REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

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

AÑO XXXV - Nº 1429 Bogotá, D. C., miércoles, 30 de septiembre de 2026 EDICIÓN DE 21 PÁGINAS

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 211 DE 2026 SENADO

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 0984-2026
Bogotá D.C., 29 de septiembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Doctora
LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República
E. S. D.

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de Ley No 211/2026 SENADO** "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FRENTE A LAS INTERVENCIONES MÉDICAS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – LEY LAURA, NIÑOS, NO EXPERIMENTO".

Respetado Secretario,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, y teniendo encuenta lo dispuesto en artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la siguiente ponencia, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 211/2026 Senado

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

INICIATIVA: H.S. ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA, JUAN FERNANDO CACERDO CALLEJAS, MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ, ESTEBAN QUINTERO CARDONA, JUAN ESPINAL RAMÍREZ, CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS, RAFAEL NIETO LOAIZA, SARA CASTELLANOS RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ, GONZALO BAUTE GONZÁLEZ, SANTIAGO MONTOYA MONTOYA, ENRIQUE GÓMEZ MARTÍNEZ, H.R. LUIS MIGUEL LÓPEZ ARISTIZABAL, CAROL STEFANNY ACEVEDO, DAVID GERARDO COTE RODRÍGUEZ, JHON JAIRO BERRÍO LÓPEZ, DARUIN CASTELLANOS ROMERO, MELISSA ORREGO EUSSE, NELLY PATRICIA MOSQUERA MURCIA, HILDA GUTIÉRREZ, ANA LIGIA MORA MARTÍNEZ, OSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA, FRANKLIN LOZANO DE LA OSSA, JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ, JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA, ALFREDO APE CUELLO BAUTE, GUILLERMO LEON BLANCO VALENCIA, DANIEL FELIPE BRICEÑO MONTES, JUAN DAVID ZULUAGA ZULUAGA, JORGE RODRIGUE TOVAR VÉLEZ.

RADICADO: EN SENADO: **26-07-2026** **EN COMISIÓN: 11-09-2026** **EN CÁMARA: XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1er DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VIII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
06 Art 1244/2026.								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA	PONENTE UNICO	CENTRO DEMOCRATICO

NÚMERO DE FOLIOS: OCHENTA (80)
RECIBIDO EL DÍA: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 17:06 PM

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima
Proyectó: Daniela Ortiz
Revisó y aprobó: Alfredo José Moisés López -**Secretario General**

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Edificio Nuevo del Congreso
Carrera 7 No. 8-68 Oficina 241B
Teléfonos: 3824264/68/69/73.
comision.septima@senado.gov.co

V.1

Bogotá D.C, septiembre de 2026.

Secretario
ALFREDO JOSÉ MOISÉS LÓPEZ
Secretario de la Comisión Séptima
Senado de la República
E. S. D.

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate al Proyecto de Ley número 211 de 2026 Senado "*Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones." - Ley Laura, Niños, No Experimento.*

Respetado secretario,

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, y en cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, me permito presentar informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de Ley número 211 de 2026 Senado "*Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones." - Ley Laura, Niños, No Experimento.*

Atentamente,

ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA
Ponente Único
Senador partido Centro Democrático

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En atención a la designación hecha por la Presidencia de la Comisión Séptima del Senado, me permito presentar INFORME DE PONENCIA POSITIVA para primer debate al Proyecto de Ley número 211 de 2026 Senado "*Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones.*" *- Ley Laura, Niños, No Experimento*. La exposición de motivos que acompaña la ponencia del proyecto se estructura de la siguiente manera:

I. Síntesis del proyecto.
II. Antecedentes del proyecto.
III. Análisis de la iniciativa.
IV. Marco normativo.
V. Pliego modificatorio del articulado.
VI. Impacto fiscal.
VII. Declaratoria de conflicto de interés.
VIII. Proposición.
IX. Texto propuesto.
X. Anexos.

I. Síntesis del proyecto

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

El texto propuesto para primer debate se estructura en cinco artículos: el objeto (artículo 1°); las definiciones (artículo 2°); la prohibición de los bloqueadores de la pubertad con fines de afirmación de género y de los procedimientos hormonales y quirúrgicos de afirmación de género en menores de dieciocho años, con el deber de garantizar su atención integral en salud mental y las excepciones de la pubertad precoz, de las alteraciones congénitas, genéticas o cromosómicas del desarrollo sexual y de las demás indicaciones clínicas distintas de la afirmación de género (artículo 3°); el régimen sancionatorio ético-disciplinario del médico y el deber de las EPS e IPS de no autorizar, financiar ni prestar los procedimientos prohibidos (artículo 4°), y la reglamentación y vigencia (artículo 5°). Las modificaciones frente al texto radicado se explican en el pliego modificatorio (capítulo V).

Naturaleza	Proyecto de ley
Consecutivo	No. 211 de 2026 (Senado)
Título	Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones
Materia	Niños
Autor	H.S Andrés Eduardo Forero Molina y otros.
Ponentes	H.S. Andrés Eduardo Forero Molina
Origen	Senado de la República
Radicación	2026/08/26 (senado)
Estado	Primer debate Senado

II. Antecedentes del proyecto de ley

El proyecto de ley tiene como antecedentes legislativos el Proyecto de Ley 183 de 2023 Senado, publicado en la Gaceta del Congreso n.º 1416 de 2023; el Proyecto de Ley 001 de 2024 Senado, publicado en la Gaceta del Congreso n.º 1118 de 2024, y el Proyecto de Ley 001 de 2025 Senado, publicado en la Gaceta del Congreso n.º 1279 de 2025.

La presente iniciativa legislativa da continuidad a este proceso legislativo, recogiendo trazabilidad de los Proyectos de Ley previamente radicados y desarrollándolos en una nueva iniciativa legislativa.

III. Análisis de la Iniciativa

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

Lo anterior debido a que dichos procedimientos para el manejo de la disforia o incongruencia de género en menores de edad aumentan el riesgo de consecuencias irreversibles a nivel de salud física como osteoporosis, enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes tipo 2, además, eleva el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamarios. Así mismo, estas intervenciones pueden afectar la fertilidad futura de forma irreversible., según la Recomendación 3 (pág. 20) de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social[1]. Estos riesgos se desarrollan en el numeral 2.4.

Aunque hay estudios acerca de la mejoría sostenida en la salud mental como la ansiedad, depresión, y la reducción en la ideación y/o conducta suicida por el suministro de estos tratamientos, la evidencia científica es marcadamente limitada, altamente sesgada e incierta, según la revisión independiente encargada por el Servicio Nacional de Salud británico (Informe Cass)[2]. Por otro lado, a nivel mental, se ha constatado que los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos incrementan el riesgo a que se desencadenen trastornos psicoafectivos y psiquiátricos. Incluso la WPATH, en su versión 7, reconoce que dichos tratamientos podrían desestabilizar psiquiátricamente, ocasionando "*(…) el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo y otros trastornos que pueden incluir síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado con dosis elevadas o con niveles suprafisiológicos de testosterona en sangre*".[3]

Las recomendaciones de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), cuyos Estándares de Atención en su versión 8 (SOC8, 2022) suelen presentarse como expresión de consenso médico, han sido objeto de serios cuestionamientos metodológicos. La revisión sistemática sobre la calidad de las guías clínicas encargada por la revisión Cass, realizada por la Universidad de York y publicada en *Archives of Disease in Childhood*, evaluó la SOC8 con el instrumento internacional AGREE II y le asignó un 35 % en rigor del desarrollo, un 24 % en aplicabilidad y un 39 % en independencia editorial; solo las guías de Suecia y Finlandia fueron recomendadas para la práctica por los tres evaluadores.[4] Esa misma revisión advirtió que la SOC8 se apoya en guías nacionales que, a su vez, habían sido influidas considerablemente por la versión anterior de la WPATH.[5] Una evaluación independiente publicada en *Archives of Sexual Behavior* en 2026 llegó a conclusiones similares: la guía presenta limitaciones de rigor científico y metodológico, de aplicabilidad y de transparencia en el manejo de conflictos de interés, y tres de sus ocho evaluadores recomendaron no utilizarla.[6] La propia WPATH reconoce, en el capítulo sobre adolescentes, que el número de estudios es aún bajo y que, por ello, no es posible una revisión sistemática sobre los resultados del tratamiento en esta población.[7] A lo anterior se suma que, según documentos presentados ante la justicia de los Estados Unidos, la WPATH condicionó a su aprobación la publicación de las revisiones sistemáticas que encargó a la Universidad Johns Hopkins, de las cuales solo dos llegaron a publicarse.[8] En consecuencia, las recomendaciones de la WPATH para menores de edad descansan, en lo sustancial, en el consenso de expertos y no en evidencia sistemáticamente evaluada, y no pueden invocarse como prueba de que exista certeza científica sobre los beneficios de estos tratamientos.

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

A su vez, las intervenciones en salud anteriormente mencionadas no cuentan con estudios clínicos suficientes que afirmen su seguridad, eficacia o beneficios para los niños, niñas y adolescentes[9,10,11]. Asimismo, actualmente no hay estudios que dejen claros los efectos adversos a largo plazo[12,13]. Esta incertidumbre científica se evidencia en la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad en población pediátrica, lo que impide una adecuada valoración de la relación riesgo-beneficio.

Adicionalmente, en Colombia, **no existe una autorización sanitaria específica del INVIMA para el uso de estos medicamentos con fines de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes.** Cuando estos medicamentos se utilizan para indicaciones o poblaciones distintas de las contempladas en su registro sanitario, su utilización corresponde a un uso **off-label**,[14] por lo que dicha utilización debe diferenciarse de las indicaciones para las cuales los principios activos cuentan con registro sanitario. Esta circunstancia exige valorar la evidencia científica específica sobre su seguridad, eficacia y efectividad en esta población, así como sus riesgos, contraindicaciones y mecanismos de farmacovigilancia.

A su vez, el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece condiciones para la financiación con recursos públicos de servicios y tecnologías en salud, entre ellas la ausencia de evidencia científica sobre su seguridad, eficacia o efectividad clínica, la falta de autorización por la autoridad sanitaria competente o su carácter experimental.[15] Por tanto, cualquier intervención farmacológica utilizada en niños, niñas y adolescentes para el tratamiento de la disforia o incongruencia de género debe analizarse a la luz de su registro sanitario, la autorización correspondiente, la evidencia científica específica para esta población y su perfil de seguridad.

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

En este contexto, se resalta el principio de precaución en medicina, lo cual implica que no puede

---

1 Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans. Versión para profesionales de la salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.

2 Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. Londres: NHS England; abril de 2024. Disponible en: https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/

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

4 Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T. y Fraser, L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2). https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499. Disponible en: https://adc.bmj.com/content/archdischild/early/2024/04/09/archdischild-2023-326499.full.pdf

5 Ibíd. Según los autores, la SOC8 identifica como recursos numerosas guías nacionales y regionales «all of which were themselves influenced considerably by WPATH V.7».

6 Zhang, Y., Januš, D., Kaltiala, R., Karvonen, M., Ptak, J. J. y Yepes-Nuñez, J. J. (2026). Quality of the World Professional Association for Transgender Health Guideline Standards of Care 8: An Appraisal Using the AGREE II Instrument. *Archives of Sexual Behavior*, 55, 1845–1857. https://doi.org/10.1007/s10508-025-03399-6. Los autores concluyen: «Our assessment revealed that WPATH's SOC8 guidelines have limitations in scientific and methodological rigor, applicability, and transparency in managing competing interests».

7 Coleman, E. et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1–S259, capítulo 6 (Adolescentes): «a systematic review regarding outcomes of treatment in adolescents is not possible». La frase es reproducida por la EPATH y la WPATH en su declaración conjunta de 2023, disponible en: https://otdchile.org/wp-content/uploads/2024/06/Joint-statement-EPATH-and-WPATH-.pdf

8 Block, J. (2024). Dispute arises over World Professional Association for Transgender Health's involvement in WHO's trans health guideline. *BMJ*, 387, q2227. Disponible en: https://www.bmj.com/content/bmj/387/bmj.q2227.full.pdf. La WPATH niega haber suprimido dichas revisiones y sostiene que solo discutió el momento de su publicación: declaración de Eli Coleman de 1 de julio de 2024 en el proceso *Boe v. Marshall* (Tribunal Federal del Distrito Medio de Alabama, caso 2:22-cv-00184), disponible en: https://segm.org/sites/default/files/Boe%20v.%20Marshall%20Case%20222-cv-00184%20629-20%20Exhibit%2020%20(Declaration%20of%20Eli%20Coleman).pdf

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

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

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

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

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

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

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

descartarse un daño potencial y que se debe optar por limitar las intervenciones.

A nivel internacional también se han producido pronunciamientos en esta materia. El **6 de junio de 2024**, el **American College of Pediatricians (ACPeds)** promulgó la **"Doctors Protecting Children Declaration"**, suscrita por **18 organizaciones médicas y de profesionales de la salud**, que, en conjunto, representan a más de **75.000 médicos y profesionales de la salud**, consignatarios procedentes de **60 países**. La declaración solicita detener la promoción de la afirmación social, los bloqueadores de la pubertad, las hormonas sexuales cruzadas y las intervenciones quirúrgicas en niños, niñas y adolescentes que experimentan angustia relacionada con su sexo biológico, **señalando como fundamento los riesgos potenciales que estas intervenciones pueden representar para la salud física y mental de esta población**.[16]

En esta misma línea, un estudio realizado en Finlandia[17] que buscaba identificar la morbilidad psiquiátrica entre adolescentes y adultos jóvenes que contactaron a los servicios especializados de identidad de género entre 1996–2019, estableció que los adolescentes y adultos jóvenes que consultaron a los servicios especializados presentaron una carga de morbilidad psiquiátrica grave, claramente superior a la de sus pares de la población en general, tanto antes como al menos dos años después de la primera consulta. Los autores sostienen que las necesidades de atención psiquiátrica no disminuyeron tras la reasignación médica de género y, en los datos observados, aumentaron de forma importante en quienes la recibieron.

En países que han implementado rutas afirmativas como el "método holandés", existen demandas por daños ocasionados a menores de edad, como es el caso de Estados Unidos y Reino Unido, dos estados que, junto a otros como Suecia, Finlandia[18] y Dinamarca, han implementado enfoques precautorios similares a los planteados en el presente proyecto de ley, como se expone en el numeral 3 de este capítulo. Su decisión se fundamenta en que los sistemas sanitarios europeos han revisado los beneficios esperados versus los potenciales riesgos y justifican la restricción del uso de los bloqueadores hormonales, recomendando priorizar el acompañamiento psicológico y psiquiátrico. Reconocieron incertidumbre significativa respecto a la eficacia y seguridad de la terapia afirmativa de género, haciendo una fuerte recomendación en aumentar la producción científica de alta calidad antes de su implementación generalizada.

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

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

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

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

1. CONCEPTOS Y TÉRMINOS

1.1. Definiciones

a. **Sexo biológico:** Condición biológica de una persona determinada por el conjunto de características cromosómicas, genéticas, gonadales, hormonales y anatómicas que permiten su clasificación como hombre o mujer. En condiciones típicas del desarrollo, el sexo masculino se asocia con el cariotipo XY y el sexo femenino con el cariotipo XX, sin desconocer la existencia de variaciones del desarrollo sexual.[19]

b. **Disforia de Género (DG):** En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR) de 2022[20], se describe como malestar o deterioro clínicamente significativo asociado a una marcada incongruencia entre el género experimentado o expresado por la persona y el sexo asignado al nacer, por un periodo de tiempo de al menos 6 meses y que cumpla con los criterios clínicos específicos[21]. Es de destacar que debe existir un deterioro en la funcionalidad de la persona en su desarrollo personal, social, académico u ocupacional.

c. **Identidad de Género:** Vivencia interna e individual del género tal como cada persona la experimenta y percibe. Esta vivencia puede expresarse en la percepción de su propio cuerpo, en la apariencia, en el comportamiento y en otras formas de presentación personal, que pueden ser similares a las de otras personas de un género determinado.[22]

d. **Transición social:** Manifestación o expresión social de la identidad de género. Puede incluir cambios en el nombre, pronombres, forma de vestir, de hablar o de conducta. No necesariamente implica intervenciones clínico-quirúrgicas.

e. **Transgénero:** Se refiere al amplio espectro de individuos que se identifican, de forma permanente, con un género diferente de su sexo biológico.[23]

f. **Transexual:** Persona cuya identidad de género difiere del sexo biológico y que busca, está realizando o ha realizado una transición social y, en algunos casos, intervenciones médicas tales como tratamientos hormonales o procedimientos quirúrgicos, con el fin de adecuar sus características físicas (fenotípicas) a su identidad de género. No todas las personas transexuales desean o acceden a intervenciones médicas.

g. **Incongruencia de Género:** Se define como una marcada y persistente incongruencia o falta de correspondencia entre el género experimentado de la persona y el sexo biológico[24]. Suele asociarse con el deseo de realizar una transición social, hormonal, quirúrgica u otras intervenciones sanitarias para adecuar el cuerpo al género experimentado.

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

   La discordancia de género se incluye en el Capítulo 17 del CIE-11. Este capítulo ha sido formulado para agrupar condiciones relacionadas con la salud sexual y permite la categorización de las condiciones relacionadas con la identidad de género sin estigmatización, manteniendo la clasificación de estas condiciones dentro del sistema de codificación sanitaria, sin que ello implique un pronunciamiento diagnóstico definitivo, para que las intervenciones de salud relacionadas puedan gestionarse administrativamente dentro del sistema de salud.[25] La CIE-11 sustituyó el «trastorno de identidad de género en la infancia» de la CIE-10 por la «discordancia de género en la infancia», definida como una incongruencia marcada y persistente entre la experiencia o expresión de género individual y el sexo asignado en infantes prepúberes. Con la CIE-11, publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2018, adoptada en 2019 y vigente desde el 1 de enero de 2022, la incongruencia de género dejó de clasificarse en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento[26].

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

h. **Ruta afirmativa:** Es la ruta de atención en salud orientada al reconocimiento y acompañamiento de la identidad de género autopercibida, sin intentar modificarla, en donde se establecen intervenciones en salud mental y física para la transición social o médica que la persona decida emprender[27].

i. **Ruta de afirmación de género a nivel médico:** Las Normas de Atención para la Salud de Personas Transgénero y con Diversidad de Género (Standards of Care, Versión 8) de la WPATH describen una ruta de atención afirmativa que contempla intervenciones progresivas de acuerdo con la etapa del desarrollo y la evaluación clínica individual. Esta ruta incluye la utilización de supresores de la pubertad mediante análogos de la GnRH una vez iniciado el estadio de Tanner 2, el inicio de la terapia hormonal de afirmación de género en la adolescencia cuando se cumplen los criterios clínicos establecidos y, en términos generales, la realización de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género en la mayoría de edad, aunque prevé la posibilidad de determinadas intervenciones antes de los 18 años en circunstancias específicas y tras una evaluación multidisciplinaria.[28]

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

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

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

   La edad típica de aparición en las niñas (mujeres), el estadio Tanner 2 suele aparecer entre los **8 y 13 años** y en los niños (varones) típicamente aparece entre los **9 y 14 años**. Esta fase brinda a médicos, educadores y padres la posibilidad de determinar si el crecimiento sexual y físico del adolescente se encuentra en los límites normales o si existen señales de pubertad temprana o tardía que podrían necesitar intervención médica.[29]

k. **Bloqueadores de Pubertad**: Son medicamentos que se utilizan para retrasar temporalmente la progresión puberal. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el

---

[16] CHILDREN DP. Declaración de los médicos que protegen a los niños2024. Available from: https://doctorsprotectingchildren.org/.

