

Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas Trans

Guía para profesionales de la salud.
Guía N° 01-2025



Ministerio de Salud y Protección Social

Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral en salud de personas Trans.

Guía nueva de atención 01-2025

ISBN:
Bogotá Colombia
Primera edición

La GPC ha sido financiada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El trabajo técnico del proceso para el desarrollo de esta GPC fue realizado de manera independiente por el grupo desarrollador de la guía.

Este documento debe citarse:
Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención en salud integral de personas Trans. Versión para profesionales de salud. Bogotá D.C. Colombia; 2025



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRIGUEZ

Viceministro de salud pública y prestación de servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZÁLEZ

Secretario General

MARITZA ISAZA ROJAS

Jefe de Oficina de Promoción Social

SANDRA CONSUELO MANRIQUE MOJICA

Directora de Promoción y Prevención

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRÍGUEZ

Directora de Epidemiología y Demografía

JHON EDISON BETANCUR ROMERO

Director Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELAEZ

Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

DAVID SCOTT JERVIS JALABE

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

CESAR LEONARDO PICON ARCINIEGAS

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

ANA MILENA MONTES CRUZ

Jefe de Oficina de Calidad

GRUPO DESARROLLADOR

Cheryl Catalina Buitrago Almanza

Médica de la Universidad del Tolima. Experta universitaria en Sexualidad Humana. Magíster en Promoción de la Salud Sexual y Magíster en Salud Sexual y Sexología Clínica. Magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Terapeuta de Cuidado Transgénero, ITCA, USA. Especialista en diversidad sexual y de género, enfoque diferencial, DSDR. Experta temática para el desarrollo de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social.

Jairo Lima

Médico, Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud. Experiencia en salud pública, gestión de calidad y desarrollo de guías de práctica clínica en el Ministerio de Salud y Protección Social.

Viviana Andrea Puerto Rojas

Médica, Especialista en Epidemiología Clínica. Experiencia en coordinación de gestión clínica, investigación aplicada y apoyo metodológico en el desarrollo de guías de práctica clínica para el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lina María Molina

Médica, Especialista y Magíster en Epidemiología de la Universidad Surcolombiana, y Máster en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos. Epidemióloga de campo FETP INS/TEPHINET, con experiencia en vigilancia epidemiológica, investigación, docencia y consultoría técnica en salud pública.

Ginna Paola Saavedra Martínez

Médica, Especialista en Epidemiología Clínica y en Evaluaciones Económicas en Salud. Experiencia en síntesis de evidencia, evaluación de tecnologías en salud y desarrollo metodológico de guías de práctica clínica.

EXPERTOS CLÍNICOS

Alvaro H. Rodríguez R.

Médico y cirujano, Universidad Libre. Cirujano General, Universidad Federal Fluminense. Cirujano Plástico Reconstructivo, Universidad Federal Fluminense. Fellow Microcirugía y reconstrucción en trauma, Ganga Hospital. Especialista en cirugías de afirmación de género. Fundador del Centro Especializado en Cirugía Mamaria y Cirugía Transgenero de Cali. Miembro de WPATH. Delegado por

Ana María Flórez Ríos

Médica y Cirujana. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia. Entrenamiento en salud integral de población Trans, Clínica de Género. Amsterdam UMC- Reino de Países Bajos. Curso en fundamentos y avanzado en atención médica de la WPATH. Miembro de la WPATH. Delegada por Profamilia.

Ariana Margarita Sierra Osorio

Médica y Cirujana. Especialista en Medicina Interna de la Universidad El Bosque. Subespecialista en Endocrinología del Hospital San José de Bogotá, FUCS. Parte del grupo multidisciplinario para el manejo de pacientes con incongruencia

de género San José. Endocrinóloga de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Delegada por la ACE - Asociación Colombiana de Endocrinología

Carlos José Ariza

Médico geriatra, Unidad de Geriatria, Hospital Universitario San Ignacio y Clínica del Country – Bogotá. Profesor clínico adjunto de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Presidente Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria (ACGG) 2024 – 2026. Delegado por la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.

