrían llegar a garantizar una mejor salud para el menor, pero lo cierto es que la evidencia médica, en la cual no se especializa la Corte Constitucional, desmiente las afirmaciones que los magistrados han hecho en sus sentencias, al señalar que los procedimientos de reasignación de sexo, en sus etapas hormonales y quirúrgicas se convierten en un latente peligro para la vida, la salud y la integridad personal de los niños, niñas y adolescentes, así como también crea la imposibilidad de disfrutar del derecho al libre desarrollo de la personalidad a futuro, y en suma de estos factores, es un hecho que los procedimientos de reasignación de sexo desprotegen a la población con disforia de género y comprometen su dignidad humana al empeorar considerablemente su calidad de vida, aun teniendo mejores opciones respaldadas por la ciencia.

Resaltamos que el objetivo del presente trabajo no es desconocer las dificultades por las que pasan las personas con disforia de género, por el contrario, pretendemos señalar las incongruencias y los mitos que se han causado sobre esta materia en lo relativo a la protección de su vida, su salud y su integridad personal. En síntesis, las razones expuestas a lo largo de la tesis –jurídicas, médicas, psicológicas e incluso antropológicas– concurren en sustentar esta prohibición como una política necesaria para salvaguardar a la niñez colombiana. Dar un giro hacia la prohibición y hacia un sistema de salud que acompañe mediante procesos psicológicos y terapéuticos a los niños, niñas y adolescentes que padecen disforia de género permitirá que puedan llegar a la adultez con la posibilidad de gozar de mayor libertad a la hora de tomar decisiones para su vida, sin ser dependientes de fármacos, sin haber perdido su fertilidad, con menor riesgo de padecer ansiedad, depresión y riesgo de suicidio y con un mayor grado de aceptación y amor por su cuerpo. Colombia, en cumplimiento de la Constitución Política, y de los tratados de derechos humanos, está llamada a dar este paso firme en favor de sus niños, niñas y adolescentes, elevando su dignidad y sano desarrollo sobre cualquier ideología o interés médico y/o comercial que promueva lo contrario.

10 BIBLIOGRAFÍA

- AGULLÓ CANTOS, Pedro. *La revolución antropológica de las teorías queer: anarquía, subversión y sexualidad sin persona, ni varón ni mujer*. Tesis de grado de filosofía. Valencia: Universidad Católica de Valencia, 2014.
- ALEXY, Robert. *El concepto y naturaleza del Derecho*. Madrid: Marcial Pons, 2008.
- ALEXY, Robert. *Teoría de los derechos fundamentales*. Traducción y estudio introductorio de Carlos Bernal Pulido. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007.
- AMERICAN COLLEGE OF PEDIATRICIANS. *Gender dysphoria in children*. Florida: American College of Pediatricians, agosto de 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. [en línea]. 5.ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2014. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Sexual orientation* [en línea]. 15 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/sexual-orientation>
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Transgender people, gender identity and gender expression* [en línea]. 8 de julio de 2024. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/transgender-people-gender-identity-gender-expression>
- BERNAL SOTO, Natalia; RAMÍREZ RUIZ, Juan Camilo. *Ley Trans: un sistema de privilegios*. Medellín, Colombia: Fundación Conciudadanos, 2024.
- BERNAL, Natalia. *Eutanasia y suicidio asistido, su avance jurisprudencial en Colombia*. Medellín, Colombia: Revista Concordia. Fundación Conciudadanos, 2024.
- BERNAL, Natalia. Tesina. *Trabajo de Fin de Máster*. Valencia: Universidad Católica de Valencia, 2017.
- BOGOTÁ D.C. CONSEJO DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL DEL DISTRITO CAPITAL (CONPES D.C.). *Política pública Distrital para la garantía plena de los derechos de las personas LGBTI y con identidades de género y orientaciones sexuales diversas – Actualización 2022-2032*. Bogotá D.C.: CONPES D.C., 2021.
- BOSTWICK, J. Michael; MARTIN, Kari A. *A Man's Brain in an Ambiguous Body: A Case of Mistaken Gender Identity*. The American Journal of Psychiatry, Washington, D.C., v. 164, n.º 10, octubre de 2007. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040587>
- BUTLER, Judith. "Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory." Theatre Journal, 1988, vol. 40, n.º 4, p. 519-531. Disponible en: https://www.amherst.edu/system/files/media/1650/butler_performative_acts.pdf
- BUTLER, Judith. *Undoing gender*. Nueva York: Routledge, 2004. Disponible en: https://selforganizedseminar.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/07/butler-undoing_gender.pdf
- CALDERÓN-JARAMILLO, Betzabé; et al. "Inequities in the provision of primary care to Colombian immigrants in Chile." International Journal for Equity in Health [en línea]. 2020, 19:148. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01250-z>
- CASS, Hilary. *Independent review of gender identity services for children and young people: Final report*. Reino Unido, 2024. Disponible en: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

- CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA. *Catecismo de la Iglesia Católica*. Párrafo 6, número 355 [en línea]. Disponible en: https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p1s2c1p6_sp.html
- CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA. *Constitución pastoral Gaudium et Spes* [en línea]. Roma, en San Pedro, 7 de diciembre de 1965. Disponible en: https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html
- CHESTERTON, G. K. *Ortodoxia*. México: Editorial Porrúa, 1998.
- CHESTERTON, Gilbert Keith. *El poeta y los lunáticos*. Madrid: Valdemar, 2004. p. 36-37. Disponible en: <http://www.ajm.org.ar/biblioteca/Gilbert%20K.%20Chesterton%20-%20El%20Poeta%20Y%20Los%20Lunaticos.pdf>
- COHERE – COUNCIL FOR CHOICES IN HEALTH CARE IN FINLAND. *Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation*. [en línea]. Finlandia, 2020. Disponible en: https://genderreport.ca/wp-content/uploads/2020/11/Summary_minors_en.pdf
- COLEMAN, E.; RADIX, A. E.; BOUMAN, W. P.; BROWN, G. R.; DE VRIES, A. L. C.; DEUTSCH, M. B.; ETTNER, R.; FRASER, L.; GOODMAN, M.; GREEN, J.; HANCOCK, A. B.; JOHNSON, T. W.; KARASIC, D. H.; KNUDSON, G. A.; LEIBOWITZ, S. F.; MEYER-BAHLBURG, H. F. L.; MONSTREY, S. J.; MOTMANS, J.; NAHATA, L.; NIEDER, T. O.; REISNER, S. L.; RICHARDS, C.; SCHECHTER, L. S.; TANGPRICHA, V.; TISHELMAN, A. C.; VAN TROTSENBURG, M. A. A.; WINTER, S.; DUCHENY, K.; ADAMS, N. J.; ADRIÁN, T. M.; ALLEN, L. R.; AZUL, D.; BAGGA, H.; BAŞAR, K.; BATHORY, D. S.; BELINKY, J. J.; BERG, D. R.; BERLI, J. U.; BLUEBOND-LANGNER, R. O.; BOUMAN, M.-B.; BOWERS, M. L.; BRASSARD, P. J.; BYRNE, J.; CAPITÁN, L.; CARGILL, C. J.; CARSWELL, J. M.; CHANG, S. C.; CHELVAKUMAR, G.; CORNEIL, T.; DALKE, K. B.; DE CUYPERE, G.; DE VRIES, E.; DEN HEIJER, M.; DEVOR, A. H.; DHEJNE, C.; D’MARCO, A.; EDMISTON, E. K.; EDWARDS-LEEPER, L.; EHRBAR, R.; EHRENSAFT, D.; EISFELD, J.; ELAUT, E.; ERICKSON-SCHROTH, L.; FELDMAN, J. L.; FISHER, A. D.; GARCIA, M. M.; GIJS, L.; GREEN, S. E.; HALL, B. P.; HARDY, T. L. D.; IRWIG, M. S.; JACOBS, L. A.; JANSSEN, A. C.; JOHNSON, K.; KLINK, D. T.; KREUKELS, B. P. C.; KUPER, L. E.; KVACH, E. J.; MALOUF, M. A.; MASSEY, R.; MAZUR, T.; MCLACHLAN, C.; MORRISON, S. D.; MOSSER, S. W.; NEIRA, P. M.; NYGREN, U.; OATES, J. M.; OBEDIN-MALIVER, J.; PAGKALOS, G.; PATTON, J.; PHANUPHAK, N.; RACHLIN, K.; REED, T.; RIDER, G. N.; RISTORI, J.; ROBBINS-CHERRY, S.; ROBERTS, S. A.; RODRÍGUEZ-WALLBERG, K. A.; ROSENTHAL, S. M.; SABIR, K.; SAFER, J. D.; SCHEIM, A. I.; SEAL, L. J.; SEHOOLE, T. J.; SPENCER, K.; ST. AMAND, C.; STEENSMA, T. D.; STRANG, J. F.; TAYLOR, G. B.; TILLEMANN, K.; T’SJOEN, G. G.; VALA, L. N.; VAN MELLO, N. M.; VEALE, J. F.; VENCILL, J. A.; VINCENT, B.; WESP, L. M.; WEST, M. A. & ARCELUS, J. “Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8.” *International Journal of Transgender Health* [en línea], 2022, vol. 23, suplemento 1, p. S1-S259. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- COLIZZI, M.; COSTA, R.; TODARELLO, O. “Transsexual patients’ psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study.” *Psychoneuroendocrinology*, 2014, vol. 39, p. 65-73.
- COLOMBIA DIVERSA. *Informe de gestión 2023*. Bogotá: Colombia Diversa, 2023.
- COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. *Constitución Política de Colombia*. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Código Civil*. Bogotá: Congreso de la República, 1887.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. 8 de noviembre de 2006. Diario Oficial No. 46.446.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica*. Diario Oficial No. 35.711, 27 de febrero de 1981.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 2447 de 2025, por medio de la cual se eliminan todas las formas de uniones tempranas en las cuales uno o ambos contrayentes o compañeros permanentes sean menores de 18 años y se fortalece la Política Pública Nacional de Infancia y Adolescencia mediante la creación del programa nacional de proyectos de vida para niños, niñas y adolescentes*. 13 de febrero de 2025. Diario Oficial No. 53.029 de 17 de febrero de 2025.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 769 de 2002. Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones*. 6 de julio de 2002. Diario Oficial No. 44.932 de 13 de septiembre de 2002.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 1306 de 2009. Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados*. Diario Oficial No. 47.364 de 5 de junio de 2009.