[17] S.-M. Ruuska, K. Tuisku, T. Holttinen, and R. Kaltiala, " Psychiatric Morbidity Among Adolescents and Young Adults Who Contacted Specialised Gender Identity Services in Finland in 1996–2019: A Register Study," Acta Paediatrica 115, no. 7 (2026): 1545–1553, https://doi.org/10.1111/apa.70533.

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

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

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

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

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

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

[24] García RR, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019:65-7.

[25] García RR, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019:65-7.

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

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

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

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

estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales[30]. Su indicación de uso durante la infancia es principalmente el tratamiento de la pubertad precoz, con el fin de retrasar la aparición de caracteres sexuales secundarios (desarrollo de senos, menstruación, crecimiento de vello facial y cambio de voz).[31]

l. **Tratamiento Hormonal de Afirmación de Género:** Medicamentos que tienen como fin inducir características sexuales secundarias acordes con el objetivo terapéutico de afirmación de género, mediante la administración de estrógenos, testosterona u otros agentes hormonales, según el tipo de transición y el objetivo clínico establecido.[32]

m. **Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género según la WPATH:** Este tipo de procedimiento tiene como fin modificar características corporales para favorecer la concordancia con la identidad de género de la persona. Según la WPATH, en su versión más actualizada —los Standards of Care, versión 8—, si bien se recomienda realizar la cirugía de afirmación de género después de los 18 años, se contemplan casos excepcionales en los que podría realizarse antes de esa edad.

1.2. Consideraciones

El término Disforia de Género continúa vigente en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR, 2022) y constituye un diagnóstico clínico definido por el malestar clínicamente significativo asociado a la incongruencia entre el género experimentado y el sexo biológico, como ya se mencionó en las definiciones. Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) adoptó el término Incongruencia de Género y lo ubicó fuera del capítulo de trastornos mentales. Pese a estas diferencias terminológicas, muchos de los documentos e información científica disponible fueron desarrollados y fundamentados en el diagnóstico de disforia de género o diagnósticos equivalentes. Esto se debe a que, por sugerencia de la WPATH en sus versiones iniciales, el criterio diagnóstico fue requisito para llevar a cabo tratamientos de afirmación de género[33]. Por tal razón, diversos estudios médico-científicos sobre las posibles factores asociados, comorbilidades, la eficacia de los supresores de la pubertad, los tratamientos hormonales y las cirugías de afirmación de género tienen como base este diagnóstico o diagnósticos equivalentes.

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

Es inminente precisar que, aunque el término de Disforia de Género se encuentra vigente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición más actualizada (DSM-5-TR) del año 2022, por directrices de la ONU y la WPATH-Versión 8, a nivel internacional hay una marcada tendencia de omitir el criterio diagnóstico consignado en el DSM-5-TR, en aras de no "discriminar" a la población transexual o de género diverso, con el fin de brindarles, sin que exista consenso sobre la suficiencia de la evidencia disponible, los tratamientos médicos de afirmación de género, enfatizándose primordialmente en los niños, niñas y adolescentes[34].

Por lo tanto, la tendencia hacia la despatologización de la disforia de género ha favorecido modelos de atención centrados en la afirmación de la identidad de género. Diversos autores han señalado que este enfoque puede reducir el énfasis en una formulación clínica integral, que incluya la evaluación de posibles factores asociados, del neurodesarrollo, y de otras condiciones coexistentes, lo que ha motivado recomendaciones para fortalecer las valoraciones multidisciplinarias en niños, niñas y adolescentes[35].

1.2.1. Posibles factores asociados y comorbilidades a la Disforia de Género

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

A. Posibles factores asociados

Experiencias traumáticas

Varios estudios constatan la existencia de posibles factores asociados para que se desarrollen los síntomas de la disforia de género, entre ellas se encuentran las experiencias traumáticas y problemas de salud mental[36]. Littman, en un estudio de encuesta retrospectiva con muestra autoseleccionada de personas que interrumpieron su transición, reclutadas a través de foros y comunidades en línea —lo que limita la posibilidad de generalizar sus resultados—, reportó en el año 2021 que el (58%) de las personas que tuvieron disforia de género tenían antecedentes de experiencias traumáticas o de trastorno afectivo[37], siendo corroborado por otros estudios[38]. En ese mismo estudio se indagó la razón por la cual varias personas decidieron detransicionar, y se halló que el (60%) (45 mujeres y 15 hombres) lo hicieron porque se sentían mejor identificándose con su sexo biológico; el (49%), porque fueron conscientes de las complicaciones médicas que subyacen a los tratamientos; el (38%), porque se dieron cuenta de que la disforia de género estaba asociada a un abuso, trauma o problema de salud mental; el (42%), porque los tratamientos médicos para la disforia de género no mejoraron sus síntomas relacionados con su salud mental; el (33%), porque vivieron de manera egodistónica los cambios físicos que produjo la transición; y el (34%), porque sus síntomas mentales se agudizaron con los tratamientos para la disforia de género.

Siguiendo la misma línea, un estudio llevado a cabo por Craig SL y colaboradores en el año 2020, con una muestra poblacional de 3.508 adolescentes que oscilaban entre los 14-18 años pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+, reportó que el (58%) había sufrido negligencia emocional en la infancia; el (56%) padeció abuso emocional; y el (51%) convivió con un familiar que tenía problemas de salud mental. El mismo estudio concluyó que el (43%) de los adolescentes estuvo expuesto a situaciones traumáticas en la infancia, las cuales generaron un alto impacto en su salud mental[39].

Influencia social

Por otro lado, **el aumento observado en la solicitud de tratamientos médicos de afirmación de género en menores de edad responde a diferentes factores, entre ellos: el fácil acceso a este tipo de tratamientos, la influencia de las redes sociales, la opinión pública y una mayor aceptación social**[40]. En esta misma línea argumental, un estudio llevado a cabo por Fernández Rodríguez y colaboradores en España en el año 2022 reportó que el (44,4%) de los menores de edad con disforia de género pertenecían o tuvieron contacto con los grupos LGBTI; y el (39,7%) afirmó que las redes sociales tuvieron un papel importante para decidir iniciar los tratamientos médicos de afirmación de género[41].

Cambios ocasionados por la pubertad

La pubertad constituye una etapa del desarrollo caracterizada por importantes transformaciones físicas, hormonales y psicológicas que pueden generar dificultades en la adaptación a los cambios corporales y afectar la percepción de la propia imagen corporal. Durante este periodo, tanto los hombres como las mujeres adolescentes pueden experimentar inseguridad, comparación social y preocupación por la apariencia física, especialmente cuando existe una discrepancia entre los cambios corporales propios y los ideales corporales sociales[42].

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

De igual manera, un estudio llevado a cabo por **McLean y Colaboradores (2020)** evaluó una muestra de **735 adolescentes** (367 hombres y 368 mujeres), encontrando que el **37,9 % de los varones** y el **20,7 % de las mujeres** presentaban insatisfacción corporal moderada, mientras que la insatisfacción corporal clínicamente significativa estuvo presente en el **6,8 % de los hombres** y el **19,6 % de las mujeres**[43]. De manera consistente, **Voelker et al. (2019)** señalaron que la adolescencia temprana representa un periodo crítico para la aparición de insatisfacción corporal debido a la interacción entre maduración puberal, comparación social y presión por cumplir determinados ideales físicos[44].

En algunos adolescentes con incongruencia o disforia de género, la percepción negativa del propio cuerpo puede estar relacionada con el malestar experimentado frente a determinadas características sexuales secundarias, asociadas con la pubertad. **Marchiano (2017)** planteó que, en un subgrupo de adolescentes con aparición tardía de disforia de género, podrían coexistir factores como dificultades con la imagen corporal, malestar psicológico, influencia del grupo de pares y exposición a comunidades digitales[45]. En este mismo sentido, **Romito y Colaboradores (2021),** mediante entrevistas semiestructuradas a adolescentes transgénero de entre 16 y 20 años, encontraron que todos los participantes reportaron al menos una conducta dirigida a modificar su peso o apariencia corporal, identificando que la insatisfacción corporal estaba relacionada tanto con factores específicos asociados al género como con procesos generales del desarrollo adolescente[46].

B. Comorbilidades

Actualmente, no existen estudios de alta calidad metodológica que demuestren de manera consistente un beneficio causal de este enfoque en la disminución de síntomas depresivos o ansiosos, ideación suicida u otras alteraciones psicológicas asociadas[47]. Por el contrario, algunos estudios reportan un aumento de síntomas afectivos[48]; otros han documentado que los adolescentes con disforia de género presentan, en comparación con sus pares, mayores tasas de afectación del bienestar psicológico, incluyendo síntomas de depresión, ansiedad[49,50], autolesiones e ideación o conductas suicidas[51,52].

---

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

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

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

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

[34] Madrigal-Borloz V. Prácticas de las llamadas "terapias de conversión." ONU : Consejo de derechos humanos ; 2020 Jul: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/108/71/pdf/g2010871.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[52] di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic

Asimismo, se ha evidenciado una **asociación y alta prevalencia de la disforia de género con los trastornos psicopatológicos**[53], **como el trastorno de la conducta alimentaria**[54]**, el trastorno de la personalidad, los trastornos afectivos, los trastornos psicóticos, y los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas**[55]. En este sentido, un estudio que se llevó a cabo en Europa y en Estados Unidos, citado por Becerra Fernández en el año 2020, refiere que entre el (40-45%) de los jóvenes con disforia de género presentaban antecedentes de trastornos psicopatológicos[56].

Siguiendo esta misma línea argumental, un estudio realizado por Lipson y colaboradores en el año 2019, con una muestra poblacional total de 65.213 estudiantes, de los cuales 1.237 formaban parte de la población transgénero, de 71 campus universitarios de EE. UU., halló que el (78%) de los estudiantes transgénero presentaban problemas de salud mental como el trastorno de depresión, el trastorno de ansiedad, el trastorno de la conducta alimentaria, autolesiones y tendencia a la conducta suicida, en comparación con los estudiantes cisgénero; los autores reportaron que la población transgénero tiene 4,3 veces mayor probabilidad de padecer un problema de salud mental[57].

Liu et al. (2019) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó **51 estudios empíricos (54 muestras independientes)**, con una población acumulada superior a **282.000 participantes**, con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores asociados a las autolesiones no suicidas en personas pertenecientes a minorías sexuales y de género. Los autores encontraron que la prevalencia de autolesiones durante la vida alcanzó el **46,65 % en población transgénero**, cifra superior a la observada en minorías sexuales (29,68 %) y en población heterosexual/cisgénero (14,57 %)[58].

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

2. FUNDAMENTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS

2.1. Marco teórico del problema de salud pública: epidemiología de la población transgénero en Colombia

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

A nivel internacional, una revisión sistemática publicada en 2022[59] sobre disforia de género en adolescentes encontró que la evidencia disponible es insuficiente para determinar la prevalencia de esta condición, debido a la falta de estudios poblacionales representativos, el solapamiento de muestras y el predominio de estudios observacionales realizados en centros especializados. Sin embargo, los autores documentaron un aumento en la frecuencia de consultas relacionadas con identidad de género y cambios en las características demográficas de los pacientes atendidos.

En Colombia la información también es limitada. Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, durante el período agosto de 2023 a julio de 2024 se estimó una población de aproximadamente 487.000 personas LGBT, equivalente al 1,3% de la población adulta del país. No obstante, esta encuesta no discrimina la identidad de género dentro del colectivo LGBT, por lo que no permite determinar el número específico de personas transgénero. [60]

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

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

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

Por su parte, ONUSIDA, a través de su publicación interactiva *Atlas de Poblaciones Clave*, estimó para el año 2023 una población transgénero de aproximadamente 22.900 personas en Colombia[61]**.** Asimismo, el Registro Voluntario para la Visibilidad de la Diversidad Sexual y de Género en Colombia reportó que, de 6.541 registros válidos recopilados en 2022, 5.686 personas se identificaron como LGBTI o con otras orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas; de ellas, el 2,1% correspondía a mujeres trans y personas transfemeninas y el 1,7% a hombres trans y personas transmasculinas[62]. Sin embargo, debido al carácter voluntario de este registro, sus resultados no pueden considerarse representativos de la población nacional.

La literatura internacional muestra una amplia variabilidad en las estimaciones de prevalencia. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en la *European Psychiatry* reportó una prevalencia global de transexualismo de 4,6 por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia estimada de 6,8 por 100.000 para mujeres trans y de 2,6 por 100.000 para hombres trans[63]. Los autores concluyeron que la prevalencia reportada ha mostrado una tendencia creciente en las últimas décadas. Estudios posteriores realizados en centros especializados han documentado cifras superiores y un incremento sostenido en la demanda de servicios relacionados con identidad de género[64], cifras que, como se señaló, deben interpretarse con cautela, dadas las limitaciones metodológicas ya expuestas (heterogeneidad de definiciones, ausencia de estudios poblacionales representativos y predominio de muestras clínicas no generalizables).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2018;172(12):1145-52.
[53] Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. Int Rev Psychiatry. 2016; 28 : 44–57.
[54] Villaverde González A, Fernández Rodríguez M, Fontanil Gómez Y, Guerra Mora P, Camero García A. ¿Están Asociados Los Trastornos De La Conducta Alimentaria a La Disforia De Género En Población Clínica Adulta? *Trastor la Conduct Aliment*. 2018;27(27):2943-2967. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7114200.pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7114200
[55] Ocampo-Serna S, Gutiérrez-Segura JC, Vallejo-González S. Adult Gender Dysphoria with Coronary Disease: Case Report and Literature Review. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)*. 2020;49(3):211-215. doi:10.1016/j.rcpeng.2018.10.008
[56] Becerra Fernández A. Disforia de género/incongruencia de género: transición y detransición, persistencia y desistencia TT - Gender dysphoria/gender incongruity: Transition and discontinuation, persistence and desistance. *Endocrinol diabetes nutr (Ed impr)*. 2020;67(9):559-561. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-197336
[57] Lipson, Sarah Ketchen, et al. "Gender minority mental health in the US: Results of a national survey on college campuses." *American journal of preventive medicine* 57.3 (2019): 293-301.
[58] Liu RT, Sheehan AE, Walsh RFL, Sanzari CM, Cheek SM, Hernandez EM. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2019 Dec;74:101783. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101783. Epub 2019 Nov 9. PMID: 31734440; PMCID: PMC6896220.

[59] Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sämfjord, A., & Gillberg, C. (2022). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. *PLOS Glob Public Health*, 2(3), e0000245. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245
[60] DANE. Mercado laboral de la población LGBT
Año móvil agosto 2023 - julio 2024. 2024.
[61] ONUSIDA (UNAIDS). Key Populations Atlas. Disponible en: https://kpatlas.unaids.org/

[62] DANE. Nota estadística: Registro Voluntario para la Visibilidad de la Diversidad Sexual y de Género en Colombia. Bogotá: DANE; 2023. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/2023-May-NotaEstadistica-RegistroVoluntarioLGBTI.pdf
[63] Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry. 2015;30(6):807-815. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.
[64] Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sämfjord, A., & Gillberg, C. (2022). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. PLOS Glob Public Health, 2(3), e0000245. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245

2.4. Posibles riesgos de las intervenciones farmacológicas de afirmación de género

A nivel científico se encuentran documentados en estudios observacionales, si bien de calidad metodológica limitada,[65,66] los **efectos negativos** que dichos tratamientos pueden causar en la salud de los menores de edad, muchos de los cuales pueden ser **irreversibles** y alteran tanto su salud física como mental. Si bien se necesitan de ensayos clínicos bajo protocolos de investigación para determinar con total precisión sus efectos hasta la edad adulta y por el resto de la vida, esto no es óbice para señalar los riesgos potenciales identificados con casos registrados en las investigaciones y revisiones sistemáticas.

2.4.1. Bloqueadores de la Pubertad

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) clasifica los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), utilizados para la supresión puberal, como una intervención totalmente reversible, en el sentido de que, al suspenderse el medicamento, la función del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas puede reanudarse y la pubertad continuar su curso.[67] La Guía de Práctica Clínica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, publicada en 2025, establece que la supresión puberal puede iniciarse desde los primeros signos físicos de la pubertad, correspondientes al estadio Tanner II: desarrollo mamario Tanner II en mujeres menores de edad y desarrollo testicular Tanner II en hombres menores de edad. Por tanto, **el criterio establecido por la guía permite que esta intervención farmacológica se inicie desde etapas tempranas de la pubertad fisiológica, que en términos de edad pueden encontrarse alrededor de los 8 años en algunas niñas y, de los 9 años en algunos niños**, aunque existe variabilidad individual y Tanner II constituye el criterio clínico propiamente dicho.[68]

Esto debe diferenciarse del tratamiento de la pubertad precoz, que se indica cuando los signos puberales aparecen antes de esos umbrales. En consecuencia, cuando los análogos de GnRH se utilizan en menores que presentan un desarrollo puberal dentro de los parámetros fisiológicos, la valoración no puede limitarse a considerar la reversibilidad del efecto farmacológico, sino que debe tener en cuenta **la edad de inicio, la duración del tratamiento y el tiempo durante el cual permanecen suprimidas las hormonas gonadales** durante un período de maduración biológica, así como los posibles efectos asociados a una exposición prolongada.

Teniendo en cuenta que, durante esta etapa del desarrollo, el incremento de las hormonas sexuales gonadales, principalmente estradiol y testosterona, no se limita a la maduración de los órganos reproductivos, sino que participa en procesos de desarrollo, diferenciación y regulación de múltiples sistemas del organismo. Los esteroides sexuales intervienen en el crecimiento y la maduración esquelética, tanto mediante el eje GH/IGF-1 como directamente sobre las placas de crecimiento, siendo el estrógeno fundamental para la aceleración del crecimiento y la posterior fusión epifisaria.[69]

Asimismo, durante la pubertad se producen cambios estructurales y funcionales en el cerebro asociados, entre otros factores, con las variaciones en los niveles de esteroides sexuales. Estas hormonas participan en la organización y remodelación de circuitos neuronales, la plasticidad neuronal y la maduración cerebral,[70,71] y se relacionan con cambios en la materia gris y blanca en diferentes regiones cerebrales,[72,73] incluida la corteza prefrontal.[74] También intervienen en la modulación de sistemas de neurotransmisión, entre ellos los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, relacionados con procesos como la regulación emocional, la motivación, la respuesta al estrés y la conducta.[75,76,77]

Además, los cambios hormonales propios de la pubertad también se relacionan con modificaciones del sistema inmunitario y con diferencias en la respuesta inmunológica entre ambos sexos.[78] De igual manera, las hormonas sexuales ejercen acciones directas sobre el sistema cardiovascular: existen receptores para estos esteroides en tejidos cardíacos y vasculares, y sus efectos intervienen en la regulación del tono vascular, la función endotelial, la presión arterial, la estructura cardíaca y otros procesos de la fisiología cardiovascular.[79,80] En consecuencia, la evidencia endocrinológica indica que la acción de las hormonas gonadales durante la pubertad constituye un proceso de carácter multisistémico, que participa en la maduración normal del sistema reproductivo, nervioso, musculoesquelético, inmunitario y cardiovascular.[81]

Por tanto, la interrupción o alteración de este proceso fisiológico mediante el uso de bloqueadores de la pubertad, como los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), durante una etapa crítica del desarrollo puede constituir un riesgo para la salud de los niños, niñas y adolescentes. Si bien la evidencia científica sobre algunos de sus efectos a largo plazo aún es limitada, existen hallazgos documentados en determinados sistemas, particularmente en relación con la adquisición y densidad mineral ósea.

