Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

Acompañamiento a la identidad de género en niños, niñas y adolescentes trans y/o de género no conforme en la experiencia comparada

Serie Estudio Nº 03-24, 19/12/2024

por Blanca Bórquez Polloni y Carolina Jorquera Vásquez

Resumen

El presente Estudio tiene por objeto responder a las consultas formuladas por la senadora, señora Ximena Rincón González, a la Biblioteca del Congreso Nacional en relación con el acompañamiento a la identidad de género en niños, niñas y adolescentes en la experiencia extranjera.

Disclaimer: Este trabajo ha sido elaborado a solicitud de parlamentarios del Congreso Nacional, bajo sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente, sus contenidos están delimitados por los plazos de entrega que se establezcan y por los parámetros de análisis acordados. No es un documento académico y se enmarca en criterios de neutralidad e imparcialidad política.

Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones - Biblioteca del Congreso Nacional
eMail: bborquez@bcn.cl, Anexo: 1859
cljorquera@bcn.cl, Anexo: 1781

TABLA DE CONTENIDOS

Antecedentes 3
1. Nociones preliminares en torno a la identidad de género 4
2. La identidad de género bajo una perspectiva de derechos humanos 7
3. Modelos de atención en salud para NNA transgénero y/o de género diverso 15
3.1. Modelo Terapéutico 15
3.2. Modelo de espera atenta (Wathful Waiting) 16
3.3. Modelo afirmativo 18
4. Informe Cass: origen, conclusiones y repercusiones en el Reino Unido 20
5. Experiencia comparada 24
5.1. Caso de Suecia 24
5.2. Caso de Países Bajos 27
5.3. Caso de Costa Rica 35
5.4. Caso de Colombia 37
5.5. Caso de Brasil 40
5.6. Caso de Uruguay 42
ANEXO I Disforia de género e incongruencia de género 46

Antecedentes

El presente Estudio tiene por objeto dar respuesta a la solicitud, dirigida por la senadora Ximena Rincón González a la Biblioteca del Congreso Nacional, en relación con disponer de un informe que dé cuenta del modo cómo se está abordando el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes (NNA) transgénero y de género diverso, en la experiencia comparada.

Como es de conocimiento, durante el presente año la materia ha despertado gran interés público, tanto en el marco internacional como nacional, a raíz de la publicación el pasado mes de abril en Reino Unido, del *Independent review of gender identity services for children and young people: Final Report,* también conocido como "Informe Cass" [1].

Dentro de los aspectos de este documento que mayor controversia han generado, destaca el importante cuestionamiento que realizó al uso de terapias hormonales de supresión de la pubertad (bloqueadores puberales) y de feminización o masculinización (terapias de hormonas cruzadas) en NNA transgénero y/o de género diverso como parte de las intervenciones en salud que, habitualmente (o de rutina), eran ofrecidos a este grupo poblacional una vez que accedían a los Servicios de Identidad de Género para niños y adolescentes (Gender Identity Development Service for children and adolescents), puestos a disposición por el Servicio Nacional de Salud inglés (National Health Service, NHS). Esta objeción ha derivado, a su vez, en un intenso debate sobre el modelo de atención de salud afirmativo, que es el marco de referencia de asistencia sanitaria que ha predominado, durante las últimas décadas, en la materia.

El Congreso Nacional de Chile no ha estado ajeno a este debate. En este contexto, y atendiendo al pedido formulado, este documento se estructura en base a cinco apartados. Con la finalidad de orientar al lector en la discusión y análisis contenido en las secciones posteriores, bajo el primer título se incluyen una serie de precisiones en torno a la expresión "identidad de género", las personas transgénero y/o de género diverso, así como, a los mecanismos de violencia, discriminación y exclusión a los que tradicionalmente han estado expuestas y el lento proceso hacia su no patologización.

A continuación, definidos los márgenes conceptuales del estudio, se examina el modo en que la inclusión de la identidad de género en el escenario de los principios de igualdad y no discriminación promovidos por la doctrina de los derechos humanos, ha contribuido a la despatologización de lo "trans". El enfoque se centra, particularmente, por un lado, en el accionar de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el sistema internacional de protección de los derechos humanos, y de otro, en los avances alcanzados en el marco regional por la Organización de Estados Americanos (OEA) y el sistema regional de protección de los derechos humanos a través de los pronunciamientos (sentencias/opiniones consultivas, etc.) de la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH y CorteIDH, respectivamente)

[1] Este Informe puede ser revisado íntegramente en el sitio: https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/

Para relevar la complejidad que encierra el tema, el tercer apartado se dedica a mostrar los principales modelos de atención en salud que se han desarrollado desde la práctica clínica, para abordar las especiales necesidades de salud que enfrentan las personas transgénero y/o de género diverso.

Cerrando con esta visión panorámica que busca contextualizar la discusión que se ha dado en la experiencia comparada, el ítem cuarto se destina a dar cuenta de los hechos que llevaron a la elaboración del Informe Cass, las conclusiones a que llegó y las repercusiones que tuvo sobre la organización de los servicios de género del Reino Unido, y especialmente, en lo relativo a la disponibilidad de terapias de hormonización dirigidas a menores de edad.

Finalmente, la sección quinta analiza el modo como la materia ha sido abordada en seis países occidentales, bajo el paradigma de los derechos humanos, la identidad de género en términos legislativos, el modelo de atención de salud que han promovido en esta línea y los eventuales impactos que las recomendaciones formuladas por el Informe Cass han tenido sobre los mismos.

Es necesario precisar que para la elaboración de este trabajo se han tenido a la vista varios informes previos de investigación elaborados sobre la misma materia por las autoras, razón por la cual es posible que algunos párrafos contenidos en ellos aparezcan reproducidos o actualizados aquí[2, 3].

1. Nociones preliminares en torno a la identidad de género

La historia de la humanidad ha registrado la diversidad sexual como una realidad presente desde tiempos inmemoriales, de igual forma, ha dado cuenta de la imposición en diversos lugares geográficos del planeta, de ciertos patrones culturales, sociales y/o religiosos que han favorecido la censura, penalización y hasta patologización de ciertas conductas por entender que estas se apartan del canon heteronormativo dominante[4].

Aún hoy, en muchos de ellos, se continúa reconociendo como normal y éticamente aceptable, únicamente aquellos roles y relaciones que se construyen sobre la base de una concepción binaria que distingue lo masculino de lo femenino. De esta manera,

[2] A saber: Informe N° 19-24 Atención de salud para niños, niñas y adolescentes transgénero y de género diverso: acceso a terapia hormonal. 10/07/2024. Blanca Bórquez Polloni; Informe N° 25-24 Niños, niñas y adolescentes transgénero y de género diverso: acceso a terapia hormonal y marco normativo. 30/07/2024. Blanca Bórquez Polloni; Informe N° 30-24 Marco regulatorio y políticas públicas dirigidas a personas trans y/o de género no conforme. 30/08/2024. Blanca Bórquez Polloni y Carolina Jorquera Vásquez; e Informe N°31-24 Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género: marco normativo y reglamentario en el que se sustenta. 07/10/2024. Carolina Jorquera Vásquez y Blanca Bórquez Polloni.

[3] Asimismo, se hace constar que las traducciones del inglés, sueco y neerlandés son propias (con apoyo de la herramienta Translate de Google); las tablas acompañadas son de elaboración propia y el funcionamiento de los links que direccionan hacia documentos referenciados a pie de página, han sido revisados al cierre de esta edición. Para la elaboración de esta investigación no se han utilizado herramientas de inteligencia artificial generativa como ChatGPT u otra similar.

[4] Naciones Unidas. (2023). A/78/227 Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Víctor Madrigal-Borloz 25 de julio. Disponible en: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n23/218/50/pdf/n2321850.pdf?token=by6XWK8XHORpzG8vYd&fe=true

toda identificación o afectividad que no es capaz de responder a esta pauta es cuestionada e incluso patologizada.

Un modelo de "validación social" como este determina, en la práctica, que los individuos que no se ajustan a la guía definida, sean objeto no solo de "reproche social" sino también de conductas que estimulan su estigma, discriminación e incluso, su expulsión o puesta al margen del quehacer social u otras formas de violencia que quedan amparadas y son normalizadas, en virtud, del patrón binario dominante.

A esta situación han quedado tradicionalmente expuestos quienes se identifican como parte de las denominadas minorías sexuales y dentro de ellas, especialmente, las personas transgénero, de género no conforme o trans, incluidos niños, niñas, adolescentes y jóvenes lesbianas, gais, bisexuales, intersexuales y transgénero[5,6,7,8].

La expresión "transgénero" o "trans"[9], responde a un vocablo genérico, amplio y en permanente construcción, bajo el cual se pretende agrupar a todas las personas que se distancian, o bien, se identifican con un género diferente al asignado al nacer[10,11].

De este modo, lo "trans" se distingue como un subgrupo dentro de las minorías sexuales y se relaciona directamente con la locución "identidad de género", expresión bajo la cual se intenta caracterizar la percepción y/o convicción más íntima que una persona tiene acerca de su género, la que puede coincidir o no con el sexo biológico que a la misma le fue fijado al momento de nacer en razón de su corporalidad externa, es decir, por la manifestación de su genitalidad[12,13].

---

[5] Naciones Unidas. (2017). A/HRC/35/36A/73/152 Primer Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Vitit Muntarbhorn, 19 de abril. Disponible en: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g17/095/58/pdf/g1709558.pdf?token=TlWldjnxwF8Bx1dINo&fe=true

[6] Office of the Commissioner for Human Rights, OHCR. (2015). Discriminated and made vulnerable: Young LGBT and intersex people need recognition and protection of their rights International Day against Homophobia, Biphobia and Transphobia, Sunday 17 May. Disponible en: Discriminated and made vulnerable: Young LGBT and intersex people need recognition and protection of their rightsInternational Day against Homophobia, Biphobia and Transphobia - Sunday 17 May 2015 | OHCHR

[7] European Network of Legal Experts in the non-discrimination field. (2011). Trans and intersex people Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression. The text was drafted by Silvan Agius & Christa Toblen and supervised by Migration Policy Group. Disponible en: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9b338479-c1b5-4d88-a1f8-a248a19466f1

[8] Winter, Sam; Diamond, Milton; Green, Jamison; Karasic, Dan; Reed, Terry; Whittle, Stephen and Wylie, Kevan. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. Published Online June 17. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8

[9] Entendemos incluido dentro de la misma locución la expresión también habitualmente usada de "género no conforme" o de "género diverso".

[10] Stryker, Susan. (2017). Historia de los trans: las raíces de la revolución de hoy. Ed. Continta Me Tienes. ISBN: 9788494793806

[11] Naciones Unidas. (2018). A/73/152 Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Víctor Madrigal-Borloz, 12 de julio. párr.5. Disponible en: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n18/220/44/pdf/n1822044.pdf?token=zrJOOS7U3XLHvpOWQn&fe=true

[12] En otras palabras, asignación que se da exclusivamente en razón de la consideración exclusiva de la identidad sexual de la persona, en razón del dimorfismo sexual, como condición propia de ciertas especies vegetales y animales, entre las que se incluye la humana, según la cual se presentan dos formas o aspectos anatómicamente diferentes (sexo femenino versus sexo masculino).

Bajo el modelo binario descrito, la representación de las minorías sexuales y, en particular, de las personas trans como una enfermedad o persona enferma, que como tal debe ser tratada, llevó no solo al desarrollo de las llamadas "terapias de conversión"[14], sino también, a la inclusión de la homosexualidad y otras orientaciones e identidades de género tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)[15], como en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[16].

Esta situación fue modificada, respecto del primero de estos instrumentos, en el año 2013, cuando en su edición quinta (DSM-5) se reemplaza el "trastorno de identidad de género" (gender identity disorder) por el de "disforia de género" (gender dysphoria), a la vez que se incluye, separadamente, el diagnóstico de "disforia de género en niños". Además, por primera vez, se permite que el diagnóstico se pueda realizar a personas con trastornos del desarrollo sexual (DSD)[17].

Por su parte, en 2019, el CIE en su décimo primera edición, reemplazó las categorías diagnósticas de "transexualismo" y de "trastorno de identidad de género de los niños" por las de "incongruencia de género de la adolescencia y la edad adulta" (gender incongruence of adolescence and adulthood) e "incongruencia de género de la infancia" (gender incongruence of chilhood), retirando ambas del capítulo dedicado a los "Trastornos mentales y del comportamiento" para incluirlos en uno nuevo dedicado a las "Condiciones relacionadas con la salud sexual". (Véase Anexo I)

En resumen, los cambios efectuados significaron terminar –al menos en términos formales– con la consideración de la transexualidad como la manifestación de una patología o trastorno que requiere del accionar del sistema sanitario y de la intervención de los profesionales de la salud, para volver ese cuerpo, esa persona, a una condición de "normalidad".

Desde entonces, ya no es la identidad trans lo que queda calificado como una afección que requiere efectivamente de la intervención del espacio sanitario, sino que es el malestar o la angustia significativa o el deterioro que en el espacio social, escolar u otra área importante del funcionamiento le produce a una persona trans

[13] La locución "identidad de género" es definida por la RAE como la "percepción que cada persona tiene de su propio género, que puede coincidir o no con su sexobiológico".

[14] También conocidas como terapias de reconversión, refieren a diversas prácticas utilizadas bajo la idea que la orientación, identificación y/o expresión de género puede modificarse o, al menos, refrenarse para ajustarla al modelo binario dominante.

[15] Manual publicado desde 1952 y actualizado permanentemente por la APA en el cual se definen y clasifican los trastornos mentales con el objeto de mejorar su diagnóstico, tratamiento e investigación. Actualmente, se encuentra vigente el DSM.5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR® de 2022. Mayor información en: https://www.appi.org/dsm5tr

[16] Herramienta de codificación estandarizada de lesiones, enfermedades y causas de muerte, que permite recopilar información sobre más de 1,6 millones de situaciones clínicas, base para identificar tendencias y estadísticas de salud en todo el mundo y para generar información sanitaria sólida. Actualmente, se encuentra vigente el International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Mayor información en: WHO's new International Classification of Diseases (ICD-11) comes into effect

[17] American Psychiatric Association. *Gender Dysphoria Diagnosis*. En: A Guide for Working With Transgender and Gender Nonconforming Patients. Disponible en: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients

determinada, la no correspondencia entre su género sentido y aquel asignado al nacer (esto, bajo los términos contenidos en el DMS-5), o bien, la fuerte aversión que el niño/a experimenta hacia su anatomía sexual o las características sexuales secundarias anticipadas y su fuerte deseo de que estas coincidan con el género experimentado o, en el caso de los adolescentes, el deseo de "transición" para vivir y ser aceptado bajo el género experimentado, ante la marcada y persistente falta de coherencia o contradicción entre el género asignado y el género vivido (siguiendo los términos de la versión del CIE-11), en todos los casos bajo el cumplimiento también de otras exigencias que son detalladas conforme se aprecia en las tablas acompañadas en el Anexo I.

2. La identidad de género bajo una perspectiva de derechos humanos

Junto al lento proceso de despatologización de lo "trans" anteriormente descrito, se ha avanzado en el reconocimiento y defensa de la identidad de género como un derecho humano[18, 19].

En este sentido, siendo los derechos humanos atributos inherentes a la condición humana, esencialmente dinámicos y en permanente evolución, se ha ido construyendo a través de las últimas décadas, un sólido marco teórico, conceptual y jurídico comprensivo de la diversidad de género[20] como una característica connatural de la diversidad humana, sujeta al amparo de los principios de igualdad y no discriminación, desplegados en el basto espacio de los instrumentos internacionales y regionales de protección de los derechos humanos como pilares fundamentales de los mismos, y que encuentran su sustento último, en la dignidad intrínseca que se reconoce a cada individuo de la especie humana.