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 de febrero de 2015.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). *Política Nacional para la garantía de los derechos de la población LGBTIQ+*. Bogotá D.C.: CONPES, 2024.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-063 de 2015*. M.P.: María Victoria Calle Correa. S.V.: Luis Guillermo Guerrero Pérez. Bogotá, D.C., 13 de febrero de 2015.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-083 de 2021*. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger. A.V.: Alberto Rojas Ríos. Bogotá, 7 de abril de 2021.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-105 de 2022*. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger. A.V.: José Fernando Reyes Cuartas. Bogotá, D.C., 23 de marzo de 2022.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-143 de 2018*. M.P. José Fernando Reyes Cuartas. Bogotá, D.C., 16 abr. 2018.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-447 de 2019*. M.P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. S.P.V.: Cristina Pardo Schlesinger. Medellín, 27 de septiembre de 2019.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-498 de 2017*. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger. Bogotá, D.C., 3 de agosto de 2017.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-675 de 2017*. M.P.: Alejandro Linares Cantillo. Bogotá, D.C., 15 de noviembre de 2017.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-771 de 2013*. M.P.: María Victoria Calle Correa. A.V.: Luis Guillermo Guerrero Pérez. Bogotá, 7 de noviembre de 2013.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). *Población LGBT y Bienestar Subjetivo*. Bogotá D.C.: DANE, 2023.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). *Registro Voluntario para la Visibilidad de la Diversidad Sexual y de Género en Colombia*. Bogotá D.C.: DANE, 2023.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (DNP). *Situación de las personas trans en Colombia*. Bogotá, D.C., 2021.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 309 de 2025, por la cual se imparten lineamientos para garantizar el derecho a la información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños, niñas y adolescentes, a través del asentimiento y el proceso de consentimiento informado*. 20 de febrero de 2025.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución Número 00000309 de 2025*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2025.