La evidencia disponible muestra que la supresión puberal mediante agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRHa) en adolescentes con disforia o incongruencia de género se asocia con una reducción de la adquisición de masa ósea durante el tratamiento. Estudios longitudinales han documentado descensos de los z-scores de densidad mineral ósea, particularmente en columna lumbar y cadera, durante la supresión puberal.[82] Asimismo, investigaciones más recientes han observado que períodos prolongados de supresión puberal se acompañan de menor adquisición de masa ósea, aumento de la masa grasa y menor adquisición de masa magra.[83] El metaanálisis más reciente, que reunió 10 cohortes y 751 adolescentes, encontró una disminución de los z-scores de columna lumbar durante la supresión puberal de −0,97 en mujeres biológicas y, −0,73 en hombres biológicos, con recuperación posterior parcial tras las hormonas sexuales.[84]

2.4.2. Hormonización Cruzada

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) clasifica la terapia hormonal de afirmación de género como una intervención parcialmente reversible, debido a que, aunque algunos de sus efectos pueden modificarse o desaparecer tras la suspensión del tratamiento, otros cambios físicos pueden persistir[85]. En concordancia con esta clasificación, la Guía de Práctica Clínica colombiana de 2025 caracteriza la terapia hormonal de afirmación de género como una intervención parcialmente irreversible y establece los 16 años como edad de referencia para su inicio, contemplando su utilización antes de esta edad en situaciones excepcionales[86].

Debe tenerse presente que la administración exógena de hormonas sexuales —estrógenos o testosterona— modifica el entorno endocrino propio de la pubertad y altera la exposición fisiológica del organismo a los esteroides sexuales endógenos, con efectos sobre diversos sistemas, incluidos el hematológico, cardiovascular, metabólico, musculoesquelético y reproductivo.[87]

Esta consideración adquiere especial relevancia cuando la hormonización cruzada se realiza después o conjuntamente con la supresión farmacológica de la pubertad mediante agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), puesto que en estos casos se interviene farmacológicamente sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gónada: inicialmente se inhibe la secreción de gonadotropinas y la producción endógena de hormonas sexuales y, posteriormente, se administra de manera sostenida una hormona sexual exógena diferente de aquella producida fisiológicamente por las gónadas. Por tanto, además de considerar la reversibilidad individual de cada intervención, deben valorarse los riesgos derivados de modificar farmacológicamente un proceso endocrino fisiológico que participa en la maduración ósea, metabólica, cardiovascular y reproductiva durante la adolescencia.

Adicionalmente, la propia WPATH en sus Standards of Care, no desconoce la existencia de riesgos asociados a las terapias hormonales utilizadas para la transición. En su versión 7, identifica para las terapias feminizantes riesgos como enfermedad tromboembólica venosa, hipertrigliceridemia, litiasis biliar, aumento de peso, enfermedad cardiovascular, hipertensión, hiperprolactinemia y prolactinoma, así como un posible incremento del riesgo de diabetes mellitus tipo 2, particularmente en presencia de otros factores de riesgo. Para las terapias masculinizantes con testosterona, señala entre los riesgos policitemia, aumento de peso, alopecia androgénica, apnea del sueño, hiperlipidemia, elevación de enzimas hepáticas, desestabilización de determinados trastornos psiquiátricos, enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, WPATH aborda consideraciones relacionadas con determinados cánceres en personas sometidas a terapia hormonal, aunque advierte que la evidencia disponible para algunos de estos riesgos es limitada. Por tanto, el propio documento de WPATH reconoce expresamente que estas intervenciones no están exentas de riesgos médicos y requieren valoración y seguimiento clínico.[88]

2.4.3. Riesgo de pérdida de fertilidad

Los bloqueadores de la pubertad interrumpen procesos necesarios para la maduración gonadal, y las hormonas sexuales cruzadas pueden afectar la espermatogénesis o la función ovárica. Por ello, los tratamientos farmacológicos de afirmación de género exponen a los niños, niñas y adolescentes a un riesgo de pérdida de la fertilidad, que puede ser definitiva.[89]

La irreversibilidad de esta consecuencia, sumada a la insuficiente evidencia sobre los beneficios clínicos de estas intervenciones, justifica aplicar frente a ella el principio de precaución. Como se expone en el numeral 4.4.1, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-131 de 2014, declaró exequible la prohibición legal de la anticoncepción quirúrgica en menores de dieciocho años, en atención a la protección de sus derechos sexuales y reproductivos y a la irreversibilidad de la esterilización.

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

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

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

La práctica médica admite el uso excepcional de medicamentos fuera de indicación cuando

---

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

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

[67] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(sup1):S1-S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644.

[68] Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans. Versión para profesionales de la salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.

[69] Hansen AB, Wøjdemann D, Renault CH, Pedersen AT, Main KM, Raket LL, Jensen RB, Juul A. DIAGNOSIS OF ENDOCRINE DISEASE: Sex steroid action in adolescence: too much, too little; too early, too late. Eur J Endocrinol. 2021 Jan;184(1):R17-R28. doi: 10.1530/EJE-20-0545. PMID: 33112274.

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

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

[72] Peper JS, Brouwer RM, Schnack HG, van Baal GCM, van Leeuwen M, van den Berg SM, et al. Sex steroids and brain structure in pubertal boys and girls: a mini-review of neuroimaging studies. Neuroscience. 2011;191:28-37. doi:10.1016/j.neuroscience.2011.02.014.

[73] Vigil P, Orellana RF, Cortés ME, Molina CT, Switzer BE, Klaus H. Endocrine modulation of the adolescent brain: a review. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011;24(4):?

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

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

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

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

[78] Uccelli CC, Dunn SE. Effect of puberty on the immune system: relevance to multiple sclerosis. Front Pediatr. 2022;10:1059083. doi:10.3389/fped.2022.1059083.

[79] Allalou A, Peng J, Robinson M, Marruganti S, D'Aiuto F, Butler J, et al. Impact of puberty, sex determinants and chronic inflammation on cardiovascular risk in young people. Front Cardiovasc Med. 2023;10:1186248.

[80] Cignarella A, Bolego C, Barton M. Sex and sex steroids as determinants of cardiovascular risk. Steroids. 2024;206:109423. doi:10.1016/j.steroids.2024.109423.

[81] Hansen AB, Wøjdemann D, Renault CH, Pedersen AT, Main KM, Raket LL, et al. Sex steroid action in adolescence: too much, too little; too early, too late. Eur J Endocrinol. 2021;184(1):R17-R28. doi:10.1530/EJE-20-0545.

[82] Schagen SEE, Wouters FM, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG, Hannema SE. Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(12):e4252-e4263. doi:10.1210/clinem/dgaa604.

[83] Ciancia S, Dubois V, Craen M, Klink D, Verroken C, Vanderschueren D, Cools M. Effects of puberty suppression on bone, body composition, handgrip strength and glucolipid profile in early-pubertal transgender adolescents. Int J Transgend Health. 2024 May 16;26(3):861-873. doi: 10.1080/26895269.2024.2353224. PMID: 40756711; PMCID: PMC12312191.

[84] Tienforti D, Marinelli L, Terrana G, Di Geronimo R, Spagnolo L, Vervalcke J, et al. Bone accrual during puberty suppression and gender-affirming therapy in transgender adolescents: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Pediatr.** 2026 Aug 3. doi:10.1001/jamapediatrics.2026.2470.

[85] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(sup1):S1-S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644.

[86] Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans. Versión para profesionales de la salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.

[87] Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab.2017;102(11):3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658.

[88] Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. Int J Transgender Health. 2012;13(4):165-232. doi:10.1080/15532739.2011.700873.

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

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

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

En el registro sanitario del INVIMA se encuentran autorizados en Colombia los principios activos empleados en las rutas de bloqueo puberal y hormonización cruzada (entre ellos triptorelina, leuprolide, espironolactona, acetato de ciproterona, progestágenos, finasterida, estradiol y testosterona), sin que exista una indicación específica y expresa para su uso con fines de afirmación de género en menores de edad, según puede verificarse en el registro público de consulta del INVIMA.[90] El Anexo 1 de esta ponencia recoge los registros sanitarios de estos principios activos, cuyas indicaciones autorizadas corresponden a condiciones médicas distintas de la disforia o incongruencia de género.

Las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el uso racional de medicamentos y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ofrecen criterios que condicionan el uso de un medicamento fuera de su indicación autorizada[91,92]: (i) evidencia científica suficiente sobre su seguridad y eficacia para la condición específica; (ii) justificación clínica, por ausencia de una alternativa terapéutica mejor; (iii) consentimiento informado del paciente o de su representante, con explicación de que el uso no está aprobado, de sus riesgos, de los beneficios esperados y de las alternativas; (iv) monitoreo y seguimiento estrictos; (v) respeto de la normativa nacional y, en algunos países, aprobación de comités de ética o de autoridades regulatorias; (vi) cuidado reforzado y justificación más estricta en poblaciones vulnerables, como los niños; (vii) conformidad con los principios de la ética médica, y (viii) documentación detallada en la historia clínica.

En el caso de los menores de edad con disforia o incongruencia de género, el primero de esos criterios —evidencia suficiente de seguridad y eficacia— no se encuentra satisfecho, como se expuso en los numerales 2.2 y 2.3.

2.6. Intervenciones realizadas durante etapas críticas del desarrollo

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

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

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

2.6.1. Aplicación del principio de precaución

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

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

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

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

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

Consultas

Terapias

Procedimientos quirúrgicos

Ayudas diagnósticas - laboratorios / paraclínicos

El listado completo de códigos CUPS correspondientes a las consultas, terapias, procedimientos quirúrgicos y ayudas diagnósticas asociados a la ruta afirmativa se incluye como Anexo 2 de esta ponencia.

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

3. CONTEXTO INTERNACIONAL Y EXPERIENCIAS COMPARADAS

3.1. Síntesis del contexto internacional

País	Instrumento y fecha	Contenido esencial
Argentina	Decreto 62/2025 (6 feb. 2025)	Prohibición total de los tres tratamientos en menores de 18 años; modificó el artículo 11 de la Ley 26.743, que antes los permitía sin autorización judicial o administrativa.[93]
Brasil	Resolución CFM 2.427/2025 (8 abr. 2025)	Prohíbe bloqueadores de la pubertad, hormonización cruzada y cirugías de afirmación en menores de 18 años; excluye casos de pubertad precoz u otras condiciones endocrinas reconocidas.[94]
Canadá	Orden Ministerial 31 de 2025, Alberta (9 sep. 2025)	Prohíbe recetar terapias hormonales a menores con el fin de tratar la disforia o la incongruencia de género con algunas excepciones en la provincia de Alberta.[95]
Costa Rica	Proyecto de Ley 24.628 (en trámite)	Busca modificar la Ley General de Salud 5.395 de 1973 para prohibir los tres tratamientos en menores de edad, con excepción de intervenciones médicas no relacionadas con la identidad de género.[96]
Perú	Proyecto de Ley 12285-2025-CR (3 sep. 2025, en trámite)	Busca prohibir la prescripción, administración, venta o financiamiento de bloqueadores de la pubertad y hormonización cruzada, así como las cirugías de afirmación, en menores de edad.[97]
Puerto Rico	Ley 63 de 2025 (16 jul. 2025)	Prohíbe intervenciones quirúrgicas y tratamientos con bloqueadores de la pubertad u hormonas sexuales en menores de edad bajo el pretexto de una transición de género, al considerarlos contrarios al interés superior del menor.[98]
Australia	Dirección Ministerial QH-MD-002, Queensland (28 oct. 2025)	Prohíbe los bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada para la disforia de género en menores en el estado de Queensland; a nivel nacional el NHMRC revisa las guías de tratamiento.[99]
Nueva Zelanda	Medicines Amendment Regulations 2025 (vigente desde el 19 dic. 2025)	Restringe la prescripción de bloqueadores de la pubertad (análogos de gonadotropina) para la disforia e incongruencia de género en menores de edad.[100]
Singapur	Circular MOH n.º 44/2026 (5 may. 2026)	Prohíbe los tratamientos hormonales y quirúrgicos para la disforia de género en menores de 18 años; en mayores de edad solo se permiten en circunstancias excepcionales con acuerdo multidisciplinar.[101]
Finlandia	Guías PALKO/COHERE (2020, actualizadas dic. 2024)	Privilegian el apoyo psicosocial y la psicoterapia como primera línea de tratamiento, y califican los tratamientos hormonales en menores como experimentales, exigiendo mucha precaución.[102]
Suecia	Guías Socialstyrelsen (22 feb. 2022)	Concluye que los riesgos de los bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada superan los beneficios para el grupo en conjunto; recomienda limitarlos a protocolos de investigación.[103]
Noruega	Informe UKOM (marzo	Recomienda definir los tratamientos de

[90] INVIMA. Consulta de registros sanitarios. Disponible en: https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[102] Palveluvalikoimaneuvosto (PALKO), *Recommendation on medical treatment methods for gender dysphoria related to variations in gender identity among minors*, Ministry of Social Affairs and Health (Finland), 2025. Consultado el 9 de julio de 2026, disponible en: 7f1eabcd-a12f-d984-0a98-612c728e1143

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

	2023)	bloqueadores, hormonización cruzada y cirugías de afirmación como experimentales para la disforia de género en adolescentes, ante la evidencia insuficiente.[104]
Dinamarca	Ugeskrift for Læger (3 jul. 2023)	Sin norma expresa; la asociación médica confirmó un giro hacia el apoyo terapéutico y la evaluación psicológica, reservando la terapia hormonal a menos personas bajo un enfoque cauteloso.[105]
Francia	Comunicado Academia Nacional de Medicina (25 feb. 2022)	Sin norma expresa; exige extrema precaución y apoyo psicológico prolongado antes de considerar tratamientos hormonales en menores, dados sus efectos secundarios irreversibles.[106]
Alemania	Resolución IC-48, Asamblea Médica (10 may. 2024); guías AWMF (mar. 2025)	Sin norma expresa; llama a limitar los tratamientos a ensayos clínicos controlados, al considerar que la evidencia actual no respalda beneficios clínicos frente a los riesgos irreversibles en menores.[107] La guía indica que no deben recomendarse intervenciones modificatorias del cuerpo del menor si no se puede establecer con fiabilidad necesaria la presencia persistente de la disforia o incongruencia de género.[108]
Italia	Declaración Comité Nacional de Bioética (22 nov. 2024); proyecto de ley en trámite	Sin norma expresa; los bloqueadores solo deben usarse tras el fallo de intervenciones en salud mental y dentro de ensayos de investigación con supervisión multidisciplinar continua.[109]
Portugal	Reforma a la Ley de Identidad de Género (aprobada 20 mar. 2026, en trámite)	Prohíbe cualquier práctica de mutilación química o física de los órganos sexuales de menores relacionada con la disforia de género, incluidos bloqueadores, hormonas y cirugías de reasignación.[110]

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

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

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

[107] Society for Evidence-Based Gender Medicine, *Blc48: [128th German Medical Congress]*. SEGM, s.f.. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: DEV_DAET - Verwaltung

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

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

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

3.2. Estados Unidos

El Gobierno de los Estados Unidos profirió, el 28 de enero de 2025, la Orden Ejecutiva 14187, *Protecting Children from Chemical and Surgical Mutilation*[111], cuyo propósito es que el Estado federal no financie, patrocine, promueva, asista ni apoye la transición de menores de 19 años de un sexo a otro. La sección 2 de la Orden define como «mutilación química y quirúrgica» los bloqueadores de la pubertad, la hormonización cruzada y los procedimientos quirúrgicos; la sección 3 ordena a las agencias federales revisar o revocar las políticas que dependan de los Estándares de Atención, versión 8, de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), y la sección 4 dispone el retiro de la financiación federal a dichos tratamientos.

La Corte Suprema de los Estados Unidos se pronunció sobre esta materia en el caso *United States v. Skrmetti*, decidido el 18 de junio de 2025[112], al examinar la ley de Tennessee (Senate Bill 1) que restringe estos tratamientos en menores de edad. La Corte desestimó los cargos de discriminación por condición transgénero, al señalar que la norma «no excluye a ningún individuo de tratamientos médicos por razón de su condición transgénero, sino que retira un conjunto de diagnósticos —disforia de género, trastorno de identidad de género e incongruencia de género— del catálogo de afecciones tratables» (p. 17). Explicó que la ley divide a los menores en dos grupos —quienes buscan bloqueadores u hormonas para tratar los diagnósticos excluidos y quienes los buscan para otras condiciones—[113] y que clasifica con base en el diagnóstico y en el uso médico buscado del tratamiento, no en la condición transgénero de la persona; que ese uso coincida empíricamente con las personas transgénero no configura una exclusión basada en dicha condición[114] (pp. 17-18).[115]

Al examinar los fundamentos de la medida, la Corte recogió los hallazgos legislativos de Tennessee según los cuales estos tratamientos, administrados a un menor, «pueden llevar a que el menor quede irreversiblemente estéril, tenga un mayor riesgo de enfermedad, o sufra consecuencias psicológicas adversas y en ocasiones fatales»[116], y que «es probable que todavía no se conozcan plenamente todos los efectos nocivos asociados a este tipo de procedimientos médicos cuando se practican en un menor, pues muchos de ellos, para estos fines, son de naturaleza experimental y no cuentan con el respaldo de estudios médicos de alta calidad y de largo plazo» (p. 21).[117]

Es pertinente precisar que la Corte examinó la medida bajo el estándar de escrutinio racional (*rational basis review*), el más deferente del derecho estadounidense. Esto contrasta con el test de proporcionalidad que la jurisprudencia constitucional colombiana aplica a las medidas que

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

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

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

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

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

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

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

restringen derechos de niños, niñas y adolescentes sobre su propio cuerpo (Sentencia C-246 de 2017). Por ello, este precedente se cita únicamente para ilustrar que otros ordenamientos han admitido medidas similares; no exime a la medida de superar, con la evidencia científica y jurídica expuesta en esta ponencia, el test de proporcionalidad que exige el ordenamiento colombiano, cuyo análisis se desarrolla en el numeral 4.4.1.

Según el seguimiento de la Kaiser Family Foundation, 27 estados de ese país han adoptado leyes o políticas que limitan el acceso de menores de edad a estos tratamientos; tras la decisión en *Skrmetti*, 25 de esas prohibiciones se mantienen vigentes, mientras que las de Arkansas y Montana se encuentran suspendidas por decisiones judiciales.[118]

3.3. Reino Unido

En Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte se prohibió la venta y el suministro de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (bloqueadores de la pubertad) para la disforia o la incongruencia de género en menores de 18 años, mediante el artículo 4 de la Orden 1319 del 11 de diciembre de 2024, *The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Restrictions on Private Sales and Supplies) Order 2024*, expedida por el Gobierno con base en las facultades del *Medicines Act* de 1968.[119] Su uso solo se permite en ensayos clínicos bajo protocolos estrictos de investigación, y los tratamientos iniciados antes de la prohibición no se suspendieron.