Así sucede, en el sistema universal de protección de los derechos humanos con los artículos 1 y 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); artículos 2.1, 3 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)[21]; artículos 2.2 y 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)[22]; artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las

[18] Suess Schwend, Amets. (2020). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*; 34(S1):54-60. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002

[19] Castro-Peraza, María Elisa; García-Acosta, Jesú Manuel; Delgado, Naira; Perdomo-Hernández, Ana María; Sosa-Álvarez, María Inmaculada; Llabrés-Solé, Rosa and Lorenzo-Rocha, Nieves Doria. (2019). Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *16*(6), 978. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph16060978

[20] Expresión bajo la cual quedan subsumidas las nociones de orientación sexual, identidad de género y expresión de género.

[21] Decreto N° 778, de 1989, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas por Resolución N°2.200. el 16 de diciembre de 1966 y suscrito por Chile en esa misma fecha, publicado en Diario Oficial de 29 de abril de 1989. Disponible en: https://bcn.cl/2ho0j

[22] Decreto N° 326, de 1989, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 19 de diciembre de 1966, suscrito por Chile el 16 de septiembre de 1969, publicado en Diario Oficial de 27 de mayo de 1989. Disponible en: https://bcn.cl/2f6fj

Formas de Discriminación Racial (1965)[23]; artículo 1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)[24]; artículos 2 y 3.1 del Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)[25]; artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989)[26]; artículos 1.1 y 7 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990)[27]; o los artículos 1.1, 3, 5, 6 y 7 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)[28]. Todos instrumentos suscritos por nuestro país.

Igual situación se presenta en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos, con los artículos 1 y 24 de la Convención Americana sobre Derecho Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)[29]; el artículo 3° del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)[30]; los artículos 1, 4 letras b, e, f, j y 6 letra a de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará)[31]; el artículo 2 de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad[32]; o los artículos 1 inciso 1° y 3 letras d e i de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores[33]. Todos instrumentos igualmente suscritos por Chile.

Sin desconocer el importante desarrollo doctrinario y jurisprudencial que respecto de los principios de igualdad y no discriminación se ha generado a lo largo de los años,

---

[23] Decreto N° 747, de 1971, Ministerio de Relaciones Exteriores, aprueba Convención Internacional sobre "Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial", publicado en Diario Oficial de 12 de noviembre de 1971. Disponible en: https://bcn.cl/2k3v1

[24] Decreto N° 789, de 1979, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, publicado en Diario Oficial de 09 de diciembre de 1989. Disponible en: https://bcn.cl/2f7fz

[25] Decreto N°236, de 2008, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, publicado en Diario Oficial de 14 de octubre de 2008. Disponible en: https://bcn.cl/2fx8e

[26] Decreto N° 830, de 1990, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga Convención sobre los Derechos del Niño, publicado en Diario Oficial de 27 de septiembre de 1990. Disponible en: https://bcn.cl/2fel2

[27] Decreto N° 84, de 2005, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, publicado en Diario Oficial de 08 de junio de 2005. Disponible en: https://bcn.cl/2k83i

[28] Decreto N° 201, de 2008, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, publicado en Diario Oficial de 17 de septiembre de 2008. Disponible en: https://bcn.cl/2ho2o

[29] Decreto N° 873, de 1990, Ministerio de Relaciones Exteriores, aprueba Convención Americana sobre Derechos Humanos, denominada "Pacto de San José de Costa Rica", publicado en Diario Oficial de 05 de enero de 1991. Disponible en: https://bcn.cl/2j3zn

[30] Decreto N° 244, de 2022, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", publicado en Diario Oficial de 25 de octubre de 2022. Disponible en: https://bcn.cl/38vms

[31] Decreto N° 1640, de 1998, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, publicado en Diario Oficial de 11 de noviembre de 1998. Disponible en: https://bcn.cl/2f7fw

[32] Decreto N° 99, de 2002, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, publicado en Diario Oficial de 20 de junio de 2002. Disponible en: https://bcn.cl/2k4nz

[33] Decreto N° 162, de 2017, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, publicado en Diario Oficial de 07 de octubre de 2017. Disponible en: https://bcn.cl/2fl09

tres ideas merecen ser destacadas a los efectos del objeto de este estudio. En primer lugar, su carácter de normas de *jus cogens,* en seguida, las obligaciones que de ellos emanan para los Estados y, finalmente, el dinamismo de los criterios protegidos.

En esta línea, se debe hacer notar que es tal la entidad de los principios de igualdad y no discriminación para todo ordenamiento jurídico, que la propia Corte IDH, a través del ejercicio de su función jurisdiccional, los ha elevado a la excepcional categoría de *jus cogens,* afirmando que[34]:

> […] El principio de igualdad ante la ley y no discriminación impregna toda actuación del poder del Estado, en cualquiera de sus manifestaciones, relacionada con el respeto y garantía de los derechos humanos. Dicho principio puede considerarse efectivamente como imperativo del derecho internacional general, en cuanto es aplicable a todo Estado, independientemente de que sea parte o no en determinado tratado internacional, y genera efectos con respecto a terceros, inclusive a particulares. Esto implica que el Estado, ya sea a nivel internacional o en su ordenamiento interno, y por actos de cualquiera de sus poderes o de terceros que actúen bajo su tolerancia, aquiescencia o negligencia, no puede actuar en contra del principio de igualdad y no discriminación, en perjuicio de un determinado grupo de personas.
>
> 101. En concordancia con ello, este Tribunal considera que el principio de igualdad ante la ley, igual protección ante la ley y no discriminación, pertenece al *jus cogens*, puesto que sobre él descansa todo el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y es un principio fundamental que permea todo ordenamiento jurídico. Hoy día no se admite ningún acto jurídico que entre en conflicto con dicho principio fundamental, no se admiten tratos discriminatorios en perjuicio de ninguna persona, por motivos de género, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición. Este principio (igualdad y no discriminación) forma parte del derecho internacional general. En la actual etapa de la evolución del derecho internacional, el principio fundamental de igualdad y no discriminación ha ingresado en el dominio del *jus cogens*[35].

De tal modo, los principios de igualdad y no discriminación ocupan dentro del ordenamiento internacional una jerarquía superior que los transforma en normas imperativas, es decir, de cumplimiento obligado por parte de los Estados, no admitiendo acuerdo en contrario, ni pudiendo ser derogadas por los mismos, sino por una norma posterior de igual entidad. Todo ello, conforme al artículo 53 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados[36]:

> […] **53. Tratados que están en oposición con una norma imperativa de derecho internacional general ("jus cogens").** Es nulo todo tratado que, en el

[34] "La identificación de las normas que merecen considerarse *jus cogens* consiste en una función eminentemente judicial por naturaleza". Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2007). Derecho internacional de los derechos humanos: normativa, jurisprudencia y doctrina de los sistemas universal e interamericano. 2da edición: Santiago de Chile, abril. ISBN 958-97196-9-4.

[35] Corte IDH. (2003). Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre. Serie A No. 18. Solicitada por los Estados Unidos Mexicanos. Extracto párr. 100 y párr. 101. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/opiniones_consultivas.cfm

[36] Decreto Ley N° 3633, de 1981, Ministerio de Relaciones Exteriores, aprueba Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y su Anexo, suscrita el 23 de mayo de 1969, publicado en Diario Oficial de 11 de marzo de 1981. Disponible en: https://bcn.cl/2r9e0

> momento de su celebración esté en oposición con una norma imperativa de derecho internacional general. Para los efectos de la presente Convención, una norma imperativa de derecho internacional general es una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como norma que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter.

En segundo lugar, aun cuando en algunos instrumentos se contiene una definición expresa del concepto "discriminación", como sucede por ejemplo con la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en otras, tal descripción no se acompaña. Para suplir este silencio, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha expresado que el término "discriminación" a que alude el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, debe entenderse referido a:

> […] toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas[37].

En igual sentido se ha pronunciado la Corte IDH, ante la falta de definición explícita de "discriminación" por parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos[38].

Agrega el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas que, la mención realizada por su artículo 26 a la igualdad de todas las personas ante la ley y su derecho a recibir sin discriminación igual protección de la ley, no es una reiteración de la garantía del artículo 2 sino un derecho en sí mismo por el cual se:

> […] Prohíbe la discriminación de hecho o de derecho en cualquier esfera sujeta a la normativa y la protección de las autoridades públicas. Por lo tanto, el artículo 26 se refiere a las obligaciones que se imponen a los Estados Partes en lo que respecta a sus leyes y la aplicación de sus leyes. Por consiguiente, al aprobar una ley, un Estado Parte debe velar por que se cumpla el requisito establecido en el artículo 26 de que el contenido de dicha ley no sea discriminatorio. Dicho de otro modo, la aplicación del principio de no discriminación del artículo 26 no se limita al ámbito de los derechos enunciados en el Pacto[39].

Igual planteamiento ha sostenido la Corte IDH, en relación con el artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos:

---

[37] Comité de Derechos Humanos. (1989). Observación General N° 18 No discriminación. Párr. 7. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=sp&TreatyID=8&DocTypeID=11

[38] Véase, a modo ejemplar: Corte IDH. (2012). Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Sentencia de 24 de febrero (Fondo, Reparaciones y Costas). Párr. 81. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/casos_sentencias.cfm

[39] Comité de Derechos Humanos. (1989). Observación General N° 18… Op. cit. párr. 12.

> […] La Corte reitera que, mientras la obligación general del artículo 1.1 se refiere al deber del Estado de respetar y garantizar "sin discriminación" los derechos contenidos en la Convención Americana, el artículo 24 protege el derecho a "igual protección de la ley". Es decir, el artículo 24 de la Convención Americana prohíbe la discriminación de derecho o de hecho, no sólo en cuanto a los derechos consagrados en dicho tratado, sino en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación. En otras palabras, si un Estado discrimina en el respeto o garantía de un derecho convencional, incumpliría la obligación establecida en el artículo 1.1 y el derecho sustantivo en cuestión. Si, por el contrario, la discriminación se refiere a una protección desigual de la ley interna o su aplicación, el hecho debe analizarse a la luz del artículo 24 de la Convención Americana[40].

No toda diferenciación de trato constituirá en sí una discriminación. Lo será, solo en aquellos casos en que los criterios utilizados para establecer la distinción no sean razonables ni objetivos, ni persigan un propósito legítimo. En términos positivos, una distinción de trato se encontrará justificada "si los criterios para tal diferenciación son razonables y objetivos y lo que se persigue es lograr un propósito legítimo en virtud del Pacto"[41]. En igual sentido, se han pronunciado los órganos de tratado de los demás instrumentos del sistema universal de derechos humanos, anteriormente referenciados[42].

Por los principios de igualdad y no discriminación, los Estados quedan obligados no solo a "abstenerse de realizar acciones que de cualquier manera vayan dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación *de jure* o *de facto*", sino también a "adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas"[43].

Finalmente, en tercer lugar, se ha entendido por la Corte IDH que el enunciado de criterios protegidos por los instrumentos de derechos humanos (raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social) y que dicen relación, bien con rasgos permanentes de las personas de los cuales éstas no pueden prescindir sin perder su identidad, bien, con grupos tradicionalmente marginados, excluidos o subordinados, o bien, con criterios que son irrelevantes para una distribución equitativa de bienes, derechos o cargas sociales[44], no debe entenderse como taxativo, en tanto, es posible que bajo la expresión "cualquier otra condición social" se incorporen nuevas categorías originalmente no contempladas, en la perspectiva de la

---

[40] Corte IDH. (2012). Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile… Op. cit. párr. 82.

[41] Comité de Derechos Humanos. (1989). Observación General N° 18… Op. cit. párr. 13.

[42] A modo de ejemplo, se pueden mencionar: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2009). Observación General N° 20 La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/20. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F20&Lang=es y Comité de los Derechos del Niño. (2016). Observación General N° 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. CRC/C/GC/20. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11

[43] Corte IDH. (2003)… Opinión Consultiva OC-18/03, op. cit., párr. 103 y 104.

[44] Corte IDH. (2016). Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre. Serie C No. 239. Párr. 240. Disponible en: https://jurisprudencia.corteidh.or.cr/vid/883974476

opción más favorable a la persona y conforme la evolución de los derechos fundamentales en el derecho internacional contemporáneo[45].

Así ha sucedido con la orientación sexual, la identidad y la expresión de género, las que han llegado a ser calificadas por el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas como categorías de discriminación prohibidas por el artículo 2.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[46], lo mismo que ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales respecto del artículo 2.2. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[47]. Por su parte, órganos de tratado como los de la Convención sobre los Derechos del Niño[48], la Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes[49], la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer[50] y la

[45] Corte IDH. (1999). El derecho a la información sobre la asistencia consular en el marco de las garantías del debido proceso legal. Opinión Consultiva OC-16/99 de 1 de octubre. Solicitada por los Estados Unidos Mexicanos. párr. 115. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/opiniones_consultivas.cfm

[46] "[…] El derecho a la vida debe respetarse y garantizarse sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, con inclusión de la casta, el origen étnico, la pertenencia a un grupo indígena, la orientación sexual o la identidad de género, la discapacidad, la situación socioeconómica, el albinismo y la edad. Las salvaguardias legales del derecho a la vida deben aplicarse por igual a todas las personas y proporcionarles garantías efectivas contra todas las formas de discriminación, incluidas las formas múltiples e interseccionales de discriminación". Comité de Derechos Humanos. (2018). Observación General N° 6 Artículo 6: derecho a la vida. CCPR/C/GC/36. Extracto párr. 61. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2FGC%2F36&Lang=es

[47] "[…] En "cualquier otra condición social", tal y como se recoge en el artículo 2.2 del Pacto, se incluye la orientación sexual. Los Estados partes deben cerciorarse de que las preferencias sexuales de una persona no constituyan un obstáculo para hacer realidad los derechos que reconoce el Pacto, por ejemplo, a los efectos de acceder a la pensión de viudedad. La identidad de género también se reconoce como motivo prohibido de discriminación. Por ejemplo, los transgénero, los transexuales o los intersexo son víctimas frecuentes de graves violaciones de los derechos humanos, como el acoso en las escuelas o en el lugar de trabajo." Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2009). Observación general N° 20 La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/20. párr. 32. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F20&Lang=es

[48] "[…] El Comité destaca que todos los adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión y a que se respete su integridad física y psicológica, su identidad de género y su autonomía emergente. Condena la imposición de "tratamientos" mediante los que se pretende cambiar la orientación sexual de una persona, y que los adolescentes intersexuales sean sometidos a intervenciones quirúrgicas o tratamientos forzados. Insta a los Estados a que erradiquen esas prácticas, deroguen todas las leyes que criminalicen o discriminen a las personas en razón de su orientación sexual, su identidad de género o su condición de personas intersexuales, y aprueben leyes que prohíban la discriminación por esos motivos. Los Estados también deben actuar de manera eficaz para proteger a todos los adolescentes gais, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales frente a todas las formas de violencia, discriminación o acoso mediante la realización de actividades de sensibilización y la aplicación de medidas que les brinden seguridad y apoyo". Comité de los Derechos del Niño. (2016). Observación General N° 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. párr. 34. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11

[49] "[…] Para que la restitución sea efectiva, se deberá hacer todo lo posible para atender a las causas estructurales de la infracción, como cualquier tipo de discriminación relacionada, por ejemplo, con el género, la orientación sexual, la discapacidad, el origen étnico, la edad y la religión, así como cualquier otro motivo de discriminación". Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes. (2012). Observación General N° 3 Aplicación del artículo 14 por los Estados partes. CAT/C/GC/3. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2FC%2FGC%2F3&Lang=en

[50] "[…] La interseccionalidad es un concepto básico para comprender el alcance de las obligaciones generales de los Estados partes en virtud del artículo 2. La discriminación de la mujer por motivos de sexo y

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[51] han referido, en algunas de sus observaciones generales, a la orientación sexual, a la identidad de género y a la expresión de género como categorías protegidas de discriminación. Igualmente, en el ámbito interamericano, la Corte IDH ha expuesto que:

> […] deja establecido que la orientación sexual y la identidad de género, así como la expresión de género son categorías protegidas por la Convención. Por ello está proscrita por la Convención cualquier norma, acto o práctica discriminatoria basada en la orientación sexual, identidad de género o expresión de género de la persona. En consecuencia, ninguna norma, decisión o práctica de derecho interno, sea por parte de autoridades estatales o por particulares, pueden disminuir o restringir de modo alguno, los derechos de una persona a partir de su orientación sexual, su identidad de género y/o su expresión de género[52].