COLOMBIA. MINISTERIO DEL TRABAJO. *Circular 055 de 2024*. Bogotá D.C.: Ministerio del Trabajo, 2024.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. *Circular Externa 202415000000011-5 de 2024, por la cual se imparten instrucciones generales de inspección, vigilancia y control para la garantía del derecho a la salud de personas trans en Colombia*. 20 de septiembre de 2024.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. *Circular Externa 202415000000011-5 de 2024*. Bogotá D.C.: Superintendencia Nacional de Salud, 2024.

CONCEJO DE BOGOTÁ. *Acuerdo 371 de 2009* [en línea]. 2009. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=35794>

CONCEJO DE BOGOTÁ. *Proyecto de Acuerdo No. 126 de 2009* [en línea]. 2009. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=35391>

CONDELL GARCÍA, Nael Aarón. *Entrevista*. [entrevista]. Realizada por Pedro Lopera Martínez y Valentina Estrada Barguil. Medellín, 12 de septiembre de 2025.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia C-246 de 2017*. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia C-355 de 2006*. M.P. Clara Inés Vargas Hernández y Jaime Araujo Rentería.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia C-900 de 2011*. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia SU-337 de 1999*, 12 de mayo. M.P.: Alejandro Martínez Caballero.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia SU-642 de 1998*. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia T-1021 de 2003*. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia T-1025 de 2002*. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia T-218 de 2022*. M.P. Gloria Stella Ortíz Delgado.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia T-412 de 2004*. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia T-477 de 1995*. M.P. Alejandro Martínez Caballero.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Sentencia T-918 de 2012*. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE BUENOS AIRES. (2017). Principios de Yogyakarta. Recuperado de: <https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/principios-de-yogyakarta-5/>

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE. *Ban on puberty blockers to be made indefinite on experts' advice*. Reino Unido, 11 de diciembre de 2024. Disponible en:

https://www.gov.uk/government/news/ban-on-puberty-blockers-to-be-made-indefinite-on-experts-advice?utm_source=chatgpt.com

EL ESPAÑOL. *El drama de los trans arrepentidos: “Me engañaron y caes en un bucle de cirugías”*. [en línea]. 24 de octubre de 2021. Disponible en:

https://www.lespanol.com/porfolio/actualidad/20211024/drama-trans-arrepentidos-enganaron-caes-bucle-cirugias/621438970_0.html

EL ESPECTADOR. (2024). *Gobierno Petro objetó la ley “mamá cuentas conmigo”, ¿cuáles fueron las razones?* Recuperado de: <https://www.lespectador.com/politica/gobierno-petro-objeto-la-ley-mama-cuentas-conmigo-cuales-fueron-las-razones/>

EL PAÍS. “*Lina Quevedo: ‘El de Colombia es el proyecto de Ley Trans más robusto a nivel mundial’*.” [en línea]. 31 de julio de 2024. Disponible en: <https://elpais.com/america-colombia/2024-07-31/lina-quevedo-el-de-colombia-es-el-proyecto-de-ley-trans-mas-robusto-a-nivel-mundial.html>

FAVALE, Abigail. *The Genesis of Gender*. San Francisco: Ignatius Press, 2022.

FRIEDAN, Betty. *The feminine mystique*. Nueva York: W. W. Norton & Company, Inc., 1963.

HERVADA, Javier. *Escritos de Derecho Natural*. 3.ª ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), 2013.