Inicialmente, estos medicamentos se habían prohibido de forma transitoria en Inglaterra, Escocia y Gales mediante la Orden 727 de 2024.[120] Esta fue objeto de control judicial (*judicial review*), y la Sala Administrativa del Tribunal Superior de Inglaterra y Gales, en sentencia del 29 de julio de 2024, concluyó que la medida era conforme al ordenamiento jurídico y que el Gobierno estaba facultado para actuar con base en el principio de precaución para evitar riesgos en la salud de los niños y adolescentes.[121]

La sentencia indicó que, cuando un medicamento es autorizado, sus riesgos se ponderan y cuantifican frente a sus beneficios, y se adopta la decisión de que estos superan a aquellos. Advirtió, sin embargo, que ello no ocurre con los bloqueadores de la pubertad como tratamiento para la disforia o la incongruencia de género en niños, niñas y adolescentes, porque se prescriben fuera de indicación (*off-label*), como lo advirtió el Informe Cass.[122]

El fallo destacó que el Gobierno fijó como bajo el nivel de riesgo que estaba dispuesto a tolerar en la protección de la salud de niños vulnerables, y que estaba autorizado para actuar conforme al principio de precaución al realizar los juicios previstos en los numerales 1 y 3 de la sección 62 del *Medicines Act* de 1968. Según la sentencia, invocar el principio de precaución no contradice ni vacía de contenido esa disposición, pues corresponde a los ministros juzgar si existe incertidumbre científica.[123]

La sentencia advirtió además que, de acuerdo con la Revisión Cass y las revisiones sistemáticas de la Universidad de York, los bloqueadores de la pubertad en menores de 18 años con disforia o incongruencia de género pueden comprometer la densidad mineral ósea y la maduración cerebral, con posibles consecuencias neuropsicológicas a largo plazo, y dificultar, en varones, una eventual vaginoplastia posterior, sin que exista evidencia de que mejoren el funcionamiento psicológico o reduzcan el riesgo de suicidio.[124] Este fallo sirvió de fundamento a la posterior prohibición indefinida mediante la Orden 1319 de 2024, aplicable en los cuatro países que conforman el Reino Unido.

Posteriormente, desde el 9 de marzo de 2026, el NHS England suspendió el inicio de nuevas prescripciones de hormonas cruzadas para menores de 18 años, tras una revisión que calificó como «muy débil» la investigación disponible sobre sus beneficios y daños, mientras adelanta una consulta pública sobre su política definitiva; quienes ya las recibían pueden continuar, bajo revisión clínica de su tratamiento.[125,126]

3.4. Experiencias institucionales de suspensión o cierre de servicios

3.4.1. Hospital Universitario Karolinska (Suecia)

En 2021, el Hospital Universitario Karolinska suspendió el inicio rutinario de tratamientos con bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas en menores de 18 años y los restringió a protocolos de investigación clínica aprobados por la autoridad de ética, al considerar que existía incertidumbre sobre la relación entre sus beneficios y riesgos; también detectó un caso de osteopenia grave tras años de tratamiento y consideró necesario reforzar las garantías de información, consentimiento y seguimiento.[127] El hospital advirtió que entre los posibles efectos adversos se encuentran enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, infertilidad, cáncer y trombosis. Con posterioridad, las recomendaciones nacionales de la Dirección Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen) adoptaron un enfoque igualmente restrictivo.[128]

3.4.2. Servicio de Desarrollo de la Identidad de Género del Tavistock (Reino Unido)

En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (NHS) ordenó el cierre definitivo del *Gender Identity Development Service* (GIDS) del Tavistock and Portman NHS Foundation Trust —la

[118] Kaiser Family Foundation (KFF). Policy Tracker: Youth Access to Gender Affirming Care and State Policy Restrictions. Actualizado el 14 de agosto de 2026. Disponible en: https://www.kff.org/lgbtq/gender-affirming-care-policy-tracker/

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

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

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

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

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

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

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

[126] BBC News. NHS England pauses new prescriptions of cross-sex hormones for under-18s. 9 de marzo de 2026. Disponible en: https://www.bbc.com/news/articles/cly0pqdd2lyo

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

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

clínica de identidad de género pediátrica más grande del mundo— tras concluir, con base en la revisión independiente liderada por la doctora Hilary Cass, que el modelo de atención de un único proveedor centralizado «no era una opción segura o viable a largo plazo».[129] El GIDS cesó sus operaciones el 31 de marzo de 2024 y fue remplazado por un modelo regional y multidisciplinario de atención, mientras el NHS dejó de ofrecer de manera rutinaria bloqueadores de la pubertad a menores con disforia de género, al considerar insuficiente la evidencia disponible sobre su seguridad y eficacia a largo plazo.[130]

Según *The BMJ*, el Tavistock and Portman NHS Foundation Trust afronta posibles demandas por negligencia clínica de antiguos pacientes del GIDS, promovidas por la firma Pogust Goodhead en nombre de personas tratadas durante su minoría de edad.[131] Lo expuesto muestra que el principal centro pediátrico de referencia para el tratamiento de la disforia de género en menores fue cerrado por las propias autoridades sanitarias británicas, tras un proceso formal de revisión independiente del servicio y de la evidencia científica disponible.

3.5. Litigios relacionados con estos tratamientos

Los casos que se relacionan a continuación no constituyen la razón jurídica del proyecto. Se citan como evidencia fáctica de que algunos de los riesgos que el legislador pretende prevenir pueden materializarse y de que, por consiguiente, es legítimo analizar medidas de protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes. Las alegaciones corresponden a lo expuesto por los demandantes y a lo informado públicamente; su resultado corresponde establecerlo a las autoridades judiciales competentes.

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

En Colombia, el caso conocido públicamente como el de «Laura», que da nombre a este proyecto, se refiere a una joven que, según su demanda de responsabilidad civil contra la institución de salud que la atendió en Cali, fue diagnosticada con disforia de género a los 15 años sin que se valoraran adecuadamente sus comorbilidades y antecedentes de trauma, recibió testosterona y bloqueadores de la pubertad y, en 2020, fue sometida a una mastectomía de masculinización, sin que se le informaran de manera completa riesgos irreversibles como la infertilidad; posteriormente decidió detransicionar.[132,133] Sin perjuicio del resultado de ese proceso, y sin que esta referencia implique un juicio anticipado sobre la responsabilidad de la institución involucrada, el caso ilustra el tipo de riesgo que este proyecto busca prevenir, con carácter general, hacia el futuro.

Se sintetizan a continuación algunos de estos casos:

Caso	País	Edad al inicio	Tratamientos cuestionados	Principales alegaciones	Estado
Laura	Colombia	15 años	Testosterona, bloqueadores y masculinización torácica	Diagnóstico presuntamente precipitado; falta de evaluación de comorbilidades; consentimiento informado insuficiente; riesgos irreversibles; responsabilidad civil	En curso[134]
Keira Bell	Reino Unido	16 años	Bloqueadores, hormonización cruzada y mastectomía	Consentimiento informado; capacidad del menor; efectos irreversibles	El Tribunal Superior falló a su favor en 2020 ([2020] EWHC 3274 (Admin)); la Corte de Apelación revocó esa decisión en 2021 ([2021] EWCA Civ 1363). Impulsó la revisión del modelo británico[135]
Fox Varian	EE. UU.	16 años	Mastectomía	Error diagnóstico; salud mental; negligencia médica	Sentencia favorable[136]
Camille Kiefel	EE. UU.	Menor de edad	Mastectomía	Consentimiento informado; telemedicina; salud mental	Acuerdo confidencial[137]
Soren Aldaco	EE. UU.	Adolescencia	Testosterona y mastectomía	Evaluación psiquiátrica insuficiente; historia clínica	En curso[138]
Chloe Cole	EE. UU.	13 años	Bloqueadores, testosterona y mastectomía	Consentimiento; presión; comorbilidades	En curso[139]
Prisha Mosley	EE. UU.	Adolescencia	Testosterona y mastectomía	Diagnóstico apresurado; consentimiento; daños permanentes	En curso[140]
Isabelle Ayala	EE. UU.	14 años	Testosterona	Fraude; consentimiento; esterilidad y daños	En curso[141]
Luka Hein	EE. UU.	16 años	Mastectomía	Consentimiento; salud mental	En curso[142]
Susana Domínguez	España	15 años	Hormonas y cirugías	Error diagnóstico; patologías psiquiátricas	En curso[143]
Michelle Zacchigna	Canadá	Adolescencia	Testosterona, mastectomía e histerectomía parcial	Error diagnóstico; alternativas; consentimiento	En curso[144]

IV. Marco normativo

4.1. Marco constitucional, legal e internacional

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

El numeral 2 del artículo 25[145] de la Declaración Universal de Derechos Humanos indica que la **maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales**.

El Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959[146] resalta que el niño, ***"por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".*** El Principio II, por su parte,[147] de esta última, reseña que el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atendrá será el **interés superior del niño**. El Principio IV[148] advierte, además, que los niños tendrán derecho a crecer y desarrollarse con buena salud; con este fin deberá **proporcionarse cuidados especiales y servicios médicos adecuados.**

Por su parte, el artículo 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece en su numeral 1 [149]que todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales determina en su numeral 3[150] que se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición.

La Convención Americana de los Derechos Humanos, aprobada en Colombia a través de la Ley 16 de 1972, regula en su artículo 19[151] los derechos del niño al establecer que todos ellos tienen derecho *"a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado."*

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por el Estado colombiano mediante la Ley 12 de 1991, entiende en su artículo 1[152] por niño *"todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad."* El numeral 1 de su artículo 2[153] establece que *"los Estados Partes respetarán los*

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

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

131 Wise, J. (2022, agosto 11). Tavistock to face possible clinical negligence claims over gender identity service. BMJ, 378, o2016, párrafos 1 y 2. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: Tavistock to face possible clinical negligence claims over gender identity service | The BMJ

132 Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia, párrafo 6. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: Caso Laura | Nueva Democracia

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

134 Nueva Democracia, Caso Laura, Nueva Democracia. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: Caso Laura | Nueva Democracia

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

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

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

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

139 LegalClarity Team, Chloe Cole vs. Kaiser Permanente: Lawsuit and Trial Status, Legal Clarity, 22 de junio de 2026. Consultado el 21 de julio de 2026, disponible en: Chloe Cole vs. Kaiser Permanente: Lawsuit and Trial Status - LegalClarity

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales." Además, el numeral 2 del artículo 6[154] indica que los Estados parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Frente a la salud, el artículo 24[155] de la Convención determina que los Estados parte reconocen el derecho del niño al **disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.** Los Estados parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. El numeral 1 del artículo 27[156], por su parte, prevé que los Estados parte reconocen el derecho de todo niño a un **nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.**

En la Constitución Política de 1991, el artículo 44[157] establece como **derechos fundamentales de los niños, entre otros, la salud y la seguridad social,** y gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. El tercer párrafo de este artículo advierte que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

La Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, regula en su artículo 27[158] el derecho a la salud de los niños y prevé que *"(…) todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral.* ***La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad."***

La Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social, establece en el numeral 5 de su artículo 3 que es obligación de la familia, de la sociedad y del Estado en materia de salud cuidar, proteger y asistir a los niños, las niñas y adolescentes, para **garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral**.[159]

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

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, determina en el literal f)[160] de su artículo 6 que el Estado debe implementar **medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política.** Similarmente, su artículo 11[161] prevé que los niños gozarán de especial protección por parte del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.

4.2. Marco jurisprudencial

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

La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños, y en la Sentencia de Unificación SU-225 de 1998 advirtió que *"[d]el artículo 44 se deriva claramente que, la Constitución, respetuosa del principio democrático,* ***no permite, sin embargo, que la satisfacción de las necesidades básicas de los niños quede, integralmente, sometida a las mayorías políticas eventuales".*** *Según la Corte "[p]or esta razón, la mencionada norma dispone que los* ***derechos allí consagrados son derechos fundamentales, vale decir, verdaderos poderes en cabeza de los menores, que pueden ser gestionados en su defensa por cualquier persona, contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares****". Advirtió además que "[s]e trata entonces de derechos que tienen un* ***contenido esencial de aplicación inmediata que limita la discrecionalidad de los órganos políticos*** *y que cuenta con un mecanismo judicial reforzado para su protección: la acción de tutela"* (Negrillas fuera del texto).[162]

Sobre la protección adicional que tiene el derecho fundamental de la salud de los niños en la Ley Estatutaria de Salud, la Corte sostuvo en la Sentencia C-313 de 2014 que *"El artículo 44 de la Carta, en su inciso último, consagra la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás.* ***Este predominio se justifica, entre otras razones, por la imposibilidad para estos sujetos de participar en el debate democrático, dado que sus derechos políticos requieren para su habilitación de la mayoría de edad****. Esta consideración de los derechos del niño, igualmente encuentra asidero en el principio rector del interés superior del niño, el cual, ha sido reconocido en la Convención de los derechos del niño, cuyo artículo 3, en su párrafo 1, preceptúa que en todas las medidas concernientes a los niños, se debe atender el interés superior de estos (…)"* (Negrillas fuera del texto).[163]

En esa línea, señaló también el Órgano de Cierre de la Jurisdicción Constitucional que *"****cualquier consideración en lo referente a la atención en salud de los niños y niñas debe verse determinada por la fundamentalidad de su derecho, la prevalencia de este sobre los derechos de los demás*** *y la amplia jurisprudencia de la Corte en la materia encaminada a reconocer la protección reforzada de los menores de edad en lo referente a la satisfacción de sus derechos."*[Negrillas fuera del texto)[164]

En similar sentido, recalcó la Corte mediante la Sentencia de Unificación SU-677 de 2017 que dicho principio supone **aplicar la medida más beneficiosa para salvaguardar al menor de edad** que ve comprometida la garantía de sus derechos fundamentales.[165]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Este proyecto de ley desarrolla el numeral 2 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Principio II de la Declaración de los Derechos del Niño, ya que, al tener los niños, el **derecho a cuidado y asistencias especiales,** se evita que estos sean tratados con procedimientos descalificados recientemente por la ciencia por la falta de evidencia sobre sus beneficios y por los efectos nocivos y daños que pueden causar en la salud de los niños, niñas y adolescentes.

b. El proyecto de ley desarrolla lo dispuesto en el Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, conforme al cual los niños, por su falta de madurez física y mental, requieren protección y cuidados especiales. Por eso, la iniciativa establece medidas orientadas a impedir la realización de procedimientos que puedan producir efectos irreversibles sobre su cuerpo y su salud. También parte de la existencia de incertidumbre científica respecto de la práctica de intervenciones irreversibles en niños, niñas y adolescentes, en un contexto en el que la evidencia sobre el desarrollo neurológico citada en la presente ponencia se extiende hasta los 25 años, lo que refuerza la pertinencia de un estándar de precaución reforzado durante la minoría de edad, sin que ello modifique el umbral de mayoría de edad (18 años) fijado por este proyecto de ley. Por lo tanto, se considera que, debido a la falta de madurez neurológica, es necesario que dichas decisiones se adopten a una edad en la que la persona cuente con la capacidad suficiente para comprender plenamente sus implicaciones y otorgar un consentimiento verdaderamente informado, basado en información adecuada y suficiente.

c. También se lleva a cabo lo plasmado en el Principio IV de la Declaración de los Derechos del Niño, ya que **permite que los niños crezcan y se desarrollen en buena salud,** al prohibir la práctica de procedimientos médicos no adecuados de acuerdo con las investigaciones y las revisiones sistemáticas de los estudios recientemente analizadas por la comunidad internacional, en las cuales se resaltó la falta de evidencia científica sólida de los beneficios clínicamente significativos y se advirtieron los efectos secundarios negativos en la aplicación de esas prácticas en los menores de edad, tales como un **mayor riesgo trombótico o hipertensión arterial, alteraciones cicatriciales, pérdida de atención, reducción en la densidad mineral ósea y en la altura**, entre varios más.

d. Se da cumplimiento a los artículos 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 10 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos, dado que los Estados deben **adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños que por sus condiciones de menores se requiere,** al prohibir los tratamientos de afirmación de género en ellos por los efectos nocivos y negativos que pueden generar en su salud y en su desarrollo.

e. Se da aplicación a los artículos 2, 6, 24 y 27 de la Convención de los Derechos del Niño, pues **se garantiza en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño en el territorio colombiano y se le permite al niño el disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud que están avalados por la comunidad científica,** al prohibir los procedimientos de reasignación por su falta de respaldo en la ciencia y por afectar de forma negativa y en muchas ocasiones irreversible su desarrollo y su nivel de salud con los efectos que estos procedimientos generan en los menores de edad y que han sido

---

154 Convención de los Derechos del Niño, artículo 6.
155 Convención de los Derechos del Niño, artículo 24.
156 Convención de los Derechos del Niño, artículo 27, numeral 1.
157 Constitución Política de Colombia, artículo 44.
158 Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia), artículo 27.
159 Ley 1438 de 2011, artículo 3, numeral 5.
160 Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), artículo 6, literal f).
161 Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), artículo 11.
162 Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.
163 Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.
164 Sentencia T-513 del 11 de diciembre de 2020.
165 También citada en la Sentencia T-390 del 7 de septiembre de 2020.

documentados a lo largo de esta ponencia. Ellos, se reitera, necesitan cuidados médicos probados científicamente para ayudarlos, darles una mejor vida, garantizar su desarrollo y no exponerlos a riesgos injustificados.

f. Se da aplicación al literal b) del artículo 4 de la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, debido a que **se protege a las niñas y adolescentes mujeres de intervenciones médicas que afectan su integridad física al no permitirles desarrollarse conforme su feminidad y sexo biológico** (a modo de ejemplo, el desarrollo de sus senos, la aparición de la ovulación y la consecuente fertilidad) o la amputación de los senos sin una justificación válida, por la ausencia de evidencia científica que acredite los beneficios clínicos relevantes de esas intervenciones; se les protege su integridad psíquica y moral, por los argumentos expuestos y también porque ellas se encuentran en una etapa de desarrollo conforme a su anatomía cuya alteración genera también unas consecuencias negativas en su mente y en su psiquis.

g. El proyecto de ley desarrolla el artículo 44 de la Constitución Política, en atención a que protege el derecho fundamental de la salud de los niños, les **permite gozar de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales ratificados por Colombia** previamente identificados y, por prevalecer sus derechos sobre los demás, establece una prohibición que no afecta sus derechos ni de otros, y en caso de hacerlo frente a estos últimos, la **justificación se encuentra en la aplicación del principio de precaución, dado el riesgo de afectación irreversible a la salud física y mental y a la fertilidad de los niños, niñas y adolescentes derivado específicamente de estas tres intervenciones médicas, sin que ello implique una regulación general de los derechos sexuales o reproductivos como categorías constitucionales autónomas,** mediante la prohibición de estos procedimientos específicos.

h. Igualmente, se da cumplimiento al artículo 27 del Código de la Infancia y la Adolescencia, ya que **se busca la ausencia de la enfermedad en los niños** con la prohibición de estos procedimientos médicos no avalados por la ciencia, y se propende por el **estado de bienestar físico, síquico y fisiológico** de ellos al evitar que con estas cirugías y terapias se generen los efectos secundarios ya descritos anteriormente que alteran la salud de los menores de edad, inclusive, de por vida.

i. También, **se siguen los parámetros de interpretación constitucional consolidados por la jurisprudencia de unificación de la Corte Constitucional,** ya que no se somete a las mayorías políticas eventuales que apoyen la afirmación de género en los menores de edad a través de cirugías, terapias hormonales y bloqueadores de la pubertad, pues **el interés superior del niño debe predominar y sus derechos siempre prevalecen sobre los demás**, y la mejor forma de materializar sus derechos, en estos casos, es a través de la prohibición de estos procedimientos, por todos los argumentos científicos y jurídicos expuestos en esta ponencia.