En este escenario y en lo que respecta, a la atención de salud y el acompañamiento de las personas trans, el Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre la Protección contra la Violencia y la Discriminación por Motivos de Orientación Sexual o Identidad de Género (EISOGI)[53] ha expresado, en reiteradas ocasiones, que las restricciones en este ámbito representan un peligro inmediato para sus derechos humanos:

> Además, el acceso a la atención médica relacionada con la transición forma parte de las medidas que garantizan la autonomía de las personas trans; los esfuerzos

---

género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género". Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2010). Recomendación General Nº 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW/C/GC/28. Extracto párr. 18. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FGC%2F28&Lang=en

[51] "[…] Entre los motivos de discriminación figuran la edad; la discapacidad; el origen étnico, indígena, nacional o social; la identidad de género; la opinión política o de otra índole; la raza; la condición de migrante, refugiado o solicitante de asilo; la religión; el sexo y la orientación sexual". Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2016). Observación general núm. 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad. CRPD/C/GC/3. Extracto párr. 4. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FGC%2F3&Lang=en

[52] Corte IDH. (2017). Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos humanos). Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre. Serie A No. 24. Solicitada por la República de Costa Rica. Extracto párr. 78. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/opiniones_consultivas.cfm

[53] Esta figura fue creada por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas el año 2006, a instancias de un Proyecto de resolución promovido por Albania, Alemania, Angola*, Argentina*, Australia*, Austria*, Bélgica, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil*, Bulgaria*, Canadá*, Chile*, Chipre*, Colombia*, Costa Rica*, Croacia*, Dinamarca*, El Salvador, Eslovenia, España*, Estados Unidos de América*, Finlandia*, Francia, Grecia*, Honduras*, Irlanda*, Islandia*, Israel*, Liechtenstein*, Luxemburgo*, Malta*, México, Montenegro*, Noruega*, Nueva Zelandia*, Países Bajos, Paraguay, Portugal, República Checa*, Suecia*, Ucrania*, Uruguay* (* identifica a países no miembro del Consejo de Derechos Humanos). Su mandato inicial contemplaba un periodo de 3 años, el cual fue renovado en junio de 2019 y luego, en julio de 2022. Para conocer el contenido del mandato otorgado, véase: Naciones Unidas. (2016). Resolución A/HRC/RES/32/2 Protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 30 de junio de 2016. Disponible en: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g16/154/18/pdf/g1615418.pdf

> por penalizar o restringir dicho acceso son preocupantes y representan una amenaza inminente a sus derechos humanos[54].

En igual sentido se ha manifestado específicamente respecto de la atención de salud y del acompañamiento de NNA transgénero y/o de género no conforme, al expresar que:

> Cuando los Estados niegan a los niños y las niñas la agencia consiente con respecto al reconocimiento de género, aumentan el riesgo de persecución, abuso, violencia y discriminación. Los Estados deben tomar siempre en consideración primordial el interés superior del niño y respetar el derecho del niño a expresar opiniones de acuerdo con la edad y la madurez, reconociendo su autonomía y su poder decisional. En apoyo de esa opinión, el Comité de los Derechos del Niño hace hincapié en la Observación general No. 20 "los derechos de todos los adolescentes a la libertad de expresión y al respeto de su integridad física y psicológica, su identidad de género y su nueva autonomía[55].

Más recientemente, en marzo de 2023, fue publicado un Compendio sobre Educación Integral en Sexualidad (Comprehensive Sexuality Education, CSE), suscrito no solo por el IEOSIG sino, también, por el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación y el Grupo de Trabajo sobre discriminación contra las mujeres y niñas, con el objeto "recordar los principales estándares internacionales en materia de CSE y hacer un llamado específico a los Estados para garantizar el derecho a la CES sin discriminación". En él, se expresa:

> Llamamos a los Estados a:
>
> Garantizar que todos los adolescentes y jóvenes tengan acceso a servicios, información y educación en salud sexual y reproductiva gratuitos, confidenciales y no discriminatorios que respondan a sus necesidades, disponibles tanto en línea como en persona, y en múltiples formas e idiomas, que incluyan la planificación familiar, anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, prevención, atención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, asesoramiento, atención previa a la concepción, atención de afirmación de género, servicios de salud materna, acceso a servicios de aborto seguro y post aborto e higiene menstrual. Adquirir conocimientos sobre su sistema reproductivo ayuda a las niñas y mujeres a tener más confianza en sí mismas y a adoptar mejores medidas de salud. Los Estados también deben eliminar barreras como los requisitos de consentimiento o autorización de terceros y regular la objeción de

[54] EISOGI. (2021). Autonomía e integridad corporal. Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género – EIOSIG (por sus siglas en inglés) – Informes sobre el género. p. 2. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-11/Summary-Bodily-Autonomy-Integrity-SP.pdf

[55] EISOGI. (2021). Informes sobre género: La ley de inclusión y las prácticas de exclusión (Informes presentados en 2021 en el 47vo Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la 76va Asamblea General de las Naciones Unidas). Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género – EIOSIG (por sus siglas en inglés) – Informes sobre el género. p. 7. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-11/Reports_on_Gender_Final_Summary-SP.pdf

conciencia para garantizar que todas las personas que necesiten un aborto puedan tener acceso a él[56].

3. Modelos de atención en salud para NNA transgénero y/o de género diverso

Unido a los adelantos obtenidos en el ámbito del reconocimiento y protección de los derechos humanos y, en la medida en que se avanza en la incorporación de este enfoque en los espacios sanitarios, así como, en el progreso del conocimiento científico, tanto los profesionales como los propios sistemas de salud, realizan esfuerzos por delinear modelos de atención y prestación de servicios en salud más respetuosos de la diversidad de género.

En este aspecto, el propósito que orienta sus acciones de mejora es lograr la instalación de modelos de atención integral de salud, capaces de hacerse cargo tanto de la satisfacción de los requerimientos de salud generales de toda la población usuaria, como de aquellos que son particulares de ciertos grupos, como sucede en este caso con las especiales necesidades de salud que demandan las personas trans y/o de género no conforme y dentro de ellos, los NNA.

Bajo esta lógica, se reconocen entre otros, al menos tres modelos de atención prevalentes dirigidos a NNA trans y/o de género no conforme y sus familias. A saber: i) modelo terapéutico, ii) modelo de espera atenta y iii) modelo afirmativo[57].

Actualmente, se reconocen tres modelos de tratamiento que permiten abordar las necesidades de NNA no conformes con su género y sus familias.

3.1. Modelo Terapéutico

Esta propuesta de intervención busca trabajar con los niños y sus familias intentando disminuir de un lado la disforia de género y de otro, la identificación y el comportamiento del sexo opuesto. Se trata de un abordaje presente desde la década de los sesenta del siglo XX, a través de variadas modalidades: terapia de comportamiento, psicodinámica, psicoanálisis, psicoeducación a padres, etc. En esta aproximación, la condición transgénero se considera no deseable por distintas razones: el estigma social, el riesgo de sometimiento a tratamientos hormonales o quirúrgicos de por vida, entre otros aspectos.

En este enfoque se ubica la propuesta de un equipo canadiense, cuyos principales exponentes son Kenneth Zucker y Susan Bradley, quienes plantean un modelo biopsicosocial del desarrollo en el que se exploran los distintos factores asociados a la disforia de género para trabajar con ellos y disminuirla. De esa manera, proponen que el desarrollo de la identidad de género se puede entender a través de un modelo

[56] Special Rapporteur on the right to health et al. (2023). A Compendium on Comprehensive Sexuality Education. United Nations, Tools and resources, 01 March. pág. 24. Disponible en: https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/compendium-comprehensive-sexuality-education

[57] Cruzat, P. C., & Carrasco, M. A. (2020). Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: dos concepciones distintas sobre la identidad de género. *Persona y Bioética*, *24*(1), 57–76. Disponible en: https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.5

multifactorial que incluye factores biológicos, psicosociales, cognición social, psicopatología asociada y mecanismos psicodinámicos.

Los factores biológicos (como los factores genéticos o las hormonas sexuales prenatales) se identifican por este modelo como posibles factores predisponentes para la expresión de un fenotipo de identidad de género particular, pero no necesariamente como factores fijos que conducen de manera invariable a una cierta identidad de género a lo largo del desarrollo.

Los autores plantean que es frecuente que los niños pequeños confundan la identidad de género con expresiones comunes de comportamiento, sobre todo antes del desarrollo del pensamiento operacional concreto, que se produce entre los 5 y los 7 años. Así, plantean como ejemplo que si una niña de 4 años, juega con juguetes de niño o usa ropa de niños, eso no significa que sea o se sienta como un niño.

Por ello, es que en este modelo los padres juegan un rol orientador protagónico, frente a la comprensión limitada de los niños respecto del género, ya que con el transcurso del tiempo los niños podrán alcanzar una comprensión más flexible respecto a las distintas formas de ser niño o niña.

En este caso, subyace la premisa según la cual la identidad de género aún no está fija en la infancia y puede ser moldeable a través del tratamiento psicosocial. También hay un juicio implícito que concluye que la adaptación a largo plazo de un niño podría ser más fácil si él o ella pudieran sentirse satisfechos con una identidad de género que coincida con su sexo al nacer[58].

El protocolo de este modelo señala que los objetivos terapéuticos se elaboran de acuerdo a la realidad de cada caso pero, en términos generales, se busca ayudar a que los niños y niñas se sientan cómodos en "su propia piel"[59]. Para ello, se trabajan los sentimientos disfóricos y se busca mejorar su adaptación psicosocial y calidad de vida.

El propósito del tratamiento es ayudar al niño a aceptar el género que le fue asignado al nacer.

3.2. Modelo de espera atenta (Wathful Waiting)

En este abordaje terapéutico no se hace ningún esfuerzo directo por disminuir la identificación o los comportamientos del sexo opuesto ya que su propósito es acompañar al niño y su familia, permitiendo el desarrollo de la identidad de género de manera natural, sin perseguir un objetivo específico.

[58] Turban, JL. y Shadianloo, S. (2018). Transgénero y Jóvenes No Conformes con su Género (Irarrazaval M, Martin A eds. Ortega B, Espinoza M, trad.). En: Rey, JM. (ed). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Disponible en https://iacapap.org/_Resources/Persistent/9ec4ce1374fba05e2c5506434d8815a6b6c94056/H.3-GENDER-IDENTITY-Spanish-2018.pdf

[59] Por ello, este modelo también es conocido como "vivir en la propia piel".

Se realizan intervenciones a los niños y sus padres. En ellas, se aconseja mantener las distintas opciones de identidad de género abiertas, pero evitando dentro de lo posible una transición social temprana (cambio de nombre, vestuario, etc.). Este enfoque ha sido especialmente trabajado por un equipo holandés y algunas de sus principales investigadoras son Peggy Cohen-Kettenis y Annelou de Vries.

La disforia de género se considera como una condición multifactorial en la que los factores biológicos y psicosociales son relevantes. En el diagnóstico y tratamiento se considera una perspectiva del desarrollo que entiende que el comportamiento atípico de género, e incluso el deseo de ser del otro sexo, pueden ser una fase o una variante normal del desarrollo sin consecuencias adversas para el funcionamiento de un niño.

La intervención empieza con una evaluación exhaustiva de cualquier aspecto vulnerable del funcionamiento o las circunstancias del niño y, de ser necesario, una actuación adecuada.

En los niños que solo presentan disforia de género, la recomendación general es esperar atentamente (watchful waiting) y observar cómo se desarrolla la disforia en las primeras etapas de la pubertad. Dado que el modelo sostiene que la mayoría de los niños tienden a desistir de la disforia antes o justo después del inicio de la pubertad, y no se cuenta en la actualidad con algún parámetro decisivo que permita distinguir a los que persistirán, se prefiere esperar hasta la adolescencia para realizar la trayectoria de reasignación de sexo (transición social, tratamiento hormonal, etc.).

Otra razón por la cual no se recomienda realizar una transición social temprana es que para algunos niños que lo han hecho (incluso en edad preescolar) les resulta difícil después darse cuenta de que son del otro sexo natal:

> Desarrollan un sentido de la realidad tan diferente de su realidad física que la aceptación de los tratamientos múltiples y prolongados que más tarde necesitarán se hace innecesariamente difícil. Los padres a menudo no se dan cuenta de que contribuyen a la falta de conciencia de sus hijos sobre estas consecuencias[60].

Los adolescentes que persisten con disforia de género pueden considerarse elegibles para la supresión de la pubertad (en Tanner 2-3) y posterior tratamiento hormonal cruzado cuando alcanzan la edad de 16 años. En el modelo holandés se sostiene que la suspensión de las intervenciones médicas a nivel físico, en estos casos, parece ser más dañina para el bienestar, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, en comparación con los casos en que se proporcionaron dichas intervenciones.

[60] De Vries, A. and Cohen-Kettenis, PT. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*; 59(3):301-20. DOI: 10.1080/00918369.2012.653300. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22455322/

3.3. Modelo afirmativo

Se trata de un modelo que, en línea con una perspectiva de derechos humanos, requiere de atención personalizada y de un equipo multidisciplinario especializado (pediatras, adolescentólogos, psiquiatras, psicólogos, neurólogos, endocrinólogos, asistente social, entre otros), capaz de atender a las necesidades de salud que el NNA transgénero o de género diverso vaya manifestando, las cuales pueden involucrar un amplio abanico de acciones para alcanzar la afirmación del género que se experimenta, y que pueden ir desde una adecuación en la forma de vestir o peinar, pasar por asistencia psicológica para lograr el apoyo familiar, o llegar hasta intervenciones médicas con tratamientos hormonales y/o procedimientos quirúrgicos.

La American Academy of Pediatrics ha expresado que en un modelo de atención afirmativa de género los profesionales ofrecen atención apropiada para el desarrollo y orientada a comprender y valorar la experiencia de género de los jóvenes[61].

Para este enfoque, todas las expresiones de la identidad de género se consideran como válidas y deseables (con una visión no binaria del género), por lo que se afirma la identidad de género sentida por el niño, aunque esta no coincida con su sexo de nacimiento. Se permite y ayuda a niños/as a realizar la transición social temprana (en vestuario, nombre, etc.) si lo desean, después de una consejería caso a caso. Una vez llegada la adolescencia se ofrece a los/las jóvenes la suspensión de la pubertad y el tratamiento hormonal cruzado.

El modelo afirma que si los profesionales de la salud y los padres intentan que los niños no conformes con su género se identifiquen con su sexo asignado al nacimiento, podrían contribuir a aumentar el estigma y finalmente llevarlos a tener alguna psicopatología[62].

Las principales premisas de este modelo, incluyen[63]:

- las variaciones de género no son trastornos;
- las presentaciones de género son diversas y variadas en las distintas culturas, por lo que requieren de sensibilidad cultural;
- hasta donde se conoce, el género implica un entretejido de biología, desarrollo y socialización, y cultura y contexto, y los tres influyen en el género de cada individuo;

[61] Rafferty J, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, AAP Committee on adolescence, AAP Section on lesbian, gay, bisexual, and transgender health and wellness. (2018). Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*, Volume 142, number 4, October, e20182162. This Policy Statement was reaffirmed August 2023. Disponible en: http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/142/4/e20182162/1529435/peds_20182162.pdf

[62] Rafferty J; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH; COMMITTEE ON ADOLESCENCE; SECTION ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER HEALTH AND WELLNESS. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. Pediatrics. 2018 Oct;142(4):e20182162. doi: 10.1542/peds.2018-2162. Epub 2018 Sep 17. Erratum in: Pediatrics. 2023 Oct 1;152(4):e2023063756. doi: 10.1542/peds.2023-063756. PMID: 30224363.

[63] Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn. *Human Development*, *56*(5), 285–290. https://doi.org/10.1159/000355235

- el género puede ser fluido y no binario, tanto en un momento particular como si cambia dentro de un individuo a lo largo del tiempo;
- si hay patología, con mayor frecuencia surge de reacciones culturales (por ejemplo, transfobia, homofobia, sexismo) en lugar de dentro del niño.