HILARY CASS REVIEW. *The Cass Review: Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People. Final Report*. London: National Health Service England, 2025. Disponible en: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

HRUZ, Paul W.; MAYER, Lawrence S.; MCHUGH, Paul R. *Growing Pains: Problemas de la supresión de la pubertad en el tratamiento de la disforia de género*. The New Atlantis, Washington, D.C., 2017.

INFOBAE. “*Nael, varón trans, y Karen, detransicionada: ‘Despatologizar la disforia de género es un error porque atañe a la salud mental’*.” [en línea]. 22 de agosto de 2025. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2025/08/22/nael-varon-trans-y-karen-detransicionada-despatologizar-la-disforia-de-genero-es-un-error-porque-atane-a-la-salud-mental/#:~:text=%C3%B3rganos,resistencia%20a%20la%20insulina%2C%20etc>

INFOBAE. “*Una chica trans se arrepintió de su cambio de género y culpa al sistema de salud en España: ‘Me arruinaron la vida’*.” [en línea]. 24 de febrero de 2023. Disponible en: <https://www.infobae.com/espana/2023/02/24/una-chica-trans-se-arrepintio-de-su-cambio-de-genero-y-culpa-al-sistema-de-salud-en-espana-me-arruinaron-la-vida/#:~:text=La%20chica%20asegura%20estar%20viviendo,su%20cuerpo%20de%20manera%20irreversible>

IRIARTE FRANCO, Jorge. *Transexualidad: biología y teología*. Tesis doctoral. Pamplona, 2020.

JOHNS HOPKINS MEDICINE. *Gender-affirming hormone therapy (GAHT)* [en línea]. 2024. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht>

KUBY, Gabriele. *La revolución sexual global: la destrucción de la libertad en nombre de la libertad*. Madrid: Didaskalos, 2017.

MAYER, Lawrence S.; MCHUGH, Paul R. *Sexualidad y Género. Conclusiones de la Biología, la Psicología y las Ciencias Sociales*. The New Atlantis, Washington, D.C., n.º 52, p. 128 y ss., 2016.

MCHUGH, Paul R. “*Surgical sex*.” *First Things*, 1 de noviembre de 2004. Disponible en: <https://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>

- NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.
- NACIONES UNIDAS. *Report of the World Conference of the International Women's Year*. Ciudad de México, 1975 [en línea]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf>
- NACIONES UNIDAS. *Report of the World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace*. Copenhague, 1980 [en línea]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Copenhagen/Copenhagen%20Full%20optimized.pdf>
- NACIONES UNIDAS. *Report of the World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace*. Nairobi, 1985 [en línea]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Nairobi/Nairobi%20Full%20Optimized.pdf>
- NHS UNITED KINGDOM. *Children and young people's gender services: implementing the Cass Review recommendations*. Reino Unido, 2024. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/long-read/children-and-young-peoples-gender-services-implementing-the-cass-review-recommendations/?utm_source=chatgpt.com
- OBSERVATORIO ANDALUZ LGBT. (2022, 10 de febrero). *Tasas de suicidio de las personas trans*. Disponible en: <https://observatorioandaluzlgbt.org/tasas-de-suicidio-de-las-personas-trans/>
- OBSERVATORIO DE BIOÉTICA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR. *Análisis de la ley de transexualidad*. Valencia: Universidad Católica de Valencia, 2017.
- ONU MUJERES. *World conferences on women* [en línea]. s.f. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
- PARLAMENTARIOS PARA LA ACCIÓN GLOBAL. *Principios de Yogyakarta* [en línea]. 2018. Disponible en: <https://www.pgaction.org/es/news/yogyakarta-principles.html>
- PARLAMENTO SUECO. *Ley (1972:119) sobre el establecimiento de la pertenencia de género en ciertos casos*. [en línea]. Suecia, 1972. Disponible en: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1972119-om-faststallande-av_sfs-1972-119/
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. *Decreto 1227 de 2015*. Bogotá, 2015. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=71884>
- PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA. *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género* [en línea]. 2007. Disponible en: https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf
- QUIRÓNSALUD. *Claves sobre la cirugía de reasignación de sexo* [en línea]. 11 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/blogbisturi/claves-cirugia-reasignacion-sexo>
- REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL. *Registro civil*. Bogotá, s.f. Disponible en: <https://www.registraduria.gov.co/-Registro-civil-.html>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Documento CONPES 4147*. Política nacional para la garantía de los derechos de la población LGBTIQ+. Bogotá, 2025. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4147.pdf>