Diana Catalina Jaramillo González

Médica y Cirujana general UPB. Ginecóloga y Obstetra UPB. Ginecóloga endocrinóloga UPB. Entrenamiento en hormonoterapia transgénero, Hospital Gutierrez, La Plata Argentina. Entrenamiento en Cirugía de piso pélvico FUCS, Cúcuta. Delegada por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG

Diana Marcela Quevedo Gualteros

Médico Cirujano, Universidad Militar Nueva Granada. Especialización Medicina Estética

y Aplicación Láser, Universidad del Rosario. Diplomado Tricología, Universidad del Rosario. Diplomado ecografía cutánea, FUCS - SOCOLME. SOCOLME Sociedad Colombiana de Especialistas en Medicina Estética miembro fundador y actual Presidente. Delegada por SOCOLME.

Diego Riatiga Ibáñez

Médico y cirujano de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en Urología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Urólogo Reconstructivo y Cirujano de Trasplante Renal del Hospital de San José. Profesor de postgrado de Urología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y de la Fundación Universitaria Sanitas. Jefe del Servicio de Urología de la Clínica Infantil Santa María del Lago. Delegado por el Hospital San José.

Diva Cristina Castro Martinez

Médica y Cirujana, Universidad del Cauca. Especialista en Medicina Interna, Universidad de Antioquia. Especialista en Endocrinología, Universidad del Rosario. Endocrinología Unidad de Enfermedades Crónicas Servicio de Endocrinología. Hospital San Vicente Fundación Medellín. Miembro del Grupo Multidisciplinario de Disforia de Género. Miembro de la Asociación Colombiana de Endocrinología Capítulo Noroccidente. Delegada

por el Hospital San Vicente Fundación.

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Psicólogo; Magíster en Sociología (Universidad del Valle) y Doctor en Educación (Universidad de Brasilia). Profesor y coordinador de investigación en la Facultad de Psicología, Universidad Antonio Nariño (sede Cali). Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Diversidad Sexual de la Sociedad Interamericana de Psicología. Editor temático de la Revista Interamericana de Psicología. Miembro del Comité Permanente de Política Pública en Diversidad Sexual y Asuntos de Género del Colegio Colombiano de Psicología. Delegado por el Colegio Colombiano de Psicología.

Jorge Ernesto Cantini

Médico cirujano de la Universidad Javeriana.. Especialista en Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano de la Universidad Militar. Jefe del servicio de Cirugía Plástica del Hospital San José. Coordinador del programa de Cirugía Plástica de la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. Miembro del grupo de Disforia de Género del Hospital San José. Delegado por el Hospital San José.

German Patiño

Médico Urólogo de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en cirugía reconstructiva genital de la Universidad de California San Francisco. Coordinador del

programa Transdisciplinar del Hospital Universitario San Ignacio. Profesor Asistente 2 Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Delegado por el Hospital Universitario San Ignacio

Gustavo Perdomo

Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Psiquiatría de la Universidad Militar Nueva Granada, estudiante de Maestría en Investigación Clínica programa compartido Harvard University (USA) - Universidad de Dresden (Alemania), estudiante de la Maestría en Bioética y Ética de la Investigación de la Universidad de los Andes, profesional certificado por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Delegado por la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Hernando Restrepo Payán

Médico-cirujano, Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín. Magister en Sexología clínica. Académico de la Academia Internacional de Sexología Médica - AISM. Becario de entrenamiento en Salud integral de personas Trans, Clínica de género de Amsterdam UMC, Países Bajos. Miembro de la World Association of Medical Sexology -WAMS. Delegado de la Asociación Colombiana de Salud Sexual - ACSEX.

Hernan Alonso Aponte Varón

Médico cirujano, Universidad del Rosario. Especialista en Urología, Universidad del Rosario. Especialista en Docencia, Universidad del Rosario. Profesor titular de Urología, FUCS. Jefe del servicio de Urología, Hospital San José. Expresidente de la Sociedad Colombiana de Urología. Delegado de la Asociación Colombiana de Urología.