Así, el enfoque afirmativo define la salud de género como la oportunidad de un niño de vivir en el género que le resulta más real o cómodo y de expresar ese género sin restricciones, ni rechazos[64].

Una de las impulsoras de este modelo es Diane Ehrensaft, a través de su propuesta denominada True gender self child therapy (TGST), que trabaja bajo la premisa de que el género no es una categoría binaria, sino el resultado de una red tridimensional única para cada individuo que entrelaza naturaleza, educación y cultura.

Considera así que, el trabajo del profesional no es evitar un resultado transgénero, sino facilitar el auténtico recorrido de género del niño. No considera que la incongruencia entre el sexo y el género sea una desviación o anormalidad, pero si enfatiza que a veces la disforia de género puede ser un síntoma de algún otro trastorno subyacente, más que la expresión del yo.

La tarea más desafiante para el profesional de la salud mental es diferenciar esas situaciones sintomáticas (patologías que se expresan en la forma de disforia de género) del "viaje evolutivo, complicado pero saludable, de los niños que intentan establecer su verdadera identidad de género"[65].

La atención terapéutica prioriza aliviar el estrés que causa la disconformidad de género, por lo que la TGST se centra, particularmente, en resolver conflictos internos sobre el género en el niño, desarrollar su resiliencia para enfrentarse a un medio que suele ser hostil con ellos, y trabajar con los padres para explorar las opciones de apoyo para su hijo. Respecto de los padres, busca ayudarlos a enfocarse realmente en sus hijos y elaborar un plan para que el niño pueda adaptarse de forma óptima a su género en lugar de negarlo.

En cuanto a la transición social en niños preadolescentes, en el modelo afirmativo generalmente se recomienda apoyarlos en su identidad de género autoafirmada y permitir que vivan según ella en los ambientes en que esto sea seguro para el niño, pero manteniendo siempre abierta la opción de un nuevo cambio en el futuro.

Ha sido, el modelo afirmativo de atención a NNA trans y/o de género no conforme, el referente de actuación más comúnmente utilizado durante las últimas décadas, llegando a reconocerse por múltiples organismos científicos –bajo la noción de

---

[64] Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the Gender Affirmative Model. En: Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds.). *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children.* American Psychological Association. pág. 14. Disponible en: https://doi.org/10.1037/0000095-000

[65] Ehrensaft D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *J Homosex*; 59(3):337-56. DOI: 10.1080/00918369.2012.653303. PMID: 22455324. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22455324/

medicina basada en la evidencia[66]– como el estándar óptimo de atención. En este sentido, por ejemplo, se encuentran las guías clínicas, desarrolladas por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), cuya última versión es de 2022[67] y las de la Endocrine Society, de 2009 actualizadas en 2017[68].

4. Informe Cass: origen, conclusiones y repercusiones en el Reino Unido

Los servicios de salud enfocados en la atención de la identidad de género (o servicios de género), tienen una larga trayectoria en el Reino Unido. En efecto, ya en el año 1989, en el Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital St Georges se fundó por el médico Domenico Di Ceglie, del Departamento de Adolescentes de Tavistock, la Unidad de Desarrollo de la Identidad de Género (Gender Identity Development Unit, GID), con el objetivo de ofrecer apoyo a jóvenes que experimentaban angustia por su identidad de género.

En 2009, el NHS de Inglaterra le encargó prestar el servicio a nivel nacional, transformándose en el único proveedor de servicios especializados en Inglaterra para niños y jóvenes con disforia de género. El que pasó a ser conocido como Servicio de Desarrollo de Identidad de Género (Gender Identity Development Service, GIDS)[69].

En un inicio estos servicios, aun cuando contemplaban la transición médica, priorizaban la atención de salud mental. Con el tiempo, ante el considerable incremento de las derivaciones y el aumento en la demanda por estos servicios –que llevó al GIDS a modificar su protocolo de atención exigiendo un mínimo de citas antes de prescribir medicamentos– y ante la sospecha que se pudieran estar prescribiendo hormonas a pacientes que no cumplirían con los criterios necesarios para recibirlos, es que el NHS encomendó el año 2020, una completa revisión independiente del servicio a un grupo presidido por la doctora Hilary Cass, pediatra consultora y ex presidenta del Royal College of Pediatrics and Child Health. El objetivo era recibir recomendaciones sobre cómo mejorar los servicios para niños y jóvenes que experimentan problemas con su identidad/incongruencia de género y garantizar que se pongan en funcionamiento los mejores modelos para servicios seguros y eficaces.

---

[66] Las denominadas guías de prácticas clínicas (GPC) surgen para garantizar a los pacientes que recibirán un diagnóstico y/o manejo estándar, con independencia del lugar donde se encuentren y del profesional que los atienda. Consisten en documentos en los que se presentan recomendaciones que se construyen en base a la revisión sistemática de la evidencia científica disponible y la evaluación de los riesgos y beneficios de las distintas opciones diagnósticas o terapéuticas. Véase: Alva Diaz C, García-Mostajo JA, Gil-Olivares F, Timana R, Pimentel P, Canelo-Aybar C. Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Med Peru*. 2017;34(4):317-22.

[67] Coelman, E. at al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644. Mayor información en: https://www.wpath.org/soc8

[68] Hembree, Wylie C. et al. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 102, Issue 11, 1 November, pp. 3869–3903, https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658 Mayor información en: https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/gender-dysphoria-gender-incongruence

[69] The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. Our history: 1988-to 2002 Threats, mergers and acquisitions part two. Disponible en: https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/our-history/ Según se informa en el mismo sitio, en el año 2017, a Tavistock y Portamn el servicio de identidad de género más antiguo del Reino Unido, fundado el 1966 por el Dr. John Randall,se trata de Charing Cross Gender Identity Clinic (GIC).

El encargo tenía un amplio alcance debiendo pronunciarse sobre una diversidad de materias, entre las cuales se incluía una declaración sobre el uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (bloqueadores de la pubertad) y medicamentos que afirman el género. Solo el consentimiento informado quedaba excluido de la revisión, por tratarse de un asunto que estaba siendo objeto de revisión judicial[70].

En 2022, Cass entregó un primer informe sobre los avances de su revisión lo que llevó al NHS a implementar las primeras medidas en torno al GIDS, entre las cuales estuvo ordenar el cierre gradual del servicio en Tavistock and Portman NHS Foundation (proceso que finalizó el pasado 31 de marzo), dadas las deficiencias detectadas en el modelo de atención en funcionamiento. En efecto, el documento advertía la inviabilidad que a largo plazo constituía mantener un modelo con un único proveedor especializado, manifestando preocupación por la falta de revisión por pares y la capacidad de responder a la creciente demanda[71].

En dicho informe, además, se dio cuenta que en enero de 2020 el NHS había conformado un grupo de trabajo de expertos para que llevara a cabo una revisión de la evidencia publicada sobre el uso de bloqueadores de la pubertad y de hormonas feminizantes/masculinizantes en niños y jóvenes con disforia de género, para elaborar una posición política respecto de su uso futuro (Policy Working Group, PWG).

Se le pidió a la misma doctora Cass presidir el grupo, pues se estimó que siendo ella una médico senior no especializada en el área de salud de género, no tendría ideas preconcebidas al respecto. Al terminar su trabajo, el grupo concluyó que la evidencia disponible no era lo suficientemente fuerte como para servir de base a una posición política.

Ello, conforme se relata en el propio Informe Final, llevó a encomendar a un programa de investigación independiente recopilar y revisar la evidencia publicada, así como, la investigación cualitativa y cuantitativa que permitiera llenar los vacíos. Esta labor recayó en la Universidad de York.

El Informe Interino, en base a los levantamientos realizados por la Universidad de York, indicó respecto del uso de hormonas cruzadas, que estas se han utilizado por décadas en adultos y que sus riesgos y efectos secundarios a largo plazo son bien conocidos (aumento riesgo cardiovascular, osteoporosis, cánceres hormonodependientes); que en jóvenes debería tenerse en cuenta su impacto sobre la fertilidad, por lo que debería dárseles asesoría al respecto. Consideraron que no existiría un riesgo adicional significativo si el tratamiento se iniciara a los 16 años y no a los 18 años, y estimaron que lo más difícil respecto de su uso, dado el carácter irreversible de muchos de los cambios que provocan, se centra en la decisión de iniciar la transición física, lo que dependerá de la eficacia de la evaluación, del apoyo y asesoramiento que se brinde y de la toma de decisiones compartida entre médicos y pacientes.

---

[70] Los términos de referencia de la revisión encomendada se encuentran disponibles en: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/09/GIDS_independent_review_ToR.pdf

[71] The Cass Review. (2022). Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report. February. Pág. 69. Disponible en: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf

En cuanto a la utilización de bloqueadores de la pubertad, el informe preliminar expuso que su uso era "posiblemente más controvertido" que el de hormonas cruzadas, puesto que considera existen más incertidumbres respectos de sus efectos.

Señaló que falta claridad sobre los resultados previstos con su uso, acerca de si efectivamente proporcionan mayor tiempo/espacio a los jóvenes para tomar una decisión sobre continuar con la transición, si reducen o previenen el empeoramiento de la angustia y mejoran la salud mental; y si detener la pubertad genera cambios potencialmente irreversibles. Manifiestan preocupación por los eventuales efectos de la supresión puberal en el neurodesarrollo[72].

En julio de 2023, el grupo de revisión de la dra. Cass remitió una carta al NHS advirtiendo que los bloqueadores de la pubertad sólo tienen beneficios claramente definidos en circunstancias muy limitadas y que, en atención a sus riesgos potenciales para el desarrollo neurocognitivo, psicosexual y a largo plazo para la salud ósea, sólo debiesen ser ofrecidos como parte de un protocolo de investigación.

En el Informe Final entregado en abril de este año, Cass mantuvo sus apreciaciones previas sobre el uso de bloqueadores puberales y hormonas cruzadas.

La información proveída por el Informe interino y final, así como, las comunicaciones mantenidas por Cass y el NHS durante el proceso de su elaboración, determinaron no solo una reorganización del servicio de atención de género a niños, niñas y adolescentes en el Reino Unido, el cual tendrá en adelante un carácter regional[73], sino también, la formulación de una nueva especificación provisional del servicio, la que expuso un enfoque diferente para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños y jóvenes que presentan incongruencia de género y un modelo de atención basado en la evidencia que ponga el énfasis en la intervención psicosocial, psicoeducativa y psicológica del niño, niña o adolescente con la finalidad de aliviar la angustia asociada con la incongruencia de género y promover el funcionamiento y el bienestar global del individuo[74]. Además, se elaboraron dos nuevas guías clínicas relativas al uso de bloqueadores de la pubertad y de hormonas masculinizantes/feminizantes[75,76].

---

[72] Ibid., pág. 37.

[73] Según informa el NHS se ha definido establecer dos nuevos servicios de género para niños y jóvenes: el primero de hasta ocho centros regionales, con sede en hospitales infantiles especializados, que se pondrán en funcionamiento durante los próximos dos años. Los nuevos servicios con sede en el noroeste (una asociación entre Alder Hey Children's y Royal Manchester Children's Hospital) y Londres (una asociación entre Great Ormond Street Hospital, Evelina London y South London & Maudsley NHS Foundation Trust) se abrieron el 1 de abril de 2024. Véase: NHS England. (2024). Implementing advice from the Cass Review: NHS England's Response to the Final Report of the Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/

[74] NHS England. (2023). Interim service specification for specialist gender incongruence services for children and young people. First published: 9 June. Page updated: 12 March 2024. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/publication/interim-service-specification-for-specialist-gender-incongruence-services-for-children-and-young-people/

[75] NHS England. (2024). Clinical policy: puberty suppressing hormones (PSH) for children and young people who have gender incongruence/gender dysphoria. 12 March. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/publication/clinical-policy-puberty-suppressing-hormones/

[76] NHS England. (2024). Clinical commissioning policy: prescribing of gender affirming hormones (masculinising or feminising hormones) as part of the children and young people's gender service. 21

Respecto del uso de bloqueadores puberales (hormonas supresoras de la pubertad, PHS por sus siglas en inglés), el NHS declara: "Hemos llegado a la conclusión de que no hay suficiente evidencia para respaldar la seguridad o efectividad clínica del PSH para que el tratamiento esté disponible de forma rutinaria en este momento". En cuanto a las hormonas masculinizantes/feminizantes (de afirmación de género) están disponibles como opción de tratamiento de rutina para adolescentes con problemas continuos de incongruencia/disforia de género a partir de los 16 años de edad, siempre que cumpla con todos los criterios de elegibilidad y preparación establecidos.

Además, se dictó una primera orden de emergencia sobre medicamentos (análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas) extensiva a Inglaterra, Gales y Escocia, que impuso restricciones a la venta y suministro de bloqueadores de la pubertad en Gran Bretaña prescritas fuera del NHS. Esta rigió desde el 3 de junio y expiró el 2 de septiembre.

Siguió a ella, una segunda orden de emergencia de iguales términos que la anterior, pero esta vez también extensible a Irlanda del Norte, la cual rigió en dicho territorio a partir del 27 de agosto y en Gran Bretaña el día 3 de septiembre, y rigió en todo el Reino Unido hasta el pasado 26 de noviembre.

Una nueva orden de emergencia, la tercera, se encuentra hoy en vigor, desde el 27 de noviembre, la cual:

- Prohíbe la venta o suministro de bloqueadores de la pubertad prescritos por prescriptores privados registrados en el Reino Unido para la incongruencia de género y/o disforia de género a menores de 18 años que aún no los estén tomando; y.
- Prohíbe la venta o suministro de estos medicamentos con receta de prescriptores registrados en el Espacio Económico Europeo (EEE) o Suiza para cualquier fin a menores de 18 años.

Esta tercera orden de emergencia expira el próximo día 31 de diciembre.

En el intertanto, el día 20 de agosto se abrió una consulta pública con vistas a dictar una norma indefinida para evitar que nuevos pacientes menores de 18 años reciban bloqueadores de la pubertad por razones de incongruencia de género y/o disforia de género, sea que estos se encuentren o no bajo el cuidado de prescriptores privados del Reino Unido, la cual fue cerrada el pasado 8 de octubre.

Al iniciar el mes de diciembre, el gobierno publicó su respuesta a esta consulta informando que, en base a los resultados obtenidos y teniendo evidencia de prácticas persistentes de prescripción insegura de estos medicamentos, ha concluido que impedir la prescripción de agonistas de GnRH por incongruencia de género y/o disforia de género por prescripción privada o en el extranjero en el Reino Unido, se encuentra justificada para garantizar la seguridad de niños y jóvenes. Agregando que: "Los ministros reconocen que una orden indefinida de esta naturaleza es una medida

March. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/publication/clinical-commissioning-policy-prescribing-of-gender-affirming-hormones/

inusual para garantizar una atención sanitaria segura y eficaz a niños y jóvenes. Los ministros esperan que, en el futuro, la atención y la prescripción puedan gestionarse de acuerdo con el tratamiento para niños y jóvenes en otras áreas del sistema de salud y atención, basándose en una base de evidencia sólida y sin necesidad de legislación[77].

En cuanto al marco normativo, que ha permitido el desarrollo de la política pública inglesa en relación con la atención de salud de NNA trans y de género diverso, debe identificarse en primer lugar, la Gender Recognition Act de 2004[78], la cual habilitó a algunas personas trans a obtener un certificado de reconocimiento de género el cual les permite cambiar su género en el certificado de nacimiento, de modo que el género de la persona se convierte a todos los efectos en el género adquirido, lo cual tiene impacto en ámbitos tales como el matrimonio, las pensiones y la certificación de la muerte. Esta solicitud la puede hacer una persona de cualquier sexo, que tenga al menos 18 años, sobre la base de vivir en el otro sexo, o de haber cambiado de género según la ley de un país o territorio fuera del Reino Unido. Si bien los alcances de esta ley son limitados, se considera un primer paso en el reconocimiento de la diversidad sexual y de género.