4.2.2. Desarrollo integral y armónico

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

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

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

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

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

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

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

Disposiciones vulneradas	Forma en que se vulneran
Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño	Se están desatendiendo los **cuidados especiales y las medidas de protección especial** que los menores de edad requieren por su **falta de madurez física y mental,** al permitirles realizarse esas prácticas sin tener en cuenta que no existe certeza de sus beneficios clínicamente significativos; que **existen serios riesgos identificados en las revisiones de la evidencia científica reciente**; que científica y jurídicamente **carecen del criterio para comprender las consecuencias** que generarán en sus cuerpos y que en varios casos no podrán retrotraer una vez sean adultos. Además, no es la misma interpretación que tienen de las consecuencias siendo menores de 18 años a cuando llegan a la edad adulta.
Numeral 1 del artículo 2 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado no está respetando los derechos de la Convención ni asegurando su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, porque no está atendiendo el **cuidado especial** que los menores de 18 años requieren para su desarrollo óptimo lejos de circunstancias que científicamente se comprobó su afectación negativa a la salud con algunos efectos irreversibles.
Numeral 2 del artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado **no está garantizando en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo** del niño al permitir realizar esos tratamientos que no tienen certeza de sus beneficios clínicamente relevantes; afectan su desarrollo, su salud física y mental durante su crecimiento y cuyos efectos negativos en algunos casos perduran por toda la vida y no pueden revertirse; y en varios casos, se ha documentado un aumento del riesgo o la ideación suicida, lo que compromete directamente la garantía de su supervivencia.
Numeral 2 del artículo 13 de la Convención de los Derechos del Niño	Se está vulnerando este artículo que establece la **libertad de expresión** del niño, pero **advierte de un límite en el literal b) de su numeral segundo, el cual es la protección de la salud pública,** por lo cual, por disposición expresa de la Convención, debe prevalecer esta última y se vulnera al permitirles a los niños, niñas y adolescentes recibir tratamientos de la reasignación de género porque se causa un riesgo de afectación irreversible a su salud física y mental, a su integridad, a su desarrollo y a su fertilidad, cuya reversibilidad no está científicamente acreditada, en desmedro de permitirles expresarse sobre la aceptación de estos tratamientos.
Numerales 1 y 3 del artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado desconoce su numeral primero al obviar que la realización de estas prácticas de reasignación de género en los niños, niñas y adolescentes va **en detrimento del disfrute del más alto nivel posible de salud** que ellos pueden tener debido a las consecuencias descritas por la evidencia científica y porque no cumplen con la finalidad de rehabilitar su salud ni de tratar las enfermedades que padezcan. Téngase en cuenta que las consecuencias pueden generarles, entre otros efectos, la pérdida de la fertilidad y la falta del desarrollo sexual, y, por lo tanto, no tendrían el más alto nivel posible de salud y una vez lleguen a la edad adulta pueden arrepentirse por carecer de las condiciones máximas de salud que su cuerpo y mente pudieron tener. Además, por el numeral tercero de este artículo **es obligación del Estado abolir las prácticas que sean perjudiciales para la salud de los niños**, y se desconocería al permitirlas so pena de cumplir con un eventual consentimiento que científicamente está descartado.
Artículo 27 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado vulnera este artículo por **no reconocer el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social,** en atención a que las prácticas de reasignación de género a través de los procedimientos indicados en el proyecto de ley pueden **alterar gravemente su crecimiento y madurez, física y mental,** su desarrollo adecuado conforme a su biología, el término de su afectación es de por vida, no generan beneficios clínicamente significativos para su salud ni crecimiento y varios de los efectos no pueden reversarse ni total ni parcialmente para cuando tengan mayor comprensión según la propia ciencia o sean adultos. Por lo anterior, estas prácticas desconocen expresamente lo sostenido por la Corte Constitucional en la Sentencia C-507 de 2004 al determinar sobre las medidas de protección en los menores de edad que *"La propia Carta establece la finalidad que con ellas se debe buscar, a saber, garantizar a los niños (i) su desarrollo armónico e integral y (ii) el ejercicio pleno de sus derechos." **El desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona** (intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural). **El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos**."* (Negrita y subraya fuera del texto). Estas prácticas impiden un nivel de vida adecuado y afectan el desarrollo integral, dado que varias áreas, como la intelectual, la física (que incluiría la deportiva), la cognitiva y la emocional son alteradas a raíz de las alteraciones en la anatomía que terminan disminuyendo y modificando de forma negativa estos procesos, considerando únicamente el libre desarrollo de la personalidad, con lo cual, tampoco sería un desarrollo armónico por privilegiarse un aspecto en detrimento de los otros.
Artículo 1 de la Constitución Política	**Se vulnera el respeto a la dignidad humana,** la cual se entiende: i) como **ciertas condiciones materiales concretas de existencia**, las cuales no se respetan por el Estado al realizar tratamientos invasivos en los cuerpos de los menores de 18 años que modifican sus estados y alteran esas condiciones mínimas de existencia, por los efectos que estos tratamientos pueden conllevar, como la alteración en el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, la afectación en el crecimiento óseo, en la altura, la infertilidad, la alteración en el intelecto, el aumento del deseo de suicidio, el deber de continuar con el mismo tratamiento por toda la vida con las consecuencias que esto lleva, y que no pueden retrotraerse y quedarán con esas alteraciones por toda la vida; ii) la dignidad humana como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, de la **integridad física y moral**, ya que esta

	integridad física y moral de los menores de 18 años es alterada con las prácticas invasivas en la forma descrita anteriormente y que esta última no puede ser retrotraída a su estado anterior.
Inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Política	Es desconocido al permitir estas prácticas, pues las autoridades están instituidas para **proteger a todas las personas en su vida y demás derechos y libertades,** y consentir sobre la realización de estos tratamientos en menores de 18 años, que son sujetos de especial protección, es una omisión a este artículo.
Artículo 11 de la Constitución Política	Es vulnerado, ya que **el derecho a la vida no se reduce a la mera existencia biológica**, sino que expresa una relación necesaria con la posibilidad que les asiste a todas las personas de **desarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano** (T-926 de 1999)**.** Estas facultades son reducidas al permitir las prácticas invasivas en el cuerpo de los menores de 18 años que ocasionan efectos de gravedad en sus cuerpos y que impiden que se desarrollen con todas las facultades, pues tendrán una reducción en la densidad mineral ósea, en el desarrollo cognitivo, pérdida de la fertilidad, intenciones de suicidio, posibilidad alta de desarrollar tumores, insatisfacción psicológica pronunciada, autolesiones, pérdidas anatómicas o funcionales de partes de su cuerpo y de órganos sanos, entre otras. Estas impiden la expresión autónoma y completa de las características de cada menor de 18 años en los campos de la experiencia humana.
Inciso tercero del artículo 13 de la Constitución Política	El Estado lo vulnera porque, al aceptar sin más la voluntad manifestada por los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, **no está protegiendo a aquellos que por su condición física, mental o económica se encuentran en circunstancia de debilidad**, frente a tratamientos que no tienen certeza de sus beneficios clínicamente significativos y que pueden afectar gravemente la salud, y en este caso, la propia ciencia ha establecido que no debe permitirse el consentimiento en los menores de 18 años para esas prácticas, dado que su circunstancia de debilidad y su falta de comprensión relacionada con la edad impiden que el consentimiento cumpla los requisitos necesarios para ser válidamente otorgado por ellos.
Artículo 16 de la Constitución Política	Es quebrantado por el propio Estado porque **el ejercicio de este derecho, frente a intervenciones médicas irreversibles como las que regula este proyecto de ley, no puede desconocer los graves riesgos clínicos ni la falta de certeza científica sobre sus beneficios,** circunstancia que exige una protección reforzada para los menores de 18 años. También existe un **riesgo respecto de la función sexual** de los niños, niñas y adolescentes derivado de los efectos adversos documentados de estas intervenciones, lo que refuerza la necesidad de aplicar el principio de precaución mientras no exista evidencia científica suficiente, sin que ello constituya una regulación general del derecho al libre desarrollo de la personalidad.
Artículo 42 de la Constitución Política	Es desconocido por el Estado porque estas intervenciones afectan los **derechos reproductivos** de los niños, niñas y adolescentes, los cuales van articulados a la progenitura responsable, y se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren tener hijos o no y cuándo tenerlos (C-131 de 2014). Al ocasionar la pérdida de la fertilidad en los menores de edad, estas prácticas afectan totalmente sus derechos reproductivos por la incapacidad total o parcial de procrear y les impedirá ejercer este derecho a futuro en una edad adulta. También afecta el **derecho a formar una familia**, el cual también se ve comprometido, ya que la pérdida de fertilidad ocasionada por estas intervenciones les impide definitivamente materializar, en la edad adulta, las distintas opciones y proyectos de vida familiar que, según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, hubieran podido construir (C-131 de 2014), por no poder tener descendencia biológica.
Artículo 44 de la Constitución Política	Se vulnera porque **el derecho a la salud y la integridad física son fundamentales en los niños,** al igual que los reconocidos por los demás tratados internacionales ratificados por Colombia, entre los que se encuentran los identificados en este cuadro. De continuar permitiéndose la realización de estas prácticas en los niños, el Estado omite su deber de protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, puesto que estos tratamientos vulneran precisamente este desarrollo, conforme a lo expuesto, y afecta el ejercicio de sus derechos de la manera como se ha expuesto en los demás artículos. Esta obligación de asistencia no es solo del Estado, sino de la familia y de la sociedad, y cualquier persona puede exigir a las autoridades su cumplimiento y el castigo a los infractores.
Artículo 45 de la Constitución Política	Se vulnera con estas prácticas porque se **desconoce el derecho que tienen los adolescentes de ser protegidos y formados integralmente,** y estos tratamientos, además de no existir certeza sobre sus beneficios clínicamente relevantes, atentan contra su propia salud física y mental, contra su desarrollo integral y contra su propia integridad, dado su carácter potencialmente irreversible y la ausencia de evidencia científica suficiente sobre sus beneficios en menores de edad.
Artículo 49 de la Constitución Política	Se atenta contra el primer y quinto párrafo de este artículo, en consideración a que estas prácticas **no promueven, protegen ni recuperan la salud de los niños, niñas y adolescentes** que las realizan, tal y como se ha expuesto a lo largo de este proyecto de ley. Por el contrario, pueden **causar detrimentos y perjuicios irremediables y de por vida,** y no está acreditada la recuperación de los niños, niñas y adolescentes que se someten a estos tratamientos (verbigracia, en la reducción de la densidad mineral ósea). Además, es deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud, lo cual se desconoce al permitirle a ellos, quienes requieren especial cuidado por la falta de desarrollo que tienen, a decidir la práctica de tratamientos que no benefician significativamente su salud pero que la pueden perjudicar gravemente, y que pueden generar consecuencias como la no disminución de la tendencia al suicidio, a la autolesión, y otros efectos de orden físico y mental.

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

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

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

La jurisprudencia constitucional, en particular la Sentencia T-218 de 2022, ha reconocido a los niños, niñas y adolescentes el acceso a estos tratamientos con fundamento en el artículo 16 de la Constitución Política y en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce la evolución de sus facultades. Esa doctrina desliga la autonomía de los menores de edad de las reglas generales de incapacidad civil, y el ámbito médico es uno de los escenarios en los que lo ha hecho con mayor claridad.

Este proyecto no controvierte esa doctrina. No sostiene que los niños, niñas y adolescentes carezcan de capacidad evolutiva, ni que su voluntad sea irrelevante en las decisiones sobre su salud. Sostiene algo distinto: la autonomía, aun plenamente reconocida, requiere condiciones para ejercerse, y la primera de ellas es un conocimiento suficiente sobre aquello que se decide. El consentimiento informado presupone que existe información consolidada sobre los beneficios, los riesgos y las alternativas de la intervención. Cuando esa información no existe, lo que se obtiene no es un consentimiento informado en sentido estricto, sino una autorización adoptada bajo incertidumbre.

Esa es hoy la situación de los bloqueadores de pubertad, las terapias hormonales y las cirugías de afirmación de género en menores de edad. Las revisiones sistemáticas encargadas por el sistema de salud británico calificaron como de certeza muy baja la evidencia sobre sus desenlaces críticos, tanto sobre sus beneficios en la disforia y la salud mental como sobre sus efectos en la densidad ósea, el desarrollo cognitivo y la fertilidad. La incertidumbre no recae sobre el paciente, sino sobre el conocimiento disponible, y es la misma para todos los pacientes. Por eso ninguna evaluación individual, por rigurosa que sea, puede subsanarla: el profesional puede informar con total transparencia, pero no puede informar lo que la ciencia aún no sabe.

La incertidumbre, por sí sola, no impide consentir: la medicina opera con frecuencia bajo márgenes de duda. Lo que la hace determinante en este caso es su concurrencia con otros tres factores: la posibilidad de efectos irreversibles, como la pérdida de la fertilidad; la ausencia de urgencia médica que obligue a decidir antes de la mayoría de edad; y el horizonte temporal de las consecuencias, que se proyectan sobre la vida sexual, reproductiva y familiar adulta. Un niño o adolescente puede comprender el concepto de la pérdida de fertilidad, pero valorar cómo afectará su vida adulta exige ponderar consecuencias inciertas y lejanas. La jurisprudencia ha reconocido que, frente a decisiones de ese tipo, corresponde proteger la opción que preserve las condiciones para que la persona decida por sí misma en el futuro (Sentencia C-131 de 2014, consentimiento orientado hacia el futuro).

Esta conclusión resulta del test que la propia Corte Constitucional ha fijado para ponderar la voluntad del menor frente a un tratamiento médico: (i) la urgencia e importancia del tratamiento para sus intereses, (ii) los riesgos y la intensidad de su impacto sobre la autonomía actual y futura, y (iii) la edad. Aplicado a la evidencia disponible, el primer criterio no respalda la intervención, porque no existe urgencia ni un beneficio clínico acreditado; y el segundo pesa en contra, porque los riesgos posibles son graves, en parte irreversibles, y de magnitud desconocida. En esas condiciones, el test no permite reconocer a la voluntad del menor un peso decisivo, cualquiera que sea su grado de madurez.

Lo anterior distingue este caso del examinado en la Sentencia C-246 de 2017, en el que la Corte condicionó la prohibición de procedimientos estéticos para reconocer la participación de los mayores de 14 años con capacidad evolutiva. En aquellos procedimientos, los riesgos son conocidos y pueden evaluarse caso a caso. Aquí la incertidumbre es estructural y afecta por igual a todos los pacientes, de modo que la evaluación individual no puede suplir la información que no existe.

Buena parte de esta evidencia es posterior a la Sentencia T-218 de 2022, en particular las revisiones sistemáticas de la Universidad de York y el informe final de la revisión Cass, ambos de 2024. La restricción que establece este proyecto tampoco es indefinida ni se funda en consideraciones sobre la identidad del menor: se extiende hasta la mayoría de edad, momento en el que la persona podrá decidir por sí misma, y en tanto la evidencia científica no permita valorar con suficiente certeza los beneficios y riesgos de estas intervenciones.

Aplicación del test de proporcionalidad

La propia Corte Constitucional, en la Sentencia C-246 de 2017, al estudiar la **prohibición de procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos** para menores de 18 años y el consentimiento informado que ellos pueden otorgar, expuso lo que a continuación se cita: *"Esta Corporación ha sostenido que las* ***medidas de carácter paternalista*** *"pueden justificarse a la luz del orden constitucional, siempre que: (i) procuren el* ***bienestar y protección de las personas,*** *en relación con derechos que la misma Constitución haya privilegiado como objeto de garantía reforzada; y (ii) sean medidas* ***proporcionales en sentido estricto****, esto es, a) que*

busquen el cumplimiento de una finalidad afincada en los principios constitucionales, b) que el grado de restricción del derecho de autonomía, sea acorde a la importancia del principio constitucional que se pretende garantizar, c) que la medida resulte ***necesaria*** *porque no existe otra para lograr la misma finalidad, y d) que su implantación no implique el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden proteger. Esta Corporación ha denominado a la metodología de análisis anterior, "****test de proporcionalidad****"* (Negrilla fuera del texto).

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

a. **Procuran el bienestar de los niños, niñas y adolescentes**, en consideración a que con ellas se protegen sistemáticamente los derechos previstos en la Constitución Política y en la Convención de los Derechos del Niño, aplicable en Colombia por el bloque de constitucionalidad.

b. Son medidas **proporcionales en sentido estricto**, pues: (i) buscan una **finalidad afincada en los principios constitucionales e internacionales**, la cual es la defensa del interés superior del niño desde una interpretación sistemática y no individualista de una disposición que termina desconociendo a los demás derechos; y (ii) el **grado de restricción a la autonomía es acorde con la importancia de los principios** constitucionales que se pretenden garantizar, en este caso, a la vida, a la dignidad humana, al desarrollo, a la salud física y mental, a la integridad y a la fertilidad de los menores de 18 años, conforme a lo que se expuso en el cuadro mencionado y al contexto actual de la evidencia científica.

c. **La medida es necesaria**, pues no existe otra para la protección de los demás principios constitucionales y la protección del interés superior del niño, ya que cualquier medida que permita la realización de las prácticas invasivas en sus cuerpos siendo los niños, niñas y adolescentes, puede conllevar a la afectación de los demás derechos consagrados en la carta que tienen un resorte importante y deben prevalecer para el presente caso, teniendo en cuenta: i) la falta de certeza de los beneficios clínicamente relevantes de los tratamientos, ii) la incertidumbre de la totalidad de sus efectos, iii) los graves riesgos identificados actualmente para sus derechos, algunos de carácter irreversible.

   Esta conclusión no se ve afectada por la ausencia de registros nacionales sobre el número de menores de edad a quienes se han practicado cirugías de afirmación de género en Colombia. El legislador no está obligado a esperar a que un daño se materialice para establecer medidas de protección, en especial cuando se trata de daños irreversibles que recaen sobre sujetos de especial protección constitucional. En el caso de las cirugías, el daño es cierto, porque la extirpación o modificación de órganos sanos no puede deshacerse, mientras que el beneficio clínico en menores de edad no ha sido demostrado. La ausencia de datos no demuestra que estas intervenciones no ocurran; muestra que no existe un sistema que permita saber si ocurren. Además, su escasa o nula frecuencia refuerza la proporcionalidad de la medida: si hoy se practican en pocos casos o en ninguno, la prohibición impone una restricción mínima sobre la autonomía de los niños, niñas y adolescentes, mientras que su beneficio, que es evitar un daño irreversible a futuro, es considerable.

d. Su implantación **no implica el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden defender**, por el contrario, **son más los principios y valores que se protegen y más importantes que aquellos que eventualmente se limitan con esta restricción**, y adicionalmente, la permisión de estas prácticas puede generar un riesgo grave e irreversible para la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo la pérdida de fertilidad, sin que exista hoy evidencia científica suficiente que permita descartarlo.

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

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

Es importante precisar que las novedades científicas registradas a nivel internacional —documentadas en los numerales 2 y 3 del capítulo III de esta ponencia— no pretenden cuestionar ni desconocer la doctrina de la capacidad evolutiva de los niños, niñas y adolescentes que la propia Corte Constitucional ha desarrollado. La ley no controvierte que existan facultades evolutivas ni que estas deban ser respetadas y ponderadas conforme al artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño. Lo que hacen esas novedades científicas es iluminar, con evidencia empírica actualizada, el juicio que la propia Corte ha ordenado realizar para determinar el peso que debe darse a la voluntad del menor de edad frente a un tratamiento médico específico, conforme a los tres criterios fijados en la Sentencia C-182 de 2016 y reiterados en la Sentencia T-218 de 2022: (i) la urgencia e importancia del tratamiento para sus intereses; (ii) los riesgos y la intensidad del impacto sobre su autonomía actual y futura; y (iii) su edad.