Henry Tovar Cortes

Médico Internista y Endocrinólogo. Médico cirujano de la Universidad Surcolombiana de Neiva; especialista en Medicina Interna y Endocrinología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) – Hospital de San José, Bogotá. Diplomado en Docencia Universitaria y docente de Medicina Interna y Endocrinología en la FUCS. Miembro de la Endocrine Society y de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Fundador y coordinador del Grupo de Disforia de Género del Hospital de San José – FUCS

Jose Luis Rojas Urquijo

Médico y Cirujano. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Ginecología Endocrinológica. Becario de Entrenamiento en salud integral de población Trans, Clínica de Amsterdam UMC, Reino de Países Bajos. Miembro de la WPATH. Hospital Militar Central. Delegado por Profamilia.

Karen Lorena Palacios Bayona

Medicina general, Universidad de Antioquia. Especialista en Medicina Interna, Universidad del Valle. Subespecialista en Endocrinología, Universidad de Antioquia. Especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Delegada por la Asociación Colombiana de Endocrinología, diabetes y metabolismo.

Lilian Patricia Rubiano Paiva

Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Ginecología Infantojuvenil. Mg. en Salud Sexual y Reproductiva. Directora y docente Postgrado Ginecología y Obstetricia Univ. Tecnológica de Pereira. Coordinadora Comité Infanto juvenil Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Delegada por la Federación Colombiana Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG

Liliana Bejarano Barragán

Médica general de la Universidad Libre, seccional Cali. Especialista en medicina familiar de la Universidad del Valle. Maestrante de Salud Pública Universidad del Valle. Médica familiar del programa Campus Diverso de la Universidad del Valle. Delegada por la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar SOCMEF.

Liliana Arias Castillo

M.D., MD Ed, Mg. Médica Familiar. Sexóloga Clínica Humanista. Profesora Titular Distinguida de la Universidad del Valle. Directora

Servicio de Salud. Universidad del Valle. Fundadora ACSEX 2019. Fundadora Campus Diverso de la Universidad del Valle 2016. Co-fundadora ACSEX. Ex-Becaria entrenamiento Clínica de Género de Amsterdam, 2024. Delegada por la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar - ACSEX

Laura Valentina Delgado Merchan

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Maestría en Psicología en Clínica de la UNC. Psicóloga clínica en el Hospital Universitario San Ignacio. Coordinadora de Psicología Clínica, miembro de la Junta Transdisciplinar para la atención integral de pacientes transgénero y con identidades diversas. Docente asociada de la Universidad Javeriana con estudiantes de pregrado en Psicología. Delegada por el Hospital Universitario San Ignacio.

Mario Angulo Mosquera

Médico de la Universidad Javeriana. Especialista en Pediatría de la Universidad del Valle. Endocrinólogo pediatra de la Universidad de Barcelona. Director del departamento de Endocrinología Pediátrica Clínica de la clínica Valle del Lili de la ciudad de Cali. Director Clínica de género para niños y adolescentes de la Clínica Valle del Lili de la ciudad de Cali. Delegado por la Clínica Valle de Lili.

Samantha Muñoz Osorio

Médica, Universidad del Quindío. Especialista en Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Subespecialista en Endocrinología Pediátrica Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro activo del ACCEP, Presidenta de la regional Eje Cafetero de la ACCEP. Profesora titular postgrado pediatría Universidad del Quindío. Delegada por la Asociación

Colegio Colombiano de Endocrinología Pediátrica.

Wilmer Hernández Lizarazo

Médico-cirujano, ginecólogo y obstetra. Ginecología Endocrinológica. Magister en educación superior en salud. Becario de entrenamiento en salud integral de personas trans, Clínica de género de Ámsterdam UMC, Países Bajos. Docente e investigador. Delegado de la Subred Norte de Bogotá

REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA (OBC) Y SOCIEDAD CIVIL

Emma Espinoza Peraza

Profesional en Psicología. Cofundadora de la Colectiva Memoria Trans, la cual se enfoca en la defensa de derechos humanos para las personas Trans y No binarias. Referente LGBTI y ASP de la Secretaría Distrital de