En 2010, se dicta la Equality Act[79], principal instrumento que sirve de base a la política de servicios de género para NNA trans y de género diverso, toda vez que la reasignación o cambio de sexo (gender reassignment) es una característica que se encuentra protegida contra la discriminación, el acoso y la victimización. Asimismo, la autoridad pública en el ejercicio de sus funciones debe tener debidamente en cuenta la necesidad de eliminar la discriminación, el acoso, la victimización y cualquier otra conducta prohibida por o en virtud de esta Ley, así como, entre otras cosas, promover la igualdad de oportunidades entre personas que comparten una característica protegida relevante y personas que no la comparten y tomar medidas para satisfacer las necesidades de las personas que comparten una característica protegida relevante que son diferentes de las necesidades de las personas que no la comparten.

5. Experiencia comparada

5.1. Caso de Suecia

El gobierno sueco encomendó al Socialstyrelsen (que para su comprensión podría traducirse como Junta Nacional de Salud y Bienestar)[80] la actualización de las directrices nacionales sobre el Buen cuidado de niños y adolescentes con disforia de género, que databan del año 2015. En la medida en que las nuevas orientaciones eran elaboradas, y con el fin de evitar retrasos, estas eran puestas a disposición del público. Así, en marzo de 2021 se dieron a conocer los capítulos de apoyo e investigación y, en febrero de 2022, el referido a terapia hormonal. El informe completo y actualizo quedó disponible en diciembre de ese mismo año, bajo el título

[77] Para una detallada información al respecto, véase: https://www.gov.uk/government/consultations/proposed-changes-to-the-availability-of-puberty-blockers-for-under-18s/outcome/9702c8a7-3299-4a01-94dc-a63861786dd9#background
[78] Disponible en: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/7/contents
[79] Disponible en: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents
[80] Traducido al inglés como The National Board of Health and Welfare.

de: *Cuidado de niños y jóvenes con disforia de género: Apoyo al conocimiento nacional con recomendaciones para profesionales y tomadores de decisiones*[81,82]. Maria Bodin fue la directora del proyecto, en el cual participaron expertos, pacientes, familiares, organizaciones de interés y responsables operativos. Según se expresa en el Prefacio del documento final de diciembre de 2022, las evaluaciones finales de la Socialstyrelsen sobre la supresión de la pubertad y el tratamiento hormonal no fueron compartidas por todos los expertos participantes.

La Socialstyrelsen llama a los tomadores de decisiones, respecto del grupo de jóvenes con disforia de género en su conjunto, a actuar con precaución en el uso de tratamientos de inhibición de la pubertad (análogos de GnRH), de afirmación de género (hormonas cruzadas) y el tratamiento quirúrgico de mastectomía, lo que podrán darse en casos excepcionales.

A consideración de la Socialstyrelsen, basado en la ciencia, la experiencia y los principios de beneficencia y no maleficencia, los beneficios de estos tratamientos no estarían superando sus riesgos y seguridad. Estima que el cambio negativo que se ha producido entre los beneficios y riesgos de estos tratamientos, está influenciado por 3 factores:

i) La incertidumbre derivada de la falta de claridad acerca de las causas que puedan explicar el aumento sostenido en el número de personas diagnosticadas con disforia de género desde la publicación de las directrices de 2015, especialmente, en el grupo entre 13 a 17 años de edad y, en particular, entre personas cuyo sexo registrado al nacer es femenino.
ii) La prevalencia documentada de procesos de detransición médica entre adultos jóvenes (por el cual la persona discontinúa el tratamiento afirmativo de género por cualquier motivo o por el cual busca revertir los efectos médicos del tratamiento de afirmación de género completado).
iii) El conocimiento basado en la experiencia de los expertos participantes es menos uniforme que en 2015.

Respecto del uso de terapia hormonal supresora de la pubertad y de afirmación de género, se expresa que la Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU) concluyó que la evidencia disponible es insuficiente para evaluar sus efectos sobre la disforia de género, la salud psicosocial y la calidad de vida de los adolescentes con disforia de género. Por tanto, se recomienda que su uso se de en el contexto de una investigación científica, cuestión a la que se debería dar prioridad. Es por ello que la Socialstyrelsen recomienda que estos tratamientos se administren en el marco de la investigación. Pero, antes de que comiencen tales estudios de investigación, los tratamientos pueden administrarse de acuerdo los criterios actualizados y de manera excepcional.

---

[81] Socialstyrelsen. (2022). Vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare. December. ISBN 978-91-7555-596-6. Disponible en: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/barn-och-unga-med-konsdysfori/

[82] Socialstyrelsen. (2022). Care of children and adolescents with gender dysphoria Summary of national guidelines December. The National Board of Health and Welfare. Disponible en: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf

Por tanto, en caso que se decida en un caso individual, iniciar tratamiento supresor de la pubertad en un adolescente en escala Tanner 3 y para la hormona de afirmación de género, se recomienda seguir los criterios utilizados por el protocolo holandés (Dutch Protocol), los que incluyen entre otros, que: la incongruencia de género ha estado presente desde la infancia, que la identidad de género se ha mantenido estable en el tiempo, que el inicio de la pubertad ha traído consigo un sufrimiento claro, y que no existen factores que compliquen la valoración diagnóstica.

Según los expertos participantes, el tratamiento supresor de la pubertad puede considerarse en algunos casos de gran utilidad y beneficio incluso en las etapas de Tanner 4 y 5, particularmente para los jóvenes con sexo registrado masculino al nacer cuya masculinización en la pubertad tardía hace que sea muy difícil pasar por adulto.

En cuanto al uso de terapia hormonal para jóvenes con identidad de género no binaria, la Socialstyrelsen considera que falta conocimiento que pueda guiar las decisiones sobre tratamientos hormonales en ellos, en todo caso, recalca que cree que es la disforia de género, más que la identidad de género, la que debería ser el factor rector para el acceso a atención y tratamiento. Considera que un trabajo importante que queda por realizar, en relación con la actualización del conocimiento de apoyo a la buena atención de adultos con disforia de género, es mapear la experiencia de investigación y tratamiento de afirmación de género para la identidad de género no binaria que se encuentra en el cuidado de adultos.

Además, en el marco de la atención médica, la Socialstyrelsen recomienda:

- Ofrecer apoyo psicosocial para la exploración incondicional de la identidad de género durante la evaluación diagnóstica. Al igual que en 2015, se enfatiza en la exploración como requisito previo para una atención buena y segura.

- Buscar sistemáticamente signos de trastorno del espectro autista (TEA) y de trastorno de déficit de atención con hiperactividad/trastorno de déficit de atención (TDAH/TDA) antes o en una etapa temprana de la evaluación. En caso de signos de TEA, debe realizarse una evaluación neuropsiquiátrica.

Asimismo, el sistema de atención médica debe ofrecer a los adolescentes con disforia de género: asesoría en sexología y tratamiento; medidas de preservación de la fertilidad; tratamiento de la voz y comunicación; y depilación.

Se considera que con estas medidas el beneficio esperado para el paciente es alto y los riesgos relativamente bajos, siendo importante, cuando estos servicios se ofrecen, su documentación para su seguimiento a fin de permitir un mayor y completo conocimiento en cuanto a este grupo de pacientes y su atención.

Ahora bien, en términos normativos se debe recordar que Suecia fue el primer país en legalizar la transición de género en 1972 y, recientemente el pasado 17 de abril, su Parlamento (Sveriges Riksdag) discutió y aprobó una nueva ley de identidad de género, por medio de la cual redujo de 18 a 16 años la edad requerida para solicitar el

cambio legal de género, eliminando la exigencia de tener un diagnóstico de disforia de género para presentar la solicitud[83,84].

De esta manera, una persona que ha cumplido los 16 años podrá pedir que se determine que tiene un sexo diferente del que figura en el registro de población, si es ciudadano sueco, no tiene pareja registrada, su género registrado no coincide con el género percibido y se puede suponer que vivirá con esa identidad de género en el futuro. Igualmente, autoriza el cambio de género si se trata de un niño menor de 16 años con una anomalía congénita en el desarrollo del género, siempre que el niño esté registrado en Suecia, el cambio esté de acuerdo con la identidad de género desarrollada y se tome en cuenta el interés superior del niño.

Si la solicitud refiere a un niño, este debe recibir información al respecto y tener la oportunidad de expresar sus puntos de vista, debiéndose tener en consideración sus opiniones en relación con su edad y madurez. La solicitud debe ser presentada por su tutor. En caso de solicitud de cambio de género, presentada para un niño mayor de 12 años, se requiere del consentimiento escrito del niño. Toda solicitud debe ser presentada ante el Socialstyrelsen, autoridad llamada a decidir sobre el asunto.[85].

5.2. Caso de Países Bajos

En 1972, los tratamientos médicos de afirmación de género para adultos transgénero mayores de 18 años, ya se encontraban disponibles en los Países Bajos. Para los niños y adolescentes las opciones de tratamiento surgieron en 1997, cuando las psicólogas Peggy T. Cohen-Kettenis y Stephanie H.M. van Goozen, al investigar el funcionamiento posoperatorio de los primeros 22 pacientes transexuales sometidos a cirugías de reasignación de sexo en la clínica de género en la que se desempeñaban, concluyeron que iniciar el procedimiento de reasignación de sexo antes de la edad adulta resultaba en un funcionamiento postoperatorio favorable, siempre que previamente se realizara un cuidadoso diagnóstico por un equipo especializado en género y que los criterios para iniciar el procedimiento tempranamente fueran estrictos[86].

En 1998, las mismas autoras presentaron, a través de un reporte de caso, el seguimiento posoperatorio de un hombre transexual (mujer a hombre) que fue tratado con un bloqueador de la pubertad (agonista de LHRH, que retrasó el desarrollo de sus características sexuales secundarias) y psicoterapia desde los 13 años y que se

[83] AP News. (2024). Sweden's parliament passes a law to make it easier for young people to legally change their gender. By Jan M. Olsen. Updated 12:17 PM GMT-4, April 17. Disponible en: https://apnews.com/article/sweden-vote-legal-gender-law-minimum-age-9cfb3c6879ae03c3187f520eed308377

[84] BBC News. (2024). Sweden passes law lowering age to change legal gender from 18 to 16. By Francesca Gillett. 17 April. Disponible en: https://www.bbc.com/news/world-europe-68841275

[85] Lag (2024:238) om fastställande av kön i vissa fall (Ley (2024:238) sobre determinación de género en determinados casos). Emitida: 25 de abril de 2024. Entrada en vigor: 01 de julio de 2025. Disponible en: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2024238-om-faststallande-av-kon-i-vissa_sfs-2024-238/

[86] Cohen-Kettenis, Peggy T. & van Goozen, Stephanie H.M. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals. A follow-up study. *J. Am. Acad. Child Ado/esc. Psychiatry*, 36(2):263-271. DOI: 10.1097/00004583-199702000-00017

sometió a una reasignación de sexo a los 18 años, en una época en que los médicos se mostraban reacios a iniciar tratamiento hormonal antes de los 18 a 21 años. El caso, las llevó a sugerir que reducir la edad de inicio del tratamiento hormonal si bien podría aumentar la incidencia de "falsos positivos" podría también permitir que porcentajes mayores de individuos pasaran más fácilmente al rol del sexo opuesto, que si el tratamiento comenzara mucho después del desarrollo de las características sexuales secundarias[87,88].

Desde entonces, el tratamiento para la disforia de género en el país ha considerado la utilización de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRh) para la supresión puberal a partir de los 12 años de edad, seguido del uso de hormonas cruzadas (estrógeno o testosterona) a partir de los 16 años y cirugía de reasignación de sexo, desde los 18 años[89]. A esta práctica se ha denominado como modelo holandés de atención, Dutch Protocol o Dutch Model, el cual ha sido considerado como un referente por gran parte de los países de occidente, así como por las guías de práctica clínica de la Endocrine Society de 2009 y por la WPATH[90].

La más reciente versión del protocolo holandés está contenida en el Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch de 2018 (Estándar de Calidad para la Atención Transgénero – Somático) publicado en 2019[91], norma que tiene por objeto determinar los requisitos de calidad para la atención corporal de personas transgénero, basados –según indica– en el estado de la ciencia, experiencias prácticas, conocimientos especializados, y en las expectativas de las personas transgénero. Si bien ella regula principalmente la organización de la atención, desarrolla con detalle lo referido a la terapia hormonal, concediendo al tratamiento en NNA un apartado diferenciado del de los adultos. Respecto de ellos, sigue las recomendaciones sobre diagnóstico, orientación y tratamiento de la incongruencia de género otorgadas por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) al año 2012[92] y la Endocrine Society al año 2017[93].

La atención a NNA con incongruencia de género, su diagnóstico y tratamiento, se realiza en base a un modelo de consulta multidisciplinaria (denominada MDO) en la

---

[87] Cohen-Kettenis, PT & van Goozen, S H. (1998). Puberal delay as and aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. Case Report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, Dec; 7(4):246-8. DOI: 10.1007/s007870050073

[88] Cohen-Kettenis, Peggy T.; Schangen, Sebastiaan E.E.; Steensma, Thomas D.; de Vries, Annelou L.C., & Delemarre-van de Waal, Henriette A. (2011). Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent: A 22-Year Follow-Up. *Arch Sex Behav,* 40(4): 843-847. Published online 2011 Apr. 19. DOI:10.1007/s10508-011-9758-9

[89] Delemarre-van de Waal, Henriette A. & Cohen-Kettenis, Peggy T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology,* 155 S131–S137. DOI: 10.1530/eje.1.02231

[90] Shumer, D. E. & Spack, N. P. (2015). Transgender medicine—long-term outcomes from 'the Dutch model'. *Nat. Rev. Urol.* 12, 12–13; published online 18 November 2014. DOI:10.1038/nrurol.2014.316

[91] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch. Disponible en: https://richtlijnendatabase.nl/uploaded/docs/Kwaliteitsstandaard_Transgenderzorg_Somatisch.pdf?u=0

[92] Citando a Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7, 13:165-232.

[93] Citando a Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender- Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.,*102:3869-3903.

que participa un equipo multidisciplinario o una asociación con experiencia en este campo, que se reúne semanal o mensualmente y donde se muestran los resultados del diagnóstico, el progreso del tratamiento, se formulan preguntas y se resuelven inquietudes. En el caso de niños y niñas, el MDO en principio se integra por un psicólogo especializado, psiquiatra y/o psicólogo educativo, y en el caso de los adolescentes por un psicólogo especializado, psiquiatra infantil o psicopedagogo y un pediatra/endocrinólogo infantil. En ambos casos, y por motivos específicos pueden intervenir otras disciplinas adicionales.

El diagnóstico de incongruencia de género en NNA lo realiza un psicólogo especializado, psiquiatra o psicólogo educativo (ortopedagogo) que cumpla con los siguientes criterios:

- capacitado en psicología del desarrollo y psicopatología de NNA;
- competente en el uso del DSM y/o CIE con fines de diagnóstico;
- capaz de distinguir entre incongruencia de género y trastornos con características similares (por ejemplo, trastorno dismórfico corporal);
- capacitado en el diagnóstico de trastornos psicológicos;
- capaz de iniciar o remitir el tratamiento adecuado;
- capaz de realizar una evaluación psicosocial, incluida la comprensión del niño/adolescente y las circunstancias sociales que puedan influir sobre el tratamiento hormonal;
- asiste regularmente a reuniones/capacitaciones profesionales relevantes;
- conoce los criterios para tratamiento hormonal de inhibición de la pubertad y de afirmación de género en adolescentes.

Los niños y niñas prepúberes (estadio de Tanner M1 o G1) no pueden recibir tratamiento con bloqueadores de la pubertad ni hormonas cruzadas, pues en ellos la incongruencia de género no es somática (conforme los lineamientos del CIE). Se sugiere en estos casos, otorgar apoyo de un psicólogo, psiquiatra o psicopedagogo especializado (según criterios anteriormente mencionados) para que les ayude a tomar decisiones (sopesar ventajas y desventajas) en torno a someterse o no a una transición social y de qué modo hacerlo.