Bajo ese mismo marco jurisprudencial, la evidencia científica internacional recogida en esta ponencia no hace sino acreditar que, frente a los tratamientos de afirmación de género en menores de edad, los criterios (i) y (ii) no se satisfacen: no existe la urgencia ni el respaldo de beneficios clínicamente significativos que exigiría reconocer un peso decisivo a la voluntad del menor, y los riesgos e incertidumbres sobre los efectos irreversibles son de tal magnitud que la intensidad del impacto sobre su autonomía futura desborda lo que la propia Corte ha considerado admisible dejar en manos de un consentimiento actual. En otras palabras, no se trata de que la ley niegue la capacidad evolutiva de los niños, niñas y adolescentes, sino de que, aplicando el mismo test que la Corte ha diseñado para ponderarla, no existe hoy evidencia científica suficiente que permita a los menores de edad decidir válidamente sobre estos tratamientos específicos.

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

a. **La importancia y la urgencia del tratamiento para sus intereses es desacreditada**. La evidencia científica actual demostró que estas prácticas no tienen beneficios clínicamente significativos en los niños, niñas y adolescentes que son intervenidos, tal y como se ha expuesto en este proyecto de ley, lo que descartaría, además, la premura o urgencia en este tratamiento. Además, se ha establecido por un gran consenso de la comunidad científica la falta de certeza científica de la totalidad de los efectos de estos tratamientos.

b. **Los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura no han sido descartados por la evidencia disponible y pueden ser significativos e irreversibles**, pues las consecuencias de estos tratamientos pueden generar alteraciones altamente negativas en la vida, en la dignidad humana, en la salud física y mental, en la integridad, en el desarrollo, en los derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia de los niños, niñas y adolescentes, que ya han sido descritas en el numeral 2.4 del capítulo III de esta ponencia, al cual se remite en su integridad para no reiterar el catálogo completo.

c. **La evidencia científica sobre el desarrollo neurológico hasta los 25 años refuerza la pertinencia de aplicar un estándar de precaución reforzado durante la adolescencia**; sin perjuicio de ello, el proyecto de ley fija como umbral la mayoría de edad (18 años), conforme al criterio general de capacidad civil, sin que esto implique afirmar que la madurez decisional se alcanza exactamente en ese momento para todo tipo de decisiones.

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

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

A modo de ejemplo, en el Reino Unido se estableció la *"Gillick Competence"*[166], la cual es usada para evaluar si un niño tiene la madurez para adoptar unas decisiones y para comprender las implicaciones de esas decisiones. Esta no es válida si el joven está siendo **presionado o influenciado** por alguien más, y se advierte que el consentimiento de ellos puede ser **afectado por diversos factores**, tales como el **estrés, las condiciones de salud mental y la complejidad de la decisión que están tomando**[167].

En ese orden de ideas, se menciona que, según aquel contexto, la complejidad de las decisiones, como en este caso la aplicación de las intervenciones invasivas descritas en este proyecto de ley con sus respectivas consecuencias de por vida; las demás condiciones de salud mental que, por lo general, padecen quienes son diagnosticados con disforia o discordancia de género (según la evidencia científica); y el estrés que pueden tener los menores, afectan el consentimiento de los jóvenes.

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

En la Sentencia C-131 de 2014, la Corte Constitucional declaró exequible el artículo 7 de la Ley 1412 de 2010, que prohíbe en todo caso la anticoncepción quirúrgica en menores de edad. La Corte examinó expresamente la situación de los adolescentes entre 14 y 18 años y concluyó que «resulta constitucional prohibir la anticoncepción quirúrgica a los menores adultos en edad de procrear –no obstante gocen de aptitud para contraer matrimonio» (num. 5.4.6).

Tres razones de esa decisión son relevantes para este proyecto. Primera, la prohibición persigue una finalidad importante, porque «busca preservar el derecho a fundar una familia de los jóvenes y proteger la posibilidad de que en el futuro decidan de manera libre e informada sobre este asunto» (num. 5.4.4). Segunda, no anula la autonomía del menor, porque este conserva alternativas «igualmente efectivas pero que no tienen naturaleza definitiva» (num. 5.4.3). Tercera, la mayoría de edad es un límite válido aunque no garantice por sí sola la madurez: «Claramente no se puede asegurar que una persona de 18 años sea plenamente madura, sin embargo, teniendo en cuenta que la capacidad va evolucionando, y que existe una presunción en la ley y la Constitución, el límite mínimo de la mayoría de edad es válido» (num. 5.4.5).

La sentencia recoge, además, el criterio que la jurisprudencia ha denominado consentimiento orientado hacia el futuro: «Se constata una tendencia a proteger la decisión que mejor preserve la integridad de las condiciones físicas necesarias para que la persona que aún no cuenta con la autonomía suficiente para tomar decisiones sobre su propia vida y salud, pueda decidir cómo va a ejercer dicha libertad en el futuro» (num. 5.1.8).

Estas razones son aplicables a los tratamientos que regula este proyecto. A diferencia de la esterilización, en la que la infertilidad es el fin buscado, aquí la pérdida de la fertilidad y los demás efectos irreversibles son un riesgo cuya magnitud la evidencia disponible no permite establecer con certeza. Esa diferencia no debilita la analogía, sino que la refuerza: si el legislador puede diferir hasta la mayoría de edad una decisión cuyas consecuencias el menor conoce, con mayor razón puede hacerlo frente a una decisión cuyas consecuencias ni siquiera la ciencia médica ha podido precisar. Como en aquel caso, la prohibición no niega la capacidad evolutiva del menor ni lo priva de atención, pues subsisten las alternativas clínicas no invasivas, y se limita a preservar la posibilidad de que decida por sí mismo cuando alcance la mayoría de edad.

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

En la Sentencia T-477 de 1995, la Corte Constitucional examinó el caso de un niño que, tras sufrir a los seis meses de edad una lesión grave en sus genitales, fue sometido a una cirugía de readecuación de sexo con base en una autorización genérica de sus padres. Años después, el menor rechazó el sexo asignado y afirmó: «Yo decidí ser hombre, porque hombre era yo desde chiquitico». La Corte amparó sus derechos a la identidad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad.

La sentencia es relevante por tres razones. Primera, en ella la Corte formuló los criterios que después reiteraría la jurisprudencia para ponderar las decisiones médicas sobre menores de edad: la urgencia e importancia del tratamiento, la intensidad de su impacto sobre la autonomía

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

actual y futura del niño, incluidos sus efectos irreversibles, y su edad. Segunda, estableció que los padres no pueden sustituir la voluntad del hijo frente a intervenciones de esta naturaleza, porque el niño «no es propiedad de sus padres sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo»: «los padres no pueden permitir que se altere la IDENTIDAD (EN LO SEXUAL) DE SU HIJO. Y los médicos no podían basarse en esa autorización paterna para hacer el tratamiento». Tercera, exigió que la decisión la adopte la propia persona, «con pleno conocimiento y debidamente informada».

El proyecto se funda en esta última exigencia. El precedente no permite a terceros decidir por el menor, pero tampoco supone que cualquier manifestación de voluntad baste: exige un consentimiento pleno e informado. Cuando la evidencia científica no permite conocer con certeza los beneficios ni la magnitud de los efectos irreversibles de una intervención, ese consentimiento pleno no puede configurarse antes de la mayoría de edad. Por eso la prohibición no reemplaza la voluntad del menor por la de sus padres o sus médicos: difiere la decisión hasta que la propia persona pueda adoptarla en las condiciones que la misma Corte exigió.

Evidencia sobre la madurez cognitiva en la adolescencia

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

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

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

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

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

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

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

Siendo así, en aquella ocasión y para este proyecto de ley, no puede afirmarse que la edad señalada como mínimo para realizarse las intervenciones prohibidas constituya una discriminación, ya que, **al llegar a la mayoría de edad, se permitirá al niño, niña y adolescente decidir, de manera libre, informada y cualificada, si desea acceder a estos tres tratamientos específicos** con hormonización cruzada y cirugías, momento en el cual sí se cuenta con la plena capacidad civil para prestar el consentimiento informado que hoy no puede acreditarse. Así, en lugar de configurarse como una restricción sustancial de estos derechos, se entiende como una regulación temporal del ejercicio con respecto a estos tratamientos puntuales.

El umbral de los 18 años no es una particularidad de este proyecto. Es el criterio que el ordenamiento colombiano utiliza de manera general para restringir el acceso de los menores de edad a conductas que comprometen su salud, como el consumo de tabaco (Ley 1335 de 2009) y de bebidas alcohólicas (Ley 124 de 1994). En esos casos, el legislador no exige probar que cada adolescente sufrirá un daño ni que carece de madurez para decidir; fija una regla general, fundada en la mayoría de edad (Ley 27 de 1977), en la especial vulnerabilidad de un organismo en desarrollo y en el deber de protección reforzada que impone el artículo 44 de la Constitución. Nadie considera que esas restricciones desconozcan la autonomía de los adolescentes o los discriminen, porque son temporales y cesan cuando la persona alcanza la mayoría de edad.

Si el ordenamiento admite esa regla frente a riesgos que en buena medida pueden revertirse al abandonar el consumo, con mayor razón la admite frente a intervenciones cuyos efectos, como la pérdida de la fertilidad o la extirpación de órganos sanos, pueden ser permanentes. Y aunque estos tratamientos se prescriben con fines terapéuticos, a diferencia de aquellos consumos, la evidencia científica disponible no ha acreditado su beneficio clínico en menores de edad, de modo que no existe un beneficio demostrado que deba ponderarse frente a sus riesgos.

Tampoco puede afirmarse que la prohibición establezca una diferenciación fundada en la identidad de género. La ley no clasifica a las personas por su identidad, sino por el tipo de intervención y su finalidad clínica: prohíbe, para todos los menores de edad sin distinción, determinados procedimientos cuando se practican con fines de afirmación de género, y mantiene su uso para indicaciones médicas distintas, como la pubertad precoz, cuyo balance de beneficios y riesgos está establecido. La identidad de género del menor no se regula, su expresión o la transición social no son abordadas por esta ley.

Aun si se entendiera que la medida recae indirectamente sobre un grupo definido por su identidad de género y se aplicara, en consecuencia, un escrutinio estricto, la prohibición lo supera. Persigue una finalidad constitucionalmente imperiosa: la protección de la vida, la salud, la integridad y la fertilidad de sujetos de especial protección (arts. 44 y 49 C.P.). Es necesaria, porque ante la incertidumbre sobre los beneficios y la irreversibilidad de los riesgos no existe una medida menos restrictiva que evite el daño, y la atención integral en salud mental permanece garantizada. Y es proporcionada, porque la restricción es temporal y cesa con la mayoría de edad, mientras que el daño que previene puede ser permanente.

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

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

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

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

> "5.2. En ese orden de ideas, la propia jurisprudencia ha dejado sentado que **la Constitución**, vista como un sistema de normas límite, que guardan correspondencia lógica entre sí, **tiene que ser abordada, para efectos de su interpretación y aplicación, conforme a los principios de unidad constitucional y de armonización**, de tal manera "**que la aplicación de una norma superior no debe contradecir o agotar el contenido de otras disposiciones constitucionales, sino que debe buscarse, en lo posible, interpretaciones que permitan la máxima efectividad de todas las normas de la Constitución**"[12].
>
> 5.3. **El principio de la unidad constitucional, como se ha dicho, exige la interpretación de la Constitución como un todo armónico y coherente, por oposición a una interpretación aislada o contradictoria de las disposiciones que la integran**. Lo que manda este principio es que la Constitución sea vista y entendida como una unidad, como un sistema con sentido lógico y, por tanto, que sus disposiciones no sean abordadas a partir de una visión puramente individualista de sus textos. **En cuanto al principio de armonización, el mismo implica la mutua delimitación de los bienes contrapuestos,** mediante la concordancia práctica de las respectivas normas constitucionales, de manera que se garantice a todas ellas su máximo nivel de eficacia y efectividad[13]. Es normal que, por su condición de normas de textura abierta, las disposiciones constitucionales puedan verse en situación de tensión recíproca, al momento de su aplicación e interpretación. Por ello, **se hace necesario que las mismas sean armonizadas y puestas en concordancia las unas con las otras para lograr su optimización, cuando las circunstancias así lo exijan[**14]. En relación con la aplicación de tales principios, en la Sentencia T-030 de 2005, la Corte hizo la siguiente precisión: "La Corte Constitucional en desarrollo de la función de guarda de la integridad y supremacía de la Carta Política (Art. 241 C.P.), ha reiterado **el deber que tienen todos los operadores jurídicos de interpretar la Constitución como una norma dotada de unidad de sentido, esto es, que en la aplicación de las normas fundamentales del Estado debe optarse por una interpretación sistemática cuyos efectos irradian al resto del ordenamiento jurídico.**"[15]" (Negrillas fuera del texto).

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

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

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

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

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

> "Los artículos 8 y 9 establecen la definición del interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes y la prevalencia de sus derechos. Se entiende por interés superior, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes. **En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño.** Sobre la prevalencia, la norma dicta que todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe un conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona."[168] (Negrillas fuera del texto).

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

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

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

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

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

Relación con el estándar de autonomía progresiva

Un eventual cuestionamiento a esta conclusión invocaría el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la doctrina de la evolución de las facultades del niño, desarrollada por la Corte Constitucional en la Sentencia SU-337 de 1999 (caso de asignación quirúrgica de sexo a un menor intersexual) y reiterada en la Sentencia T-850 de 2002, así como por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la Opinión Consultiva OC-24/17 sobre identidad de género, igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo, y en los Principios de Yogyakarta[169][170]. Estos precedentes reconocen, en efecto, que el niño, niña o adolescente debe participar, según su grado de madurez, en las decisiones sobre intervenciones en su propio cuerpo.

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

Como se expuso en el numeral 4.4.1, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-131 de 2014, ya validó una prohibición legal general, fijada por edad, frente a una intervención irreversible con efectos sobre la fertilidad. Ese precedente respalda que, ante la irreversibilidad de la intervención, la ausencia de urgencia médica y la incertidumbre científica sobre sus beneficios y riesgos, el legislador pueda —en ejercicio de su margen de configuración normativa y del principio de precaución desarrollado en el numeral 4.6— fijar una edad mínima con carácter general, sin que ello vacíe de contenido la autonomía progresiva, que se preserva y se ejerce plenamente al alcanzar la mayoría de edad.

4.6. El principio de precaución como fundamento jurídico de la medida

El principio de precaución es un enfoque de gestión del riesgo según el cual, cuando existe peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no debe utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces de protección. El glosario oficial de la Unión Europea lo define así:

> «El principio de precaución es un enfoque de la gestión del riesgo, según el cual, en caso de que una determinada política o acción pudiera causar daños a las personas o al medio ambiente y no existiera consenso científico al respecto, la política o acción en cuestión debería abandonarse. Sin embargo, dicha política o acción podrá revisarse cuando se disponga de nueva información científica. El principio se establece en el artículo 191 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE)».[171]

Este principio está previsto como el Principio 15 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo.[172] En Colombia tiene origen en materia ambiental, en el numeral 6 del artículo 1 de la Ley 99 de 1993, según el cual «las autoridades ambientales y los particulares darán aplicación al principio de precaución conforme al cual, cuando exista peligro de daño grave e irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces para impedir la degradación del medio ambiente». La Corte Constitucional lo ha definido en sentencia de unificación como «un criterio hermenéutico para la aplicación de normas relativas a la protección ambiental ante amenazas graves que no han sido científicamente comprobadas y los límites que deben observar los operadores administrativos y judiciales».[173]

Si bien tiene su origen en materia ambiental, este principio se ha extendido a la protección de la vida y la salud humana. La Ley 1523 de 2012, sobre gestión del riesgo de desastres, lo consagra en el numeral 8 de su artículo 3 en los siguientes términos:

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

4.6.1. Corte Interamericana de Derechos Humanos

En la Opinión Consultiva OC-23/17 del 15 de noviembre de 2017, solicitada por Colombia, la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostuvo:

> «180. [...] esta Corte entiende que, los Estados deben actuar conforme al principio de precaución, a efectos de la protección del derecho a la vida y a la integridad personal, en casos donde haya indicadores plausibles que una actividad podría acarrear daños graves e irreversibles al medio ambiente, aún en ausencia de certeza científica. Por tanto, los Estados deben actuar con la debida cautela para prevenir el posible daño. En efecto, en el contexto de la protección de los derechos a la vida y a la integridad personal, la Corte considera que los Estados deben actuar conforme al principio de precaución, por lo cual, aún en ausencia de certeza científica, deben adoptar las medidas que sean "eficaces" para prevenir un daño grave o irreversible».

La Corte Interamericana reiteró ese criterio en las sentencias de los casos *Habitantes de La Oroya vs. Perú*, del 27 de noviembre de 2023 —sobre las afectaciones a la vida, la salud y los derechos de la niñez por la contaminación con plomo—, y *Pueblo Indígena U'wa y sus miembros vs. Colombia*, del 4 de julio de 2024, en las que sostuvo que, «en el contexto de la protección de los derechos a la vida y a la integridad personal, y del derecho a la salud, los Estados deben actuar conforme al principio de precaución, por lo cual, aún en ausencia de certeza científica, deben adoptar las medidas que sean "eficaces" para prevenir un daño grave o irreversible».

4.6.2. Consejo de Estado

La Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en el Concepto 2233 del 11 de diciembre de 2014, señaló que la Carta Política ha constitucionalizado el principio de precaución al imponer a las autoridades el deber de evitar daños y riesgos a la vida, a la salud y al medio

---

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

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

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

171 Eurolex, glosario, principio de precaución, consultado el 16 de julio de 2025, disponible en: Principio de precaución - EUR-Lex

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

173 Corte Constitucional, SU 018 de 2024.

ambiente, aun sin poder cuantificar previamente su magnitud o alcance.[174]

En materia de responsabilidad médica, la Sección Tercera, en sentencia del 17 de octubre de 2023, condenó al Estado por la inaplicación de este principio en la atención de un niño que falleció por una hemorragia tras una adenoamigdalectomía; el fallo advirtió que la medicina obra conforme al principio de precaución y que, ante cualquier sangrado posterior a esa cirugía, se exige vigilancia estrecha y pronta actuación, dado que los niños tienen menor volumen de sangre que los adultos.[175]

4.6.3. Corte Constitucional

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

En sede de tutela, la Corte aplicó el principio para proteger la salud de niños frente a la posible exposición a campos electromagnéticos de antenas de telefonía: en la Sentencia T-104 de 2012 ordenó analizar y comunicar sus posibles efectos adversos y reubicar las antenas cercanas a un hogar comunitario infantil del municipio de Matanza, y en las sentencias T-1077 de 2012 y T-397 de 2014 ordenó desmontar estaciones base y regular la distancia prudente entre las torres de telefonía móvil y las viviendas, instituciones educativas, hospitales y hogares geriátricos.

En la Sentencia C-583 de 2015, al estudiar el artículo 24 de la Ley 1480 de 2011, la Corte aplicó el principio de precaución en salud y ordenó al Congreso incluir, dentro de la información mínima de los alimentos, la relativa a organismos genéticamente modificados. En la Sentencia T-236 de 2017 ordenó no reanudar la aspersión aérea con glifosato por el riesgo significativo para la salud de las comunidades étnicas de Nóvita, y en la Sentencia T-343 de 2022 ordenó al Instituto Colombiano Agropecuario suspender la comercialización de productos con clorpirifós, para proteger la salud de los accionantes y de todos los niños del territorio colombiano.

Recientemente, en la Sentencia SU-018 de 2024, la Corte precisó que el principio se aplica incluso con indicios:

> «158. En conclusión, el principio de precaución se deriva directamente de la Constitución ecológica y obliga tanto a particulares como a las autoridades a prevenir daños ambientales y a la salud pública siempre que sea posible constatar elementos técnicos o científicos o indicios sobre la potencialidad de un peligro y la materialización de un daño grave o irreversible».