- SARTRE, Jean-Paul. *El ser y la nada*. Buenos Aires: Ibero Americana, s.f. p.202. Disponible en: https://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Sartre_Ser_Nada.pdf
- SENADO DE LA REPÚBLICA. *Proyecto de Ley No.158 de 2022*. [en línea]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2023-09/PL.189-2023C%20%28KIT%20MUJERES%20EMBARAZADAS%29.pdf>
- SINGH, Devita; BRADLEY, Susan J.; ZUCKER, Kenneth J. *Un estudio de seguimiento de niños con trastorno de identidad de género*. [en línea]. 2021. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc&_x_tr_hist=true#s3
- SLATER GORDON LAWYERS. *What is the Tavistock clinic scandal?* Reino Unido, s.f. Disponible en: <https://www.slatergordon.co.uk/medical-negligence/negligence-claims/what-is-the-tavistock-clinic-scandal/>
- SOCIALSTYRELSEN. *Care of children and adolescents with gender dysphoria*. National knowledge support with recommendations for professionals and decision-makers. [en línea]. Suecia, 2022. Disponible en: <https://storage.courtlistener.com/recap/gov.uscourts.almd.77755/gov.uscourts.almd.77755.559.5.pdf>
- STANFORD, Michelle K. *Management of the gender dysphoric adolescents*. [en línea]. Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas – FIAMC, 2025. Disponible en: <https://www.fiamc.org/bioethics/management-of-the-gender-dysphoric-adolescent/?utm>
- SWEDEN'S U-TURN ON TRANS KIDS. [video en línea]. 2023. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MVEZ7gELcgY>
- TAMPAX US. [@Tampax]. Publicación en Twitter, 15 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://twitter.com/Tampax/status/1305952342504767491>
- THE GUARDIAN. *Why the Tavistock gender identity clinic was forced to shut – and what happens next*. Reino Unido, 31 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2024/mar/31/why-the-tavistock-gender-identity-clinic-was-forced-to-shut-and-what-happens-next>
- THE STAR. *CAMH llega a un acuerdo con el exdirector de una clínica de identidad de género*. [en línea]. 2018. Disponible en: https://www.thestar.com.translate.google/news/gta/camh-reaches-settlement-with-former-head-of-gender-identity-clinic/article_7345dab9-164b-5ace-bdd0-e502a18c2fd0.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- TRESE, Leo J. *La fe explicada*. 27ª ed. Bogotá: Patmos, 2013.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – HHS. *Treatment for Pediatric Gender Dysphoria. Review of Evidence and Best Practices*. [en línea]. Estados Unidos, 2025. Disponible en: <https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2025-05/gender-dysphoria-report.pdf>
- UNITED STATES. WHITE HOUSE. *Protecting Children from Chemical and Surgical Mutilation*. Washington, D.C., 2025. Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/protecting-children-from-chemical-and-surgical-mutilation/>
- UNITED STATES. WHITE HOUSE. *Report to the President on Protecting Children from Surgical and Chemical Mutilation*. Executive Summary. Washington, D.C., 2025. Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/04/report-to-the-president-on-protecting-children-from-surgical-and-chemical-mutilation-executive-summary/>
- UPRIMNY, Leopoldo. “*La Dignidad de la Persona Humana en el Derecho Público Contemporáneo*.” Revista de la Academia Colombiana de Jurisprudencia, Bogotá, 1962.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH – WPATH. *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people: Version 8*. 15 septiembre 2022. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>

ZUCKER, Kenneth J. *Página profesional de servicios*. [en línea]. Disponible en: https://www-kenzuckerphd-com.translate.google/services?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc&_x_tr_hist=true