En el caso de los adolescentes que cumplan con los criterios diagnósticos de incongruencia de género y soliciten tratamiento para suprimir la pubertad, deberán cumplir los criterios de elegibilidad que se detallan en la siguiente tabla, para recibir un análogo de GnRH.

Criterios que debe cumplir él/la adolescente para acceder a terapia de	Un psicólogo, psicopedagogo o psiquiatra cualificado /especializado (conforme criterios anteriormente descritos) ha confirmado que:	a. el adolescente tiene un patrón intenso y de larga data de género no conforme o incongruencia de género y sufre como resultado de ello;
		b. la incongruencia de género aumentó o surgió al inicio de la pubertad;
		c. problemas secundarios a nivel psicológico, médico o social que podrían impedir el tratamiento (por ejemplo, porque influyen negativamente en el cumplimiento del tratamiento o porque existe la posibilidad de que estos problemas secundarios empeoren con el tratamiento con GnRH) están bajo control para que la situación y funcionamiento del adolescente esté lo suficientemente estable como para iniciar el tratamiento;
		d. el adolescente tiene la capacidad mental de dar su consentimiento informado para la terapia.
	El adolescente:	a. ha sido informado sobre los efectos y efectos secundarios del tratamiento

		(incluidos posible pérdida de fertilidad si el/la adolescente es posteriormente sometido a tratamiento hormonal y/o cirugía) y las opciones para la preservación de la fertilidad;
		b. ha dado su consentimiento informado, (y si resulta de la WGBO[94], los padres u otras autoridades han dado su consentimiento informado) y los padres/tutores apoyan al adolescente durante el tratamiento.
	Un endocrinólogo pediátrico u otro médico con suficiente experiencia en la evaluación pubertad bajo la supervisión de/en colaboración con un endocrinólogo pediátrico:	a. está de acuerdo con la indicación de tratamiento con un análogo de GnRH;
		b. ha confirmado que el adolescente se encuentra en la pubertad (etapa de Tanner M2 o G2 o más);
		c. ha determinado que no existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con un análogo de GnRH.

Para recibir tratamiento con hormonas cruzadas, un equipo o asociación multidisciplinaria evaluará si en el adolescente la incongruencia de género persiste, si es mentalmente capaz para dar su consentimiento informado y si cumple con los demás criterios, descritos en la siguiente tabla:

Criterios que debe cumplir él/la adolescente para acceder a terapia de hormonas cruzadas	Un psicólogo especializado, psiquiatra o psicopedagogo ha confirmado que:	a. existe una incongruencia de género persistente;
		b. problemas secundarios a nivel psicológico, médico o social que podrían impedir el tratamiento (por ejemplo, porque influyen negativamente en el cumplimiento del tratamiento, o porque existe la posibilidad de que estos problemas secundarios empeoren bajo tratamiento hormonal) están bajo control para que la situación y funcionamiento del adolescente están lo suficientemente estables como para iniciar un tratamiento con hormonas cruzadas;
		c. El adolescente tiene la capacidad mental para afrontar (en parte) las consecuencias de este tratamiento irreversible, sopesando los beneficios y riesgos entre sí y para dar consentimiento informado (la mayoría de los adolescentes pueden hacerlo cuando tienen 16 años).
	El adolescente:	a. ha sido informado sobre los efectos (irreversibles) y los efectos secundarios del tratamiento (incluida la posible pérdida de fertilidad y las posibilidades de preservación de la fertilidad). Si lo desea, el adolescente es remitido a asesoramiento a un ginecólogo con conocimientos en temas de género y preservación de la fertilidad;
		b. ha dado su consentimiento informado (y si resulta de la WGBO, los padres u otras autoridades han dado su consentimiento informado) y los padres/tutores apoyan al adolescente durante el tratamiento.
	Un endocrinólogo pediátrico u otro médico con suficiente experiencia en la inducción de la pubertad bajo la supervisión de o en colaboración con un endocrinólogo pediátrico:	a. está de acuerdo con la indicación de tratamiento con hormonas cruzadas;
		b. ha determinado que no existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con hormonas entre sexos.

[94] La expresión WGBO hace referencia a la Dutch Medical Treatment Contracts Act contenida en el Libro 7 Acuerdos especiales del Código Civil Título 7 Asignación Sección 5 Del acuerdo sobre tratamiento médico artículo 446 a 468. Disponible en: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2019-11-15/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5

La edad para iniciar tratamiento con hormonas de afirmación de género se encuentra fijada en los 16 años, pues es el límite desde el cual el adolescente puede decidir de manera independiente sobre un tratamiento médico, conforme lo prescrito por el Código Civil[95].

Según se expresa, eventualmente el equipo multidisciplinario o la asociación pueden estimar que un joven de menor edad sea elegible para iniciar tratamiento con hormonas cruzadas. Aun cuando se advierte que se sabe poco sobre los resultados del tratamiento en jóvenes con incongruencia de género que comenzaron el tratamiento antes de los 14 años, se afirma que actualmente en los Países Bajos los jóvenes que se han tratado con una GnRH de manera análoga y cumplen con los demás criterios descritos en la tabla, son a los 15 años ya elegibles para el tratamiento con hormonas de afirmación de género.

Durante el tratamiento, el adolescente debe acudir a control cada 3 o 6 meses con un endocrinólogo pediátrico u otro médico con suficiente experiencia en la materia y bajo la supervisión de o en colaboración con un endocrinólogo pediátrico. Este contacto regular cada 3 a 6 meses también debe darse entre el adolescente y el médico tratante: psicólogo especializado, psiquiatra o psicólogo educativo, quien debe, además, proporcionar al joven consejos sobre estilos de vida y nutrición saludables, hacer ejercicios y no fumar. En caso que el paciente tenga dificultades con el peso o incapacidad para dejar de fumar, se le debe derivar para recibir orientación y ayuda adecuada, dado los riesgos cardiovasculares que existen por la combinación sobrepeso/obesidad y tabaquismo con el uso de hormonas cruzadas.

En el período previo a la edad adulta, se debe cuidar y asegurar una adecuada transferencia del adolescente al equipo o asociación multidisciplinarios de atención de adultos, garantizando la continuidad de la atención tanto médica como psicológica.

Sobre este último aspecto, el Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch de 2018, podría entenderse complementado por el Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg, de 2017 (Estándar de calidad para la atención psicológica de personas transgénero)[96].

Esta iniciativa de Alliantie Transgenderzorg (Alianza de Atención Transgénero)[97], desarrollada en colaboración con un conjunto de asociaciones profesionales y sociedades científicas de Países Bajos, y financiada por el Fonds NutsOhra y el Ministerie van OC&W, Directie Emancipatie (Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia, Dirección de Emancipación), ha tenido por objeto desarrollar un modelo de atención para mejorar la calidad de la atención psicológica que se brinda a las personas transgénero en los Países Bajos; en el entendido que las personas transgénero, aun cuando pueden no llegar a elegir tratamientos somáticos de afirmación de género

[95] El artículo 447 N° 1 del WGBO dispone: "El menor que haya cumplido dieciséis años es capaz de celebrar por sí mismo un contrato de tratamiento, así como de realizar actos jurídicos que estén directamente relacionados con el contrato".

[96] Alliantie Transgenderzorg (2017). Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Transgenderzorg Geautoriseerd – 18 december. Disponible en: https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2018/01/kwaliteitsstandaard-transgenderzorg-18122017-geautoriseerd.pdf

[97] Quienes se definen, en el mismo documento, como una plataforma de instituciones de atención para pacientes y grupos de interés de personas transgénero.

(hormonas y/o cirugía), posiblemente necesiten de atención psicológica, lo que consideran es parte esencial de una oferta sanitaria completa.

Lo que lleva a Alliantie Transgenderzorg a plantear estas guías, además de la evidencia existente sobre la prevalencia de problemas psicológicos en la población transgénero, son los resultados obtenidos en un informe anterior (que implicó revisión bibliográfica y entrevistas a proveedores de atención médica) en el que se identificaron como obstáculos[98]:

- Insuficiente atención psicológica especializada
- Insuficiente distribución regional
- Insuficiente coordinación entre los equipos de género y atención psicológica
- Insuficiente coordinación entre los proveedores de atención psicológica
- Insuficiente atención de personas transgénero durante la formación en psicología/psiquiatría
- Financiamiento inadecuado
- Falta de una guía integral de atención a personas transgénero

El Protocolo Holandés no fue objeto de cuestionamientos sino hasta entrado el año 2023. Ahora bien, sin perjuicio de la incidencia de otros factores, la Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM)[99] estimó que tres fueron los principales hechos que marcaron el inicio del debate en los Países Bajos. A saber, la publicación del artículo *Uncertainties around the current gender care: five problems with the clinical lesson 'Youth with gender incongruence'* en una revista médica holandesa[100], la publicación en un semanario jurídico del artículo *Transgender care children: Legal concerns about the Dutch Protocol (2018)*[101], y la emisión de un documental de dos partes titulado *The trasgender protocol* a través de BNNVARA, una cadena pública de televisión holandesa[102]. Todos críticos del Dutch Protocol en lo que respecta a la alternativa de brindar tratamiento hormonal (bloqueadores de pubertad y hormonas de afirmación de género) a púberes y adolescentes.

Estos eventos, despertaron el interés de la opinión pública y también del Parlamento neerlandés en la materia. Este último, dirigiendo varias mociones (oficios) al Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte), para que informe y/o adopte medidas al respecto. En respuesta a ellas, la ministra de Atención Médica, Pia Dijkstra expresó en carta del pasado 05 de abril, que el Estándar de Calidad para la Atención Transgénero – Somático, publicado en 2019, fue objeto de una primera evaluación que aconsejó su revisión a la luz de la nueva literatura,

[98] Alliantie Transgenderzorg (2017). Op. Cit. pág. 7.
[99] Véase: https://segm.org/Dutch-protocol-debate-Netherlands
[100] Smids, Jilles & Vankrunkelsven, Patrik. (2023). Onzekerheden rond de huidige genderzorg: Vijf problemen met de klinische les 'Jongeren met genderincongruentie' [Uncertainties around the current gender care: five problems with the clinical lesson 'Youth with gender incongruence']. *Ned Tijdschr Geneeskd*. Nov 1:167:D7941.
[101] Smeehuijzen, Lodewijk; Smids, Jilles & Hoekstra, Coen. (2023). Transgenderzorg aan kinderen: Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol (2018) [*Transgender care children: Legal concerns about the Dutch Protocol (2018)*]. *NEDERLANDS JURISTENBLAD NJB* – 13 juli, AFL. 25, 2058-2069. Disponible en: https://www.njb.nl/media/5639/njb25_transgenderzorg-aan-kinderen.pdf
[102] Zembla-BNNVARA. *The trasgender protocol. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=IXPWpDYoPKQ&t=477s*

directrices y evidencia disponible, informe que fue puesto a disposición de la Cámara de Representante (informe que había sido previamente comprometido por la ministra)[103].

En efecto, a fines de febrero de 2024, concluyó la Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – somatisch (Evaluación del Estándar de Calidad para la Atención Transgénero – Somático)[104], realizada por el Kennisinstituut de la Federatie Medisch Specialisten (Instituto del Conocimiento de la Federación de Médicos Especialistas) a quien el ZonMw[105] encomendó dicha tarea en abril de 2022. El objetivo principal del encargo, luego de dos años de la puesta en marcha del Estándar de Calidad, fue determinar en qué medida este se encontraba todavía actualizado y en qué medida había sido implementado.

La evaluación observó que el Estándar de Calidad de 2018 ya no está completamente actualizado en ciertas áreas, puesto que nueva literatura y directrices científicas han surgido incluso desde antes de su publicación (en esta línea se otorga gran valor a la versión 8 de los Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People-SOC8 de la WPATH, de 2022[106]). Asimismo, apreció que existen nuevos avances en este campo, como un enfoque más fluido en materia de género, nuevas técnicas además de la quirúrgica, así como mayor necesidad de otorgar cuidados posteriores a ella, y de brindar atención psicosocial antes y durante el proceso somático. Es por ello que recomendó la revaluación y en lo posible la adaptación a la realidad holandesa de los módulos sobre tratamiento de niños y adolescentes, tratamiento hormonal, cirugía, preservación de la fertilidad y embarazo,

Respecto del módulo 2.1 del Estándar de Calidad de 2018, dedicado al tratamiento de niños y adolescentes, el informe estima necesario realizar una revaluación de la nueva literatura, búsquedas bibliográficas sistemáticas y/o copiar búsquedas de otras directrices de calidad suficiente y eventualmente, considerar la adaptación del SOC 8 a la situación holandesa en el caso de los niños prepúberes.

La ministra, en su misiva, informó además a la Cámara de Representantes que se está preparando una solicitud de revisión del Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg (Estándar de calidad para la atención psicológica de personas transgénero), y que el pasado 1 de diciembre de 2023, de manera paralela, la Nederlandse Internisten Vereniging (Asociación Holandesa de Internistas) con el apoyo

---

[103] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Aanbieding evaluatierapport kwaliteitsstandaard Transgenderzorg-somatisch. 5 april. Pia Dijkstra - minister voor Medische Zorg [Carta de Oferta que acompaña Informe de Evaluación Estándar de Calidad Atención Transgénero-Somática. 5 de abril. Pía Dijkstra - ministra de Atención Médica] Disponible en: https://open.overheid.nl/documenten/c7ba2a58-2820-4af6-822c-9d82eadc1b59/file

[104] Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. (2024). Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – somatisch. Februari. Utrecht. Disponible en: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/04/05/evaluatierapport-transgenderzorg-somatisch-kennisinstituut-fms

[105] ZonMw es una entidad que programa y financia la investigación e innovación en salud, asistencia sanitaria y bienestar, fomenta el uso de este conocimiento y destaca las necesidades de conocimiento en los Países Bajos, sus principales contratistas son el Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes y el Consejo Holandés de Investigación (Dutch Research Council). Mayor información en: https://www.zonmw.nl/en

[106] Coelman, E. at al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644. Mayor información en: https://www.wpath.org/soc8

del Kennisinstituut, inició la revisión del Estándar de Calidad de la Atención a Personas Transgénero-Somático, acordándose que una vez modificada la directriz esta será presentada para su registro ante el Zorginstituut Nederland (Instituto de Salud de los Países Bajos). Se espera que en lo posible ambas revisiones concluyan al mismo tiempo, mientras tanto, según indica la ministra los profesionales seguirán trabajando según las últimas directrices.

Más recientemente, el pasado 4 de junio, la ministra volvió a dirigirse al Parlamento para dar respuesta a nuevas mociones y peticiones formuladas por los parlamentarios, en especial, ante la discusión desarrollada en abril por la propia Cámara en relación con el Informe Cass de Reino Unido y su importancia para la atención de género de menores en los Países Bajos. Sobre lo cual, la ministra aclara que: "La revisión concluye, entre otras cosas: que existen diferencias significativas entre el "enfoque holandés" y el método de trabajo de la clínica Tavistock". Agrega que, la situación en el Reino Unido no es comparable "uno a uno" con la de los Países Bajos, donde los centros que brindan atención de género llevan años realizando investigaciones con el fin de fundamentar científicamente la atención de género a niños y jóvenes, y en caso de ser necesario "adaptarse a nuevos conocimientos", como también supervisando cuidadosamente el proceso de atención, y ante las cuestiones éticas que puedan surgir en la atención médica de género para jóvenes, los equipos y centros recurren a especialistas en ética que colaboran estrechamente con ellos.

Asimismo recuerda que, a las personas transgénero se les debe ofrecer atención médica de calidad, tal como se exige para todas las formas de atención en los Países Bajos, al tenor de la Ley de Calidad, Quejas y Disputas de la Atención Médica (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz)[107], lo que se manifiesta en el cumplimiento del Estándar de Calidad de Atención a Personas Transgénero-Somático que surgió de la investigación científica, la experiencia médica práctica, el aporte de pacientes y las guías internacionales, y que se encuentra en proceso de revisión por la Asociación Holandesa de Internistas y que en cuanto sea necesario, en sus resultados, incluirá las recomendaciones del Informe Cass cuando sean relevantes para el contexto holandés, e insiste en que, mientras tanto, los grupos profesionales seguirán trabajando de acuerdo con las últimas directrices.