4.6.4. Tribunales de la Unión Europea

En el asunto T-13/99, *Pfizer Animal Health v. Consejo*, se avaló el retiro provisional de la autorización de un aditivo alimentario ante la falta de certeza científica sobre sus efectos, al sostener que el principio de precaución permite a la autoridad pública actuar incluso antes de que se manifiesten los efectos adversos.[176] En materia de medicamentos, en el asunto T-416/22, *Fresenius Kabi*, de 2024, se avaló la suspensión de las autorizaciones de comercialización de soluciones de infusión con hidroxietilalmidón, al considerar que basta con pruebas serias que susciten dudas razonables sobre la seguridad del medicamento, sin exigir la eliminación total de la incertidumbre científica.[177] Y en los asuntos acumulados T-74/00 y otros, *Artegodan v. Comisión*, se sostuvo que la suspensión o retiro de una autorización de comercialización procede cuando nuevos datos generan serias dudas sobre la seguridad o eficacia del producto, aunque no se resuelva la incertidumbre científica.[178]

4.6.5. Síntesis y aplicación al proyecto

De estos pronunciamientos se desprende que: (i) el principio de precaución se ha constitucionalizado e impone a las autoridades el deber de evitar riesgos y daños a la vida y a la salud, aun cuando no pueda cuantificarse previamente su magnitud; (ii) aunque tuvo origen en materia ambiental, se aplica a la protección de la salud humana; (iii) su aplicación es reforzada cuando están en riesgo los derechos de niños, niñas y adolescentes (sentencias T-104 y T-1077 de 2012 y T-343 de 2022); (iv) basta con elementos técnicos o científicos, o incluso indicios, sobre la potencialidad de un daño grave o irreversible (Sentencia SU-018 de 2024), y (v) en materia de medicamentos, pruebas serias que susciten dudas razonables sobre su seguridad o eficacia justifican restringir su uso, sin exigir la eliminación total de la incertidumbre científica (asuntos *Artegodan* y *Fresenius Kabi*).

Aplicados al objeto de este proyecto, estos criterios se armonizan con el principio *pro infans*, el interés superior del niño y la prevalencia de sus derechos. Si bien no existe evidencia concluyente sobre la magnitud de cada uno de los daños que estos tratamientos pueden causar, los riesgos descritos en el numeral 2.4 del capítulo III están documentados, y las revisiones sistemáticas desarrolladas en otros países no han acreditado con certeza suficiente un beneficio clínico significativo para la disforia o incongruencia de género en menores de edad. La evidencia disponible advierte, además, sobre la posible existencia de riesgos aún no identificados a mediano y largo plazo.

4.7. Naturaleza de ley ordinaria del proyecto

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

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

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

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

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

V. Impacto fiscal

En cumplimiento del artículo 7° de la Ley 819 de 2003, se precisa que el presente proyecto de ley no ordena gasto ni otorga beneficios tributarios, por lo que no genera impacto fiscal. La atención integral en salud mental prevista en el parágrafo 1° del artículo 3° se presta conforme a la Ley 1616 de 2013 y a las rutas integrales de atención en salud vigentes, con cargo a los recursos ya dispuestos para ellas, y la prohibición del artículo 3° no crea nuevos servicios ni tecnologías a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En todo caso, se solicita a la Comisión remitir copia del proyecto al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que, si lo considera pertinente, emita concepto sobre la materia.

VI. Pliego modificatorio del articulado

A continuación, se presentan las modificaciones propuestas al texto radicado (Gaceta del Congreso 1244 de 2026). En la columna del texto radicado se tacha lo que se suprime; en la del texto propuesto se resalta en negrita y subrayado lo que se adiciona o modifica.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación
"Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". Ley Laura, Niños, No Experimento	"Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". Ley Laura, Niños, No Experimento	Sin modificaciones.
Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto prohibir los procedimientos médicos de afirmación de género consistentes en bloqueadores de la pubertad, procedimientos hormonales de afirmación de género y procedimientos quirúrgicos de afirmación de género para menores de edad y establecer el régimen sancionatorio a quienes violen esta prohibición.	**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene por objeto prohibir los procedimientos médicos de afirmación de género consistentes en bloqueadores de la pubertad, procedimientos hormonales de afirmación de género y procedimientos quirúrgicos de afirmación de género para menores de edad y establecer el régimen sancionatorio a quienes violen esta prohibición.	Sin modificaciones.
Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la aplicación de la presente Ley, se utilizarán las siguientes definiciones: sexo; procedimientos médicos de afirmación de género; bloqueadores de pubertad; procedimientos hormonales de afirmación de género, y procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género (el texto de cada definición se mantiene igual).	**Artículo 2°. Definiciones.** Para efectos de la aplicación de la presente Ley, se utilizarán las siguientes definiciones: sexo; procedimientos médicos de afirmación de género; bloqueadores de pubertad; procedimientos hormonales de afirmación de género, y procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género (el texto de cada definición se mantiene igual).	Sin modificaciones.

---

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

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

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

[177] Tribunal General de la Unión Europea. (2024, 15 de mayo). *Fresenius Kabi Austria GmbH y otros v. Comisión Europea* (Asunto T- 416/22, ECLI:EU:T:2024:316). EUR-Lex. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: EUR-Lex - 62022TJ0416 - EN - EUR-Lex

[178] Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas. (2002, 26 de noviembre). *Artegodan GmbH y otros v. Comisión de las Comunidades Europeas* (Asuntos acumulados T- 74/00, T- 76/00, T- 83/00, T- 84/00, T- 85/00, T- 132/00, T- 137/00 y T- 141/00, ECLI:EU:T:2002:283). EUR-Lex. Consultado el 10 de julio de 2026, disponible en: EUR-Lex - 62000TJ0074 - EN - EUR-Lex

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación
Artículo 3°. Prohibición de los procedimientos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes. Se prohíbe en todo el territorio nacional la utilización en niños, niñas y adolescentes de: a) Bloqueadores de pubertad. b) Procedimientos hormonales de afirmación de género. c) Procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género. **Parágrafo 1°.** ~~Esta prohibición se adopta sin detrimento del acceso de los niños, niñas y adolescentes a la atención integral necesaria de conformidad con la lex artis y las demás disposiciones del ordenamiento jurídico.~~ **Parágrafo 2°.** Esta prohibición no será aplicable a los casos de pubertad precoz clínicamente diagnosticada, ~~ni~~ a las alteraciones congénitas, genéticas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor, ~~entre otros,~~ siempre que los procedimientos empleados se encuentren ~~debidamente~~ autorizados ~~para dichas indicaciones~~ o cuenten con el respaldo regulatorio correspondiente. **Parágrafo 3°.** La delimitación del ámbito de aplicación de la presente ley responde exclusivamente al deber constitucional de protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes y no constituye aprobación ni regulación sobre las intervenciones médicas de afirmación de género en	**Artículo 3°. Prohibición de los procedimientos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes.** Se prohíbe en todo el territorio nacional la utilización en niños, niñas y adolescentes de: a) Bloqueadores de pubertad **con fines de afirmación de género**. b) Procedimientos hormonales de afirmación de género. c) Procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género. **Parágrafo 1°. La prohibición establecida en el presente artículo no exonera del deber de garantizar atención integral en salud mental a los niños, niñas y adolescentes. Esta atención se prestará conforme a la Ley 1616 de 2013 y a las rutas integrales de atención en salud vigentes, con valoración interdisciplinaria de cada caso, incluidos los factores asociados y las comorbilidades, y de acuerdo con la lex artis.** **Parágrafo 2°.** Esta prohibición no será aplicable a los casos de pubertad precoz clínicamente diagnosticada, a las alteraciones congénitas, genéticas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor, **ni a otras indicaciones clínicas distintas de la afirmación de género,** siempre que los procedimientos empleados se encuentren autorizados o cuenten con el respaldo regulatorio correspondiente.	**Literal a).** Se precisa que la prohibición recae sobre los bloqueadores de la pubertad utilizados con fines de afirmación de género, en armonía con el parágrafo 2°, para que no se entienda que el literal comprende su uso en la pubertad precoz u otras indicaciones clínicas. **Parágrafo 1°.** Se sustituye la fórmula general «sin detrimento del acceso a la atención integral necesaria» por un deber expreso de garantizar atención integral en salud mental conforme a la Ley 1616 de 2013 y a las rutas integrales de atención vigentes, con valoración interdisciplinaria que incluya los factores asociados y las comorbilidades. Así se precisa que la prohibición no suprime el acompañamiento clínico y psicológico, sino que lo refuerza. La remisión a normas y rutas existentes no crea nuevas obligaciones de gasto. **Parágrafo 2°.** Se elimina la expresión abierta «entre otros», que restaba certeza a la excepción, y se reemplaza por un criterio de finalidad: la prohibición no se aplica a indicaciones clínicas distintas de la afirmación de género. Se simplifica la exigencia de autorización regulatoria. **Parágrafo 3°.** Sin modificaciones.

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación
personas mayores de edad.	**Parágrafo 3°.** La delimitación del ámbito de aplicación de la presente ley responde exclusivamente al deber constitucional de protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes y no constituye aprobación ni regulación sobre las intervenciones médicas de afirmación de género en personas mayores de edad.	
~~**Artículo 4°.** Adiciónese el numeral 21 al artículo 20 de la Ley 1098 de 2006, de la siguiente forma:~~ ~~"ARTÍCULO 20. DERECHOS DE PROTECCIÓN. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: (...)~~ ~~21. Procedimientos médicos o clínicos que no cuenten con la validez científica requerida, y que puedan causar detrimento en la salud física y mental de los menores."~~	**Se elimina.**	Se elimina el artículo. El numeral propuesto tenía un contenido general e indeterminado («procedimientos médicos o clínicos que no cuenten con la validez científica requerida»), que excedía el objeto de la ley —limitado a las tres intervenciones definidas en el artículo 2°— y podía generar incertidumbre sobre su alcance frente a otras prácticas médicas. La protección de la salud de los menores frente a tecnologías sin evidencia suficiente ya se encuentra en el artículo 44 de la Constitución, en el artículo 27 de la Ley 1098 de 2006 y en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, y la prohibición específica del artículo 3° cumple la finalidad perseguida con mayor precisión. En consecuencia, se renumeran los artículos siguientes.
Artículo 5°. Régimen sancionatorio. 1. El médico que ~~preste,~~	**Artículo 4°. Régimen sancionatorio.** 1. El médico que prescriba,	Se renumera como artículo 4°. **Numeral 1.** Se ajustan los

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación
prescriba, ordene~~,~~ **o** practique ~~o de cualquier otra forma ejecute~~ en un niño, niña o adolescente alguno de los procedimientos prohibidos en el artículo 3° de esta Ley incurre en falta grave contra la ética médica. 2. La falta será investigada y sancionada por el Tribunal Seccional de Ética Médica del domicilio del profesional, siguiendo el procedimiento previsto en el Capítulo II de la Ley 23 de 1981 (arts. 74 a 82), y dará lugar a las sanciones del artículo 83 de dicha ley, según la gravedad de la conducta y la reincidencia, hasta la suspensión en el ejercicio de la medicina por el término máximo de cinco (5) años, sanción que solo puede imponer el Tribunal Nacional de Ética Médica (arts. 84, 88 y 89 de la Ley 23 de 1981). **Parágrafo 1°.** ~~Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que autoricen, financien, faciliten o toleren la realización de las conductas prohibidas en el artículo 3° de esta Ley serán sancionadas administrativamente por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, modificados por la Ley 1949 de 2019, sin perjuicio de la suspensión o revocatoria del certificado de habilitación respectivo.~~ **Parágrafo 2°.** Lo previsto en	ordene o practique en un niño, niña o adolescente alguno de los procedimientos prohibidos en el artículo 3° de esta Ley incurre en falta grave contra la ética médica. 2. La falta será investigada y sancionada por el Tribunal Seccional de Ética Médica del domicilio del profesional, siguiendo el procedimiento previsto en el Capítulo II de la Ley 23 de 1981 (arts. 74 a 82), y dará lugar a las sanciones del artículo 83 de dicha ley, según la gravedad de la conducta y la reincidencia, hasta la suspensión en el ejercicio de la medicina por el término máximo de cinco (5) años, sanción que solo puede imponer el Tribunal Nacional de Ética Médica (arts. 84, 88 y 89 de la Ley 23 de 1981). **Parágrafo 1°. No constituyen conducta sancionable la valoración, el diagnóstico, la atención en salud mental, la remisión ni el seguimiento clínico del paciente.** **Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no podrán autorizar, financiar ni prestar los procedimientos prohibidos en el artículo 3° de esta Ley.** **Parágrafo 3°.** Lo previsto en este artículo se aplica sin perjuicio de la responsabilidad **civil, penal o patrimonial del Estado** a que haya lugar.	verbos rectores a «prescriba, ordene o practique», que describen actos propios del ejercicio médico, y se suprime la cláusula abierta «o de cualquier otra forma ejecute», que dificultaba determinar la conducta sancionable, en atención al principio de tipicidad aplicable al derecho disciplinario. **Parágrafo 1° (nuevo).** Se precisa que la valoración, el diagnóstico, la atención en salud mental, la remisión y el seguimiento clínico no constituyen conducta sancionable, para evitar un efecto disuasorio sobre la atención de estos pacientes. **Parágrafo 2° (nuevo).** Se sustituye el régimen sancionatorio administrativo del texto radicado, cuyos verbos («faciliten», «toleren») eran de difícil determinación, por un mandato directo a EPS e IPS de no autorizar, financiar ni prestar los procedimientos prohibidos, cuyo cumplimiento queda sujeto a las facultades de inspección, vigilancia y control previstas en las normas vigentes. **Parágrafo 3°.** Corresponde al parágrafo 2° del texto radicado; se ajusta su redacción sin cambio de contenido. El régimen sancionatorio no restringe indebidamente el

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación
este artículo se aplica sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial del Estado, civil y de la responsabilidad penal a que haya lugar conforme al Código Penal.		ejercicio de la profesión médica: desarrolla la potestad de configuración legislativa que la Corte Constitucional ha reconocido frente a profesiones cuya práctica conlleva un riesgo social significativo, siempre que la medida sea razonable y proporcionada.[179] Al remitir la falta a los Tribunales de Ética Médica y al procedimiento de la Ley 23 de 1981, no crea un régimen disciplinario paralelo, sino que activa los mecanismos institucionales existentes; sin ese mecanismo, la prohibición carecería de eficacia normativa.
Artículo 6°. Reglamentación y Vigencia. El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	**Artículo 5°. Reglamentación y Vigencia.** El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	Se renumera como artículo 5°. Sin modificaciones de contenido.

VII. Declaratoria de conflicto de interés.

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual *"El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar"*.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un

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

conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

"*Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (…)*

i. Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

ii. Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

iii. Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

***b)** Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*

***c)** Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*

***d)** Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*

e) (Literal INEXEQUIBLE)

***f)** Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)".* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Senadores, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

VIII. Proposición.

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a la Honorable Comisión Séptima del Senado de la República dar primer debate al Proyecto de Ley No. 211 de 2026 Senado "*Por medio de la cual se establecen medidas de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones médicas de afirmación de género y se dictan otras disposiciones.*" - Ley Laura, Niños, No Experimento.

Cordialmente,

ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA
Ponente Único
Senador partido Centro Democrático

IX. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY 211 DE 2026 SENADO

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

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

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

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

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

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

a) Bloqueadores de pubertad con fines de afirmación de género.

b) Procedimientos hormonales de afirmación de género.

c) Procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género.

Parágrafo 1°. La prohibición establecida en el presente artículo no exonera del deber de garantizar atención integral en salud mental a los niños, niñas y adolescentes. Esta atención se prestará conforme a la Ley 1616 de 2013 y a las rutas integrales de atención en salud vigentes, con valoración interdisciplinaria de cada caso, incluidos los factores asociados y las comorbilidades, y de acuerdo con la lex artis.

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

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

Artículo 4°. Régimen sancionatorio.

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

Parágrafo 1°. No constituyen conducta sancionable la valoración, el diagnóstico, la atención en salud mental, la remisión ni el seguimiento clínico del paciente.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no podrán autorizar, financiar ni prestar los procedimientos prohibidos en el artículo 3° de esta Ley.

Parágrafo 3°. Lo previsto en este artículo se aplica sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o patrimonial del Estado a que haya lugar.

Artículo 5°. Reglamentación y Vigencia. El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición.

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

Cordialmente,

ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA
Ponente Único
Senador partido Centro Democrático

X. Anexos

Anexo 1. Registros sanitarios INVIMA de los principios activos utilizados en los tratamientos objeto de esta ley

Página web de referencia:
https:*consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp*

Principio activo: Triptorelina

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimie
20060305	TRIPTORELINA PAMOATO EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	DECAPEPTYL® 22.5MG	INVIMA 2014M-0014927	Vigente	
20008910	ACETATO DE TRIPTORELINA 100 uG. EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DAILY	INVIMA 2020M-0010508-R1	Vigente	
19982483	TRIPTORELINA ACETATO 4.12 MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	GONAPEPTYL® DEPOT	INVIMA 2008M-0007865	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
19953802	TRIPTORELINA PAMOATO 15.5 MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA	DECAPEPTYL® 11.25MG	INVIMA 2015M-0004541-R1	Vigente	
19931457	TRIPTORELINA ACETATO EQUIVALENTE TRIPTORELINA BASE	DIPHERELINE® 3.75 MG	INVIMA 2014M-0002133-R1	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
60042	TRIPTORELINA PAMOATO 5.2MG EQUIVALENTE A TRIPTORELINA BASE	DECAPEPTYL 3.75 MG INYECTABLE LIOFILIZADO	INVIMA 2016M-003326-R2	Temp. no comerc - Vigente	
50772	TRIPTORELINA (COMO ACETATO)	DECAPEPTYL INYECTABLE LIOFILIZADO	M-015068	Vigente	

Principio activo: Leuprolide

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

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimient
20032905	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD ® 45 MG	INVIMA 2023M-0013001-R2	Vigente	
19956218	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD® 22.5 MG POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSION INYECTABLE	INVIMA 2022M-0004777-R2	Vigente	
19952701	ACETATO DE LEUPROLIDE	LIPROLON DEPOT INYECTABLE 7.5 MG	INVIMA 2006M-0005735	Vencido	2016/05/1 00:00
19952700	LEUPROLIDE ACETATO	LIPROLON DEPOT INYECTABLE 3.75 MG	INVIMA 2006M-0006101	Vencido	2016/08/0 00:00
19947995	LEUPROLIDE ACETATO	ELIGARD 7.5 MG POLVO LIOFILIZADO PARA SUSPENSION INYECTABLE	INVIMA 2004M-0003890	Vencido	2014/11/0 00:00
39428	ACETATO DE LEUPROLIDE (MICROESFERAS)	LUPRON ® DEPOT 3.75 MG	INVIMA 2012M-012584R-2	Perdida Fuerza Ejec	2017/05/0 00:00
25996	LEUPROLIDE ACETATO	LUPRON 5 MG/ML INYECTABLE	INVIMA 2007M-009587-R2	Perdida Fuerza Ejec	2017/04/1 00:00