Finalmente, en respuesta a las mociones que solicitaban al gobierno que se asesorase en esta materia por el Gezondheidsraad (Consejo de Salud)[108], señala que ya se le ha pedido colaboración y que el proceso de asesoría se iniciará este año 2024.

En cuanto al marco normativo de los Países Bajos, se debe recordar que este ha sido pionero en avanzar legislativamente hacia la inclusión de la diversidad sexual. Es así como, en 1971, derogó del Código Penal el artículo que criminalizaba los actos sexuales entre personas del mismo sexo menores de 21 años (a la fecha, ya se permitían las relaciones heterosexuales desde los 16 años), convirtiéndose en uno de los primeros países en descriminalizar la homosexualidad. Luego, el año 2001, permitió el matrimonio entre las personas del mismo sexo, así como la adopción por parejas homosexuales y, en diciembre de 2013, el Parlamento, aprobó un proyecto de

[107] Disponible en: https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2023-10-05/0

[108] Gezondheidsraad (Consejo de Salud), es un órgano asesor científico de carácter independiente que tiene legalmente, la tarea de aconsejar al gobierno y parlamento de los Países Bajos en el campo de la salud pública y la asistencia sanitaria. Para mayor información, véase: https://www.gezondheidsraad.nl/

ley que permitió a las personas transgénero mayores de 16 años cambiar legalmente su género (hombre o mujer) en su certificado de nacimiento y otros documentos oficiales, sin necesidad de realizar intervenciones corporales de afirmación de género. La Wet wijziging vermelding van het geslacht in de geboorteakte (Ley sobre el cambio de la indicación del género en el certificado de nacimiento) entró en vigor en 2014[109]. Durante los últimos años se ha discutido una nueva propuesta legislativa que busca flexibilizar los requerimientos y el procedimiento para el cambio de género.

5.3. Caso de Costa Rica

El Estado de Costa Rica, mediante el Decreto N° 7-2018, del Tribunal Supremo de Elecciones, reformó el Reglamento del Registro del Estado Civil y el Reglamento de la Cédula de Identidad con Nuevas Características, reglando el proceso con el que cuentan las personas mayores de edad para acceder al reconocimiento de su identidad de género en las cédulas de identidad por medio de un procedimiento administrativo. De igual forma, la decisión determinó que el marcador de género en los documentos de identidad son datos sensibles y cuya exhibición pública resulta estigmatizante para quien haya readecuado su nombre según su identidad autopercibida, por lo tanto, eliminó dicha información de las cédulas de identidad.

En el ámbito sanitario, el Ministerio de Salud estableció el año 2016 la Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGTBI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En ella, se define la "transición" como el proceso durante el cual las personas transitan desde las expresiones de género asociadas con su sexo al nacer hacia otras expresiones de género que correspondan con su identidad. La transición puede o no incluir feminización o masculinización del cuerpo, y la respectiva modificación de caracteres sexuales, a través de hormonas y otros procedimientos médicos. Las características, condiciones y duración de la transición varían de persona en persona.

La Institución Caja de Seguro Social, de la que dependen los servicios de salud costarricenses, señaló en el mismo año 2016, a partir del trabajo de una comisión experta convocada para un proceso de revisión de la evidencia científica, que:

- El abordaje de personas trans es una alternativa terapéutica en aquellos casos en que los beneficios superan al riesgo.
- Previo a la terapia hormonal, toda persona que se identifique como trans, debe recibir, desde el inicio y por un periodo variante de estimados seis meses, una valoración por parte de profesionales en servicios de salud mental sobre su preparación para recibir la terapia hormonal.

[109] Véase: Afdeling 13. Wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte artikel28-28c, Burgerlijk Wetboek Boek 1 [Sección 13. Cambios a la mención del género en el certificado de nacimiento artículo 28-28c, Código Civil Libro 1] Disponible en: https://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/2024-01-01/0

Posteriormente, el año 2018 se publicó un documento técnico denominado Atención Integral de Personas Trans para la Hormonización en la Red de Servicios de Salud, cuyos objetivos apuntan a entregar herramientas de evaluación y acompañamiento psicosocial a las personas trans para apoyar el proceso de subjetividad y de reafirmación de su identidad de género y prescribir la terapia hormonal y el apego al tratamiento farmacoendocrinológico.

Este modelo propone 3 niveles de atención:

- Primer nivel de atención: Esta fase se activa sólo si la persona trans solicita consulta por este motivo, por lo que se debe asignar la cita con medicina general o medicina familiar.

- Segundo Nivel: Realiza evaluación, abordaje psicoemocional y psiquiátrico. Realiza evaluación endocrinológica e inicia terapia farmacológica. El profesional responsable de la atención de este nivel es el psiquiatra.

- Tercer Nivel: Realiza evaluación, abordaje psicoemocional y psiquiátrico. Realiza evaluación endocrinológica e inicia terapia farmacológica. El profesional responsable es el endocrinólogo.

Los criterios de elegibilidad para la terapia hormonal son los siguientes: tener 18 años cumplidos o más, haber reforzado su autodeterminación de identidad -un año o más- mediante su vivencia con el rol de género, y haber recibido acompañamiento psicológico- por seis meses o más- para reafirmar su identidad de género.

En el mes de junio de 2023, se presentó un proyecto de ley de Reconocimiento de Identidades Trans, no binarias, de género diverso e intersex. La iniciativa busca garantizar el reconocimiento de los derechos de las personas trans, no binarias, de género diverso e intersex, incluyendo su identidad de género y otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Asimismo, persigue establecer un marco legal para la prevención, atención y eliminación de cualquier forma de discriminación por identidad de género, expresión de género y características sexuales independientemente de la edad de la persona.

El proyecto que se encuentra actualmente en la Comisión de Derechos Humanos, propone, entre otros aspectos:

- No se exigirán como requisitos para aceptar la petición de reconocimiento legal de la identidad de género, certificaciones médicas ni psicológicas u otras que puedan resultar irrazonables o patologizantes, como cirugía de reasignación de sexo, esterilización o terapia hormonal, constancias psicológicas, estado civil o cualquier otro. Tampoco se exigirá una sentencia judicial como requisito para realizar el trámite de rectificación de imagen, nombre, género o sexo en personas menores de edad. La solicitud de cambio registral se podrá realizar desde los 12 años.

- En materia sanitaria indica que se deberá crear un protocolo de atención a personas intersex que garantice el respeto a sus derechos humanos y que contemple de manera particular las necesidades de las personas menores de edad. Además, establece que las personas trans, no binarias, de género diverso e intersex de todas las edades tienen derecho a acceder a la hormonización baja, intermedia o alta, a través de las vías de administración que mejor se adapten a su estado de salud; acceder a bloqueadores de hormonas u otros bloqueadores, especialmente durante su infancia y adolescencia conforme al principio de autonomía progresiva de la persona menor de edad y a realizarse las cirugías necesarias para garantizar los derechos reconocidos en la presente ley y procedimientos de remoción del vello permanente, cuando así la persona lo decida.

5.4. Caso de Colombia

En Colombia, la Corte Constitucional ha garantizado los derechos fundamentales de las personas transgénero pronunciándose en diversas sentencias en torno a materias como la definición de la identidad de género, el derecho a no ser discriminadas en razón de ella, a la salud, a la vida en condiciones dignas, a la integridad física, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía personal, a la igualdad y a la dignidad humana.

Tabla 1. Síntesis de contenido de las principales sentencias de la Corte Constitucional de Colombia en materia de personas transgénero

SENTENCIA	SÍNTESIS DE CONTENIDO
Sentencia T-218 de 2022[110]	Reconoce la autonomía de los menores para tomar decisiones sobre su identidad de género, destacando el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la libertad sexual y señala que cuando niños, niñas y adolescentes transgénero desean acceder a terapias hormonales para reafirmar su identidad, el Estado, a través del sistema de salud, tiene la responsabilidad de garantizarles acceso a estos tratamientos, sin imponer barreras injustificadas.
Sentencia T -231 de 2021[111]	La Corte Constitucional aclaró que no existe un paquete único y estandarizado para el proceso de afirmación de la identidad sexual y de género de las personas Trans, sino que en cada caso los médicos especializados son quienes deciden cuál es el plan de manejo adecuado.
Sentencia T-675 de 2017[112]	Reconoce el derecho al libre desarrollo de la personalidad lo que garantiza a las personas trans escoger libremente su plan de vida acorde a su identidad de género y manifestarlo públicamente sin discriminación alguna. Considera que los menores de edad pueden tomar decisiones concernientes a su identidad de género, afirmando que deben ser tratados siempre como sujetos plenos de derechos.
Sentencia T-099 del 2015[113]	Exhortó al Congreso de la república a considerar una ley de identidad de

[110] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-218-22.htm
[111] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-231-21.htm
[112] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-675-17.htm

	género para proteger los derechos fundamentales de las personas trans.
Sentencia T-476 de 2014[114]	La Corte consideró que a una mujer trans no le es exigible presentar la libreta militar, por cuanto si ella se reconoce como mujer, y con base en ello ha construido su vida pública y social, no es exigible un requisito de un género con el que no se identifica.
Sentencias T-063 de 2015[115], T-918 de 2012[116] y T-231 de 2013[117]	Garantizan el derecho a la identidad de género al reconocer que las personas trans tienen derecho a modificar su sexo, siempre que se cuente con las pruebas médicas o sicológicas que sustenten la petición, y el Estado debe garantizar el acceso a estos cambios en forma digna.
Sentencia T-522 de 2013[118]	La Corte Constitucional reitera que en los casos de tratamientos invasivos se debe contar con el consentimiento de la persona menor de edad teniendo en consideración el desarrollo evolutivo de las y los menores de edad sin que pueda darse una respuesta tajante a la cuestión de hasta qué edad se debe esperar para que un menor pueda autorizar las intervenciones quirúrgicas y hormonales asociadas a un proceso de definición de identidad de género. Por ello, no es aceptable dilatar la atención a una persona menor de 18 años hasta la mayoría de edad, sino que se debe garantizar que exista un proceso de información adecuada y comprensible, sin que la voluntad de sus padres/madres pueda sustituir la de la persona que va a ser objeto de la intervención quirúrgica.
Sentencia T-771 de 2013[119]	En este caso la Corte protegió los derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la vida en condiciones dignas, a la integridad física y a la salud de una mujer transgénero. El tribunal ordenó la práctica de mamoplastia de aumento como parte del proceso de reafirmación sexual, considerando que esta era la forma como las mujeres trans construyen su propio concepto de feminidad, resaltando que las identidades de género no podían ser estigmatizadas como desórdenes, enfermedades o anormalidades.
Sentencias T-876 de 2012[120] y T-918 de 2012[121]	Garantiza a las personas trans, los derechos a la identidad de género y a la salud. Con estas sentencias se ordenó la cirugía de reasignación de sexo en consideración a que la falta de correspondencia entre la identidad asumida por las accionantes y su fisionomía podría conllevar una vulneración de su dignidad porque no le era posible vivir de una manera acorde su proyecto a de vida.
Sentencia T-062 de 2011[122]	La Corte amparó el derecho a la autonomía personal y reiteró la prohibición de todo tipo de discriminación basada en la identidad de género y la orientación sexual. En este caso, una mujer transexual estaba cumpliendo una pena de prisión y se le impedía tener el cabello, el maquillaje y determinadas prendas de vestir correspondientes a su identidad de género. La Corte consideró que la peticionaria usaba tales elementos para ejercer su derecho a la autonomía personal y que la privación injustificada de los mismos conllevaba a la vulneración de los derechos a la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la igualdad.

[113] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-099-15.htm#:~:text=T%2D099%2D15%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=La%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20y,se%20apropia%20de%20su%20sexualidad.
[114] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-476-14.htm#:~:text=Toda%20persona%20tiene%20derecho%20al,igual%20salario%20por%20trabajo%20igual
[115] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-063-15.htm
[116] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-918-12.htm
[117] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-231-13.htm
[118] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-522-13.htm
[119] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-771-13.htm
[120] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-876-12.htm
[121] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-918-12.htm
[122] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-062-11.htm

En 2016, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) de Colombia expidió un nuevo reglamento general para las cárceles del país, el cual incluye lineamientos para la atención en salud de las personas trans privadas de la libertad. Esta Resolución estableció que las personas trans que se encuentren en tratamiento hormonal o que tengan problemas de salud derivados de transformaciones corporales, antes o durante el tiempo que se encuentren privadas de la libertad, deben recibir atención integral en salud.

El Decreto 762, de 2018, dictado por el presidente Iván Duque es un instrumento jurídico que instala una política pública que busca permitir que las personas con orientación sexual e identidad de género diversas puedan ejercer efectivamente sus derechos económicos, sociales, culturales, de salud, educación, trabajo, vivienda, recreación, deporte y cultura.

En el mes de julio de 2024, la senadora Lorena Ríos Cuéllar de la coalición MIRA – Colombia Justa libres, presente un proyecto de ley "Por medio del cual se dictan los lineamiento en la prestación de servicios de salud de menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugías de afirmación de sexo y se dictan otras disposiciones" ¡Con mis hijos no te metas! En términos generales, busca prohibir los tratamientos señalados en su encabezado en menores de 18 años.

En el mes de agosto de 2024 ingresó a la Cámara de Representantes un proyecto de ley denominado "Ley Integral Trans", el cual entre otras materias, busca garantizar el acceso a tratamientos en la salud física y mental, mejorar la atención en las zonas rurales, fortalecer la inclusión educativa, generar más oportunidades laborales y la exención del servicio militar.

El 20 de septiembre pasado la Superintendencia de Salud emitió una circular externa (CE 2024150000000011-5 de 2024) para que prestadores de los servicios de salud brinden una atención integral a la población trans en Colombia. En ella se establece una especial focalización que considera que las personas trans presentan características particulares, sociales, culturales, étnicas, económicas y/o físicas, por las cuales presentan mayor exposición a vivir situaciones de discriminación, pobreza y vulneración a su derecho fundamental a la salud; por ello, se deberá tener en cuenta la integración y articulación de la atención en salud entendiendo las necesidades diferenciales que pueden emerger en la intersección con otras condiciones de especial protección.

La circular hace una referencia particular a las infancias y adolescencias trans, indicando que por encontrase en un proceso de desarrollo, sus necesidades específicas incluyen acceso a servicios de salud mental, educación en salud sexual y reproductiva, acompañamiento a sus grupos familiares o redes de apoyo social y apoyo para la afirmación o reafirmación de género. La relevancia de esta población focalizada dice relación con que el Estado debe asegurar un desarrollo saludable y apoyo en la afirmación de identidad y/o expresión de género en estas etapas del ciclo de vida, en relación con la toma de decisiones en salud y el derecho al consentimiento informado de NNA.

De otro lado, en el año 2021, la Alcaldía de Bogotá implementó una Estrategia de reconocimiento y caracterización de situaciones de salud para la atención integral de personas trans y no binarias, y al año siguiente presentó un modelo de atención integral en salud elaborado de acuerdo a las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en relación con las atenciones en salud individuales por momento de curso de vida. En lo que respecta a la atención de NNA trans, las intervenciones se organizan de manera diferenciada, según las siguientes etapas:

- Primera infancia: incorpora una completa anamnesis que debe considerar la eventual exposición o presencia de factores de riesgo, se basa en el respeto al derecho de auto denominación del niño/a durante el proceso de atención de salud, incluye una batería de preguntas dirigidas a padres o cuidadores e incluye acciones para la garantía del respeto de una sexualidad y género diverso, a través de una atención personalizada, interdisciplinar y especializada con psicología, trabajo social, medicina familiar, enfermería, terapia ocupacional y aquellas que se requieran. Reconoce que los principales riesgos en salud detectados en la infancia trans son: desorientación sobre su identidad de género, depresión y ansiedad, pensamientos suicidas, exclusión y violencia del grupo familiar, baja autoestima, bullying.

- Adolescencia: en esta etapa igualmente se propone una anamnesis detallada explicando al adolescente la importancia de las preguntas realizadas y que es él o ella quien decide si recibe la atención con familiares o acompañantes. Se considera indagar sobre la necesidad y deseo de iniciar procesos de terapia hormonal por parte del adolescente y los padres. El profesional debe resolver dudas, inquietudes, aclarar mitos y suministrar información, relevando además la necesidad de acudir a intervenciones de apoyo psicosocial como medidas preventivas y preparación para el inicio del proceso. Se debe remitir a educación individual y a educación familiar para resolver inquietudes e informar sobre el derecho a intervenciones o procedimientos, sobre posibles desenlaces, sobre interacciones con medicamentos, entre otros aspectos. El tratamiento con análogos GnRH en adolescentes debe iniciarse cuando aparecen los primeros cambios físicos de la pubertad (estadio 2 de Tanner), confirmándose con la medición de niveles puberales de testosterona o estradiol.

5.5. Caso de Brasil

La Resolución No. 12 del Consejo Nacional de Combate a la Discriminación y Promoción de los Derechos de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales estableció, en el año 2015, el régimen legal del uso del "nombre social", así como el uso de uniformes, baños, vestuarios y demás espacios segregados por género de acuerdo con la propia identidad de género. Esta resolución también aplica para procesos de admisión a las instituciones y sistemas de enseñanza. Posteriormente, la Resolución No. 1 del Ministerio de Educación instituyó, en 2018, el uso del nombre social de travestis y transexuales en los registros escolares, tanto para personas mayores como menores de 18 años.

El Consejo Federal de Psicología emitió la Resolución No. 1 del 29 de enero de 2018, que busca actuar como código de ética para el trato de personas trans, desde una lógica no patologizante. En virtud de esta resolución, las personas que se desempeñen como profesionales de la psicología "no deberán ejercer ninguna acción que favorezca la patologización de las personas transexuales y travestis" y reconocerán la autodeterminación de su identidad de género. Además, la resolución prohíbe proponer, realizar o colaborar con eventos o servicios privados, públicos, instruccionales, comunitarios o promocionales que, bajo una perspectiva patologizante, promuevan terapias de conversión de las personas transexuales y travestis.

En materia sanitaria, en el año 2013, el Ministerio de Salud dicta la Ordenanza 2803, que redefine y amplía el proceso de transexualización en el Sistema Único de Salud (SUS). El proceso se desarrolla con las siguientes características:

- Integralidad de la atención a transexuales y travestis, no restringiendo o centralizando el objetivo terapéutico a las cirugías de transgenitalización y otras intervenciones somáticas;
- Trabajo en equipo interdisciplinario y multiprofesional;
- Integración con las acciones y servicios en respuesta al Proceso de transexualización, con el cuidado como puerta de entrada en la salud primaria, incluida la recepción y humanización de la atención libre de discriminación, a través de la concienciación de los empleados y otros usuarios de la unidad de salud para el respeto de las diferencias y de la dignidad humana, a todos los niveles atención.

Las modalidades de atención que se contemplan, son:

- Modalidad ambulatoria: que consiste en acciones sin necesidad de hospitalización que son de seguimiento clínico, pre y postoperatorio y terapia hormonal, dirigida a promover la atención especializada en el Proceso de Transexualización, las cuales se realizan en un establecimiento de salud registrado en el Sistema del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (SCNES) que cuenta con condiciones técnicas, instalaciones físicas y recursos humanos idóneos.
- Modalidad hospitalaria: que incluye acciones dentro del ámbito del hospital, como cirugías y seguimiento previo y postoperatorio, con el objetivo de promover la atención especializada en el Proceso de Transexualización, es igualmente llevado a cabo en establecimiento de salud registrado en el SCNES que tenga condiciones técnicas, instalaciones físicas y recursos humanos adecuados.

Los derechos a la salud integral para las/los adolescentes se encuentran garantizados en la Constitución Federal de 1998 y en la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Además, el Estatuto de Infancia y Adolescencia, es la principal herramienta normativa para proteger sus derechos a la vida y a la salud, así como a la expresión, la escucha activa por un equipo interprofesional, la preservación de su autonomía, identidad y protección. El reconocimiento del "nombre social" es un derecho reconocido en la SUS.

Junto a las Directrices Nacionales para la Atención Integral de la Salud de Adolescentes y Jóvenes en la Promoción, Protección y Recuperación de la Salud , hay que señalar la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (LGBTI+) que fue instituida por el Ministerio de Salud a través del Decreto N.° 2.836, del 1 de diciembre de 2011, e incluye la responsabilidad articulada entre las entidades federativas en las estrategias que promueven la atención integral en salud de los adolescentes trans con base en la acogida y el apoyo no patologizante.

Respecto de la atención a NNA transgénero, la Resolución N.° 2.265, del 20 de septiembre de 2019, prevé la atención a través de especialidades que atiendan las necesidades del denominado Proyecto Terapéutico Singular (PTS). En la pre-pubertad, se orienta el acompañamiento por el equipo; en la pubertad, existe la posibilidad del bloqueo hormonal para impedir la aparición de caracteres sexuales secundarios, con el consentimiento del equipo y responsables legales; y, a partir de los 16 años, existe la posibilidad de hormonización cruzada para la feminización o masculinización, previo consentimiento informado.

La norma reduce la edad mínima para la cirugía de adecuación sexual de 21 a 18 años. Las cirugías para la afirmación de género de hombre a mujer son: neovulvovaginoplastia (que se puede realizar utilizando diferentes técnicas descritas en la Resolución a partir de la evaluación del paciente); y el aumento de senos. A su vez, los procedimientos de afirmación de género de mujer a hombre incluyen la mastectomía bilateral; cirugías pélvicas (histerectomía y ooforectomía bilateral); y cirugías genitales (neovaginoplastia y faloplastia mediante metoidioplastia – rectificación y alargamiento del clítoris, después de la estimulación hormonal).

La resolución prohíbe la realización de procedimientos hormonales o quirúrgicos en personas diagnosticadas con trastornos mentales graves. También, requiere que los pacientes sean conscientes de los beneficios y riesgos involucrados en el proceso, como la posibilidad de esterilidad. En este sentido, cualquier trámite debe iniciarse solo después de firmar un consentimiento libre e informado. En el caso de menores de 18 años, también es necesario presentar un término de asentimiento.

5.6. Caso de Uruguay

Desde el año 2009, Uruguay reconoce la identidad de género como un derecho. Lo hizo de forma pionera en América Latina, a través de la Ley Nº 18.620, que configuraba un procedimiento judicial para adecuar los datos consignados en los documentos oficiales con la identidad de género. Para ello, era requisito acreditar la existencia de una discordancia entre los datos registrados y la propia identidad de género, así como, la estabilidad de dicha disonancia durante, al menos dos años. Aunque no se exigía cirugía de reasignación sexual, el requisito asociado al tiempo de disonancia desaparecía si esta se había producido.

En el año 2012, el Estado uruguayo comienza un trabajo de incorporación de la identidad de género en las políticas públicas. Como parte de este proceso, el año 2016 se lleva a cabo el Primer Censo Nacional de Personas Trans, con el objetivo de romper

el círculo de invisibilidad de identidades no heteronormativas, y revisar las prácticas que tiene el Estado en materia de discriminación, dejando en evidencia en qué medida cumple con las obligaciones de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de estas personas.

En 2018, la Ley N°18.620 fue derogada por la Ley N°19.684 denominada Ley Integral para Personas Trans. La nueva norma define el derecho a la identidad de género como aquel derecho al libre desarrollo de la personalidad conforme a su identidad de género, independientemente del sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro. Además, considera el derecho de las personas, mayores y menores de edad, a ser identificados en la forma que reconozca plenamente su identidad de género y que así conste en los documentos oficiales de identificación.

El objeto principal de la ley es garantizar una vida libre de discriminaciones y estigmatizaciones, estableciendo medidas y políticas públicas en el ámbito cultural o educativo y regulando procedimientos para que las personas que lo deseen puedan proceder al cambio de nombre y sexo en sus documentos. Asimismo, la norma declara de interés general el diseño, la promoción y la implementación de políticas públicas y acciones afirmativas tendentes a reconocer y reparar la discriminación y estigmatización histórica de las personas trans.

Asimismo, establece que se debe incorporar la variable "identidad de género" en todos los sistemas oficiales de información estadística, incluidos los censos, las encuestas continuas de hogares, los informes de la Oficina Nacional del Servicio Civil y todas las mediciones públicas que releven la variable "sexo".

Respecto de la adecuación registral para menores de edad, éstos deben contar con la autorización de sus representantes legales, bastando el consentimiento de uno de ellos. En el caso de ser menor de 13 años, deberá acreditar además un proceso de evaluación realizado por profesionales idóneos. En el caso de los menores que no obtengan la autorización de los padres o representantes legales, la ley considera alternativas de reclamación, respaldadas por el Código de Niñez y Adolescencia.

La norma establece además compromisos y obligaciones en los ámbitos de educación, capacitación y empleo, cultura, vivienda, protección social y reparación.

Específicamente en materia de salud, prohíbe expresamente toda forma de discriminación que anule o menoscabe el derecho al acceso a los servicios de salud de las personas trans. Adicionalmente, indica la necesidad de contar con guías y protocolos de actuación para atender sus necesidades sanitarias específicas, junto a la conformación de equipos multidisciplinarios, especializados en identidad de género y diversidad sexual.

En el artículo 21 señala que toda persona trans tiene derecho a una atención integral para adecuar su cuerpo a su identidad de género, que comprenda como mínimo todos los programas y prestaciones necesarias, incluidos los tratamientos médico-quirúrgicos. Para que las personas menores de dieciocho años accedan a intervenciones quirúrgicas genitales irreversibles con el fin de adecuar su cuerpo a su identidad de género, la autorización de los representantes legales es obligatoria.

A través del Reglamento 104/019 del 2019 se regulan las materias específicas de la ley integral; el procedimiento para cambio o adecuación de nombre registral, beneficios reparatorios para personas trans nacidas antes del año 1975, cuotas en cupos de empleo, becas y beneficios estudiantiles. En la atención de salud se debe garantizar un proceso de acompañamiento en procesos de transición, que se despliegue en todos los niveles de la atención sanitaria.

La Guía Clínica para la hormonización de personas trans, del año 2016 (aún vigente), tiene como objetivo fortalecer a los equipos de salud en su capacidad de dar respuesta a cada usuaria/o trans que promueva una atención integral centrada en la persona, y respete la autonomía, desde el paradigma de la despatologización de las identidades trans. Formaliza la atención a personas trans en todos los niveles del Sistema Nacional Integrado de Salud. Luego, protocoliza los procesos de hormonización feminizante y masculizante y establece medidas de abordaje nutricional y psicológico en esta etapa.

Respecto de la hormonización en menores de edad, hace referencia al principio de autonomía progresiva, indicando que es criterio para iniciar el tratamiento tener el grado de madurez necesario para la toma de decisiones de forma válida. Rigen aquí los mismos criterios que para las demás consultas médicas y de salud sexual y reproductiva. La madurez, en el caso de los adolescentes, es valorada por el médico/a de referencia. La Guía advierte que las y los adolescentes deben tratarse considerando que la identidad de género puede evolucionar en esa etapa de vida. Cuando la disconformidad es intensa y permanece en el tiempo, se recomendará el tratamiento para suprimir el desarrollo puberal, pero no antes de los estadios 2-3 de Tanner y antes de la aparición de las características sexuales irreversibles.

En el año 2022, la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), elaboró una Guía para el abordaje de infancias y adolescencias trans en el primer nivel de atención de salud, cuyo propósito es entregar herramientas para un adecuado acompañamiento y seguimiento en la atención de salud a las infancias y adolescencias trans en este nivel de atención. La pauta contiene recomendaciones específicas respecto a la consulta, el registro de la historia clínica, los exámenes físicos y de laboratorio. Luego se identifican los roles del médico de referencia y del área psicosocial. Se precisa el abordaje endocrinológico, en materias de inhibición puberal y terapia de hormonización cruzada. Respecto de estos cursos de acción, se señala que las decisiones se debe tomar en conjunto con el/la adolescente, el equipo interdisciplinario liderado por un endocrinólogo pediátrico. Si bien se releva la autonomía progresiva, la guía también destaca la importancia del apoyo y el acompañamiento familiar. Cualquier tratamiento de esta naturaleza requiere una evaluación clínica previa y la entrega completa y oportuna de información adecuada respecto a alcances y limitaciones del tratamiento de acuerdo a las expectativas, identificando complicaciones y efectos adversos.

El modelo uruguayo en materia de atención a infancias y adolescencias trans y género no conforme promueve un enfoque no patologizador, otorgando legitimidad a la vivencia de transición, planteando que los equipos de salud juegan un rol importante en el acompañamiento y aún más, como garantes de los derechos de NNA, promoviendo la autonomía en la toma de decisiones.

Una reciente evaluación realizada en 2023, por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) sobre los derechos de las personas LGBTIQA+, concluyó que los cambios normativos no han sido acompañados de los recursos necesarios para generar modificaciones institucionales, programáticos, presupuestales y de formación de los recursos humanos para asegurar a las personas LGBTIQA+ (de todas las edades, condiciones y lugares del país donde habitan) los servicios y atención necesarios. De allí que la exposición a situaciones que vulneren sus derechos es mayor en relación a la población general.

En el caso de las personas trans y género no conforme, destacan barreras en el ámbito de educación ya que mientras no se produzca el cambio de identidad legal, las instituciones educativas no están obligadas a referirse a las personas por su nombre y pronombres personales elegidos, quedando a discrecionalidad de direcciones de establecimientos y educadores. En materia de salud, el acceso a ciertas cirugías, como la masculinización pectoral y la colocación de implantes no están garantizados aunque esté establecido por ley porque a la fecha no han sido incorporadas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).

ANEXO I Disforia de género e incongruencia de género

Las siguientes tablas presentan las definiciones otorgadas a estos criterios diagnósticos por el DSM-5 y el CIE-11.

DISFORIA DE GÉNERO / DMS-5[123]	
Disforia de género en niños	A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1): 1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). 2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas. 3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo. 4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto. 5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto. 6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos. 7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual. 8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente. B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.
Disforia de género en adolescentes y adultos	A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes: 1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos). 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres secundarios previstos). 3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto. 4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). 5. Un fuerte deseo por ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). 6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

[123] Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Estados Unidos. ISBN 978-0-89042-551-0. Págs. 239-240. Dentro de los criterios diagnósticos de disforia de género se identifican, además, "Otra disforia de género especificada" y "Disforia de género no especificada".

INCONGRUENCIA DE GÉNERO / CIE-11[124]	
Incongruencia de género de la adolescencia y la edad adulta	Se caracteriza por una marcada y persistente incongruencia entre el género experimentado de un individuo y el sexo asignado, lo que a menudo conduce a un deseo de "transición" para vivir y ser aceptado como una persona del género experimentado, a través de tratamiento hormonal, cirugía u otros servicios de atención médica para hacer que el cuerpo del individuo se alinee, tanto como se desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado. El diagnóstico no se puede asignar antes del inicio de la pubertad. El comportamiento y las preferencias variantes de género por sí solos no son una base para asignar el diagnóstico.
Incongruencia de género en la infancia	Se caracteriza por una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado de un individuo y el sexo asignado en los niños prepúberes. Incluye un fuerte deseo de ser de un género diferente al asignado; una fuerte aversión por parte del niño hacia su anatomía sexual o a las características sexuales secundarias anticipadas y/o un fuerte deseo por las características sexuales primarias y/o secundarias anticipadas que coincidan con el género experimentado; y juegos, juguetes, juegos o actividades de fantasía o de fantasía y compañeros de juego que son típicos del género experimentado en lugar del sexo asignado. La incongruencia debe haber persistido durante unos 2 años. El comportamiento y las preferencias variantes de género por sí solos no son una base para asignar el diagnóstico.

[124] ICD-11 Coding Tool. Disponible en: ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS) (who.int)