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

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimier
20098329	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100 MG.	INVIMA 2022M-0017254-R1	Vigente	
20093384	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG	INVIMA 2021M-0016362-R1	Vigente	
20060513	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2014M-0015147	Perdida Fuerza Ejec	2019/08/ 00:00
20015631	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG	INVIMA 2022M-0011315-R2	Vigente	
19990654	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100MG	INVIMA 2008M-0008555	Perdida Fuerza Ejec	2018/10/2 00:00
19990648	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2008M-0008510	Perdida Fuerza Ejec	2018/10/2 00:00
19975836	ESPIRONOLACTONA USP	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETAS.	INVIMA 2022M-0007331-R2	Vigente	
19973885	ESPIRONOLACTONA	DIUXOTON® 100MG	INVIMA 2007M-0007274	Vencido	2017/09/0 00:00
19973773	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25MG	INVIMA 2018M-0007445-R1	Perdida Fuerza Ejec	2025/09/2 00:00
19973061	ESPIRONOLACTONA MICRONIZADA USP	ESPIRONOLACTONA 25MG TABLETAS	INVIMA 2023M-0006839-R2	Vigente	
19972755	ESPIRONOLACTONA	DIUXOTON ® (ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS).	INVIMA 2007M-0006980	Vencido	2017/05/0 00:00
19963166	ESPIRONOLACTONA	ESPIROLAN 25 MG TABLETAS	INVIMA 2017M-0006113-R1	Vigente	
19963165	ESPIRONOLACTONA	ESPIROLAN 100 MG TABLETAS.	INVIMA 2017M-0006161-R1	Vigente	
19954431	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 25 MG TABLETAS	INVIMA 2005M-0004565	Vencido	2015/07/1 00:00
19954430	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA ® 100 MG TABLETA	INVIMA 2016M-0004598-R1	Vencido	2021/10/0 00:00
19944004	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG	INVIMA 2020M-0003260-R2	Vigente	
19942429	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETA RECUBIERTA 100 MG	INVIMA 2019M-0003477-R2	Vigente	
19933407	ESPIRONOLACTONA	DOXICLAT® TABLETA.	INVIMA 2023M-0002093-R3	Vigente	
19913076	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDOS 25 MG	INVIMA M-014868	Vencido	2010/12/0 00:00
1981095	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 100 MG	INVIMA 2009M-011850 R1	Perdida Fuerza Ejec	2019/07/2 00:00
215303	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDOS	INVIMA M-010435	Vencido	2008/03/2 00:00

104206	ESPIRONOLACTONA	FUROSEMIDA Y ESPIRONOLACTONA "FLUXORLACTON"	INVIMA M-007533-R1	Vencido	2006/04/ 00:00
52230	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 25 TABLETAS	INVIMA M-001057	Vencido	2005/05/2 00:00
52229	ESPIRONOLACTONA	KESPIRONA 100 MG TABLETAS	INVIMA M-001059	Vencido	2005/06/1 00:00
49664	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE® TABLETAS 25 MG	INVIMA 2023M-006221-R4	Vigente	
34489	ESPIRONOLACTONA	ALDAZIDA TABLETAS 100 MG.	INVIMA M- 002967 R2	Vencido	2009/11/1 00:00
34487	ESPIRONOLACTONA	ALDAZIDA DE 25 MG TABLETAS	INVIMA M- 002495 R2	Vencido	2005/10/2 00:00
33524	ESPIRONOLACTONA	LASILACTON CAPSULAS	INVIMA 2009 M-001917-R3	Vencido	2020/02/ 00:00
29955	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA TABLETAS * 100 MG	M-003251	Vencido	2005/10/2 00:00
29282	ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE 100MG TABLETAS	INVIMA 2023M-000517-R5	Vigente	
15124	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONALACTONA 25 MG	M-004466	Vencido	2009/04/ 00:00
11766	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONALACTONA 100 MG. TABLETAS	INVIMA M-002595	Vencido	2005/07/ 00:00

Principio activo: Acetato de ciproterona

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento
19992955	ACETATO DE CIPROTERONA MICRONIZADO	LUMALIA ®	INVIMA 2008M-0008414	Cancelado	2018/09/18 00:00
19992942	ACETATO DE CIPROTERONA	CETOL	INVIMA 2009M-0009115	Vencido	2019/01/30 00:00
19961389	ACETATO DE CIPROTERONA MICRONIZADO	BIOFACE®COMPRIMIDOS	INVIMA 2009M-0009137	Vencido	2016/01/25 00:00
19942623	ACETATO DE CIPROTERONA	DIANE® - 35	INVIMA 2023M-0003385-R2	Vigente	
19942621	ACETATO DE CIPROTERONA (GRAGEA 2)	CLIMENE ®	INVIMA 2014M-0003078-R1	Perdida Fuerza Ejec	2019/12/11 00:00
19900996	ACETATO DE CIPROTERONA	ANDROCUR ® 100 MG TABLETAS	INVIMA 2023M-012770-R3	Vigente	
224085	ACETATO DE CIPROTERONA	CYPROPLEX TABLETAS 50 MG	INVIMA M-007280	Vencido	2007/11/12 00:00
57154	ACETATO DE CIPROTERONA	OLTER COMPRIMIDOS 50 MG	INVIMA 2005 M-000890-R1	Vencido	2015/08/10 00:00
44799	ACETATO DE CIPROTERONA	CLIMENE	INVIMA 2003M-013829-R1	Vencido	2013/06/17 00:00

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

Principio activo: Acetato de noretisterona (progestágenos)

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

Principio activo: Dienogest (progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimie
20156284	DIENOGEST	BELLANEW®	INVIMA 2019M-0018900	Vigente	
20155036	COMPRIMIDO 2: DIENOGEST	DADU®	INVIMA 2019M-0018926	Perdida Fuerza Ejec	2028/06/ 00:00
20155036	COMPRIMIDO 3: DIENOGEST	DADU®	INVIMA 2019M-0018926	Perdida Fuerza Ejec	2028/06/ 00:00
20148417	VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG; DIENOGEST	RUBI®	INVIMA 2021M-0020044	Vigente	
20148417	VALERATO DE ESTRADIOL 2 MG; DIENOGEST	RUBI®	INVIMA 2021M-0020044	Vigente	
20148416	DIENOGEST	DESIRE® 2 MG TABLETAS RECUBIERTAS.	INVIMA 2020M-0019658	Vigente	
20145801	DIENOGEST	SIBILLA® CD	INVIMA 2021M-0020020	Vigente	
20130744	DIENOGEST	TRIACTIVA® TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0018934	Vigente	
20121390	DIENOGEST	VELBIENNE® 20	INVIMA 2023M-0018432-R1	Vigente	
20120592	DIENOGEST	SEGUFEM MINI®.	INVIMA 2023M-0018339-R1	Vigente	
			INVIMA 2017M-		

20104341	DIENOGEST MICRONIZADO	VELBIENNE® 10	INVIMA 2017M-0017558	Vigente	
20096215	DIENOGEST	DIENOGEST 2 MG	INVIMA 2016M-0017454	Vigente	
20093958	DIENOGEST	SIBILLA® 2 MG/0.03 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS.	INVIMA 2022M-0017318-R1	Vigente	
20093177	DIENOGEST	DIENILLE® COMPRIMIDO RECUBIERTOS	INVIMA 2023M-0017267-R1	Vigente	
20087541	DIENOGEST	SEGUFEM®	INVIMA 2020M-0016111-R1	Vigente	
20080146	DIENOGEST MICRONIZADO	METRINELLE ® 2 MG COMPRIMIDOS	INVIMA 2020M-0016606-R1	Vigente	
20071752	DIENOGEST	ABLIDIEVAL®	INVIMA 2018M-0015792	Vencido	2021/10/ 00:00
20070843	DIENOGEST	ACOTOL SUAVE TABLETAS	INVIMA 2014M-0015248	Vencido	2019/09/ 00:00
20056174	DIENOGEST	GIANDA® CD	INVIMA 2013M-0014674	Temp. no comercializado - En Trámite Renov	
20055000	DIENOGEST	BELLAFACE® SUAVE	INVIMA 2019M-0015240-R1	Vigente	
		ABLALONDRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	INVIMA 2023M-	Perdida Fuerza	2029/04/

20054661	DIENOGEST	ABLALONDRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 2MG	INVIMA 2023M-0014326-R1	Perdida Fuerza Ejec	2029/04/ 00:00
20051856	DIENOGEST	EVELY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2023M-0013906-R2	Cancelado	2029/07/ 00:00
20051856	DIENOGEST	EVELY TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2023M-0013906-R2	Cancelado	2029/07/ 00:00
20044058	DIENOGEST	ACOTOL EX	INVIMA 2019M-0013335-R1	Perdida Fuerza Ejec	2028/11/ 00:00
20038827	DIENOGEST	DIENOMET 2 MG TABLETAS	INVIMA 2022M-0012966-R2	Vigente	
20018582	DIENOGEST MICRONIZADO	VISANNE®	INVIMA 2023M-0012094-R2	Vigente	
20016014	DIENOGEST	YAEL®	INVIMA 2022M-0011563-R2	Vigente	
20005723	DIENOGEST	QLAIRA	INVIMA 2023M-0010708-R1	Vigente	
20005723	DIENOGEST	QLAIRA	INVIMA 2023M-0010708-R1	Vigente	
20005233	DIENOGEST	GIANDA® TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2019M-0009887-R1	Vigente	
20001058	DIENOGEST	BELLAFACE®	INVIMA 2018M-0009470-R1	Vigente	

19902721	DIENOGEST	VALETE	INVIMA M-13825	Perdida Fuerza Ejec	2009/11/ 00:00

Principio activo: Estradiol 17β

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

La consulta trae un máximo de 200 filas.
Si el registro que usted busca no se encuentra dentro de esta lista, por favor refine su consulta.

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

Principio activo: Testosterona

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fech Vencimi
20100748	TESTOSTERONA UNDECANOATO (EQUIVALENTE A 631,5 MG DE TESTOSTERONA)	UROMAX® 1000MG/4 ML SOLUCIÓN INYECTABLE	INVIMA 2021M-0016617-R1	Temp. no comerc - Vigente	
20065902	TESTOSTERONA ENANTATO	TESTOSTERONA ENANTATO INYECCION 250 MG	INVIMA 2020M-0015346-R1	Vigente	
20061596	TESTOSTERONA	TESTOVITAL 1% GEL	RSM-Exp201300014763	Vencido	2019/01 00:00
20059696	TESTOSTERONA	AXIRON®	INVIMA 2013M-0014714	Perdida Fuerza Ejec	2018/12 00:00
20052145	TESTOSTERONA	ERETRIA GEL	INVIMA 2013M-0014575	Vencido	2018/10 00:00
20012101	TESTOSTERONA UNDECANOATO	TENGLAR	INVIMA 2010M-0011280	Vencido	2015/09 00:00
19991316	TESTOSTERONA UNDECANOATO	BENOPTEX®	INVIMA 2021M-0008565-R1	Vigente	
19947559	UNDECANOATO DE TESTOSTERONA	NEBIDO ®	INVIMA 2020M-0003920-R2	Vigente	
19938468	TESTOSTERONA	ANDROGEL ® 1% GEL	INVIMA 2019M-0002965-R2	Temp. no comerc - Vigente	

Principio activo: Progesterona micronizada (progestágenos)

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fech Vencimi
20122364	PROGESTERONA MICRONIZADA	ENDOMETRIN 100 MG TABLETAS VAGINALES	INVIMA 2019M-0018798	Vigente	
20077103	PROGESTERONA MICRONIZADA	GESTAGENO® 200 MG CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA	INVIMA 2021M-0016686-R1	Vigente	
20056207	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT® 100 MG	INVIMA 2022M-0014305-R1	Vigente	
20056205	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT® 200 MG	INVIMA 2020M-0014297-R1	Vigente	
20055574	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO 400 MG	INVIMA 2021M-0014333-R2	Vigente	
20052406	PROGESTERONA MICRONIZADA	JARIT®	INVIMA 2020M-0014457-R1	Vigente	
20040856	PROGESTERONA MICRONIZADA	FERTIRING® ANILLO VAGINAL	INVIMA 2014M-0014805	Vencido	2019/02 00:00
20014986	PROGESTERONA MICRONIZADA	CRINONE ® 8 %	INVIMA 2016M-0011299-R1	Perdida Fuerza Ejec	2026/05 00:00
20006814	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 200 MG	INVIMA 2010M-0010660	Vencido	2021/10 00:00
19995679	PROGESTERONA MICRONIZADA	ENGYINAL CAPSULAS DE GELATINA BLANDA	RSM-Exp2008000886 30	Vencido	2018/11 00:00

19980869	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO 400 MG	RSM-Exp2020000738 0-R1	Vigente	
19942690	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGENDO® 200 MG	INVIMA 2014M-0003195-R1	Vigente	
19941525	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 100 MG	INVIMA 2013M-0002909-R1	Vencido	2018/07 00:00
19940533	PROGESTERONA MICRONIZADA	PROGESTERONA 200 MG	INVIMA 2021M-0003345-R2	Vigente	
19930589	PROGESTERONA MICRONIZADA	UTROGESTAN® 200 MG CÁPSULAS	INVIMA 2019M-0003046-R2	Vigente	
19906703	PROGESTERONA MICRONIZADA	UTROGESTAN 100 MG. CAPSULAS	INVIMA 2020M-14217-R2	Temp. no comerc - Vigente	
19902589	PROGESTERONA MICRONIZADA	GESLUTIN PNM CAPSULAS BLANDAS 100 MG	INVIMA 2018M-13758-R2	Vigente	

Principio activo: Finasterida

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimien
20135118	FINASTERIDA	FINHET® 1 MG TABLETAS RECUBIERTAS.	INVIMA 2019M-0019175	Vigente	
19993864	FINASTERIDA	CAOSOL® FINASTERIDA 5 MG	INVIMA 2008M-0008472	Vencido	2018/10/0 00:00
19982591	FINASTERIDA	PROFINAS 1MG	INVIMA 2008M-0008097	Vencido	2018/05/2 00:00
19981163	FINASTERIDA	FINASTERIDA 1 MG TABLETAS	INVIMA 2023M-0007836-R2	Vigente	
19942490	FINASTERIDA (MICRONIZADA)	APEPLUS® 1MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2020M-0003511-R2	Perdida Fuerza Ejec	2029/05/1 00:00
19940480	FINASTERIDA	FOLISTER	INVIMA 2020M-0003214-R2	Vigente	
19922897	FINASTERIDA	FISTRIN 1MG	INVIMA 2001M-0000649	Cancelado	2011/11/1 00:00
228382	FINASTERIDA	PROPECIA® 1 MG TABLETAS RECUBIERTAS	INVIMA 2009 M-012598-R1	Vigente	
42695	FINASTERIDA	FINASPROS® 5 MG	INVIMA 2019M-013500-R3	Suspendido	1900/01/0 00:00

227994	TESTOSTERONA USP	ANDRODERM	INVIMA M-012619	Vencido	2009/03 00:00
49418	ENANTATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA DEPOSITO	INVIMA M-003550	Vencido	2005/12 00:00
49417	PROPIONATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA 25 INY.	M-014463	Vencido	2005/01 23:59
49299	ENANTATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA DEPOSITO INYECTABLE	INVIMA M-006274	Vencido	2007/04 00:00
49298	PROPIONATO DE TESTOSTERONA	TESTOSTERONA 25 INYECTABLE	INVIMA M-000585	Vencido	2005/05 00:00
31279	ENANTATO DE TESTOSTERONA	TESTOVIRON® DEPOT POR 250 MG	INVIMA 2023M-001042-R5	Vigente	

Anexo 2. Códigos CUPS de consultas, terapias, procedimientos y ayudas diagnósticas asociados a la atención de la disforia o incongruencia de género

Nota: la inclusión en esta tabla de consultas y terapias de psicología, psiquiatría, pediatría u otras especialidades no implica su prohibición. El artículo 3° solo prohíbe los bloqueadores de la pubertad con fines de afirmación de género y los procedimientos hormonales y quirúrgicos de afirmación de género; la valoración, el diagnóstico, la atención en salud mental, la remisión y el seguimiento clínico están expresamente excluidos de sanción (artículo 4°, parágrafo 1°) y el parágrafo 1° del artículo 3° ordena garantizar la atención integral en salud mental.

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO EN SALUD RUTA AFIRMATIVA
CONSULTAS	
890208	CONSULTA PRIMERA VEZ PSICOLOGIA
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN

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

903856	NITRÓGENO UREICO
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
904108	PROLACTINA *
903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]*
886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL*
908404	CARIOTIPO CON BANDEO G*
904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA*
904501	ANDROSTENEDIONA*
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA*
	* ESTOS LABORATORIOS SE TOMAN SOLO EN CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD DE LOS PACIENTES
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	
853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO
643100	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL SOD
623002	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]
714002	RESECCIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS
706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL
706103	VAGINOPLASTIA ABDOMINOPERINEAL
706104	VAGINOPLASTIA POR LAPATOMIA
706105	VAGINOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA
717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES
717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN NO OBSTÉTRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINÉ (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO NI)
645001	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE MUJER A HOMBRE
645002	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE HOMBRE A MUJER
218603	RINOPLASTIA VA TRANSNASAL
218604	RINOPLASTIA VÍA ABIERTA
766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA
868204	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)
868306	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN
868308	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN

868310	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN
868312	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN
302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
302410	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA PERCUTÁNEA
302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ABIERTA
302412	LARINGOPLASTIA CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA
302419	LARINGOPLASTIA DE ELONGACIÓN O APROXIMACIÓN CRICOTIROIDEA VÍA ABIERTA
868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO
868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO
852300	MASTECTOMÍA SUBTOTAL SOD
854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA
854203	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN
683101	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR LAPAROTOMIA
683111	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA
684000	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
684003	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA
684020	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA
655101	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
651002	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
644300	CONSTRUCCIÓN .1DE NOVO) DE PENE SOD
627100	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR SOD
TODOS LOS CODIGOS SE ENCUENTRAN VIGENTES EN LA RESOLUCION 2336 DE 2023 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. TABLA REALIZADA TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES LA REFERENCIA (37, [180])	

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

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día veintinueve (29) del mes de septiembre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, **Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 211/2026 Senado

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

INICIATIVA: H.S. ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA, JUAN FERNANDO CAICEDO CALLEJAS, MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ, ESTEBAN QUINTERO CARDONA, JUAN ESPINAL RAMÍREZ, CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS, RAFAEL NIETO LOAIZA, SARA CASTELLANOS RODRÍGUEZ, JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ, GONZALO BAUTE GONZÁLEZ, SANTIAGO MONTOYA MONTOYA, ENRIQUE GÓMEZ MARTÍNEZ, H.R. LUIS MIGUEL LÓPEZ ARISTIZABAL, CAROL STEFANNY ACEVEDO, DAVID GERARDO COTE RODRÍGUEZ, JHON JAIRO BERRÍO LÓPEZ, DARUIN CASTELLANOS ROMERO, MELISSA ORREGO EUSSE, NELLY PATRICIA MOSQUERA MURCIA, HILDA GUTIÉRREZ, ANA LIGIA MORA MARTÍNEZ, ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA, FRANKLIN LOZANO DE LA OSSA, JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ, JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA, ALFREDO APE CUELLO BAUTE, GUILLERMO LEÓN BLANCO VALENCIA, DANIEL FELIPE BRICEÑO MONTES, JUAN DAVID ZULUAGA ZULUAGA, JORGE RODRIGUE TOVAR VÉLEZ.

RADICADO: EN SENADO: **26-07-2026** **EN COMISIÓN: 11-09-2026** **EN CÁMARA: XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1er DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
06 Art 1244/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	**ASIGNADO (A)**	**PARTIDO**
ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA	PONENTE UNICO	CENTRO DEMOCRATICO

NÚMERO DE FOLIOS: OCHENTA (80)
RECIBIDO EL DÍA: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 17:06 PM

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

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

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
Edificio Nuevo del Congreso
Carrera 7 No. 8-68 Oficina 241B
Teléfonos: 3824264/68/69/73.
comision.septima@senado.gov.co

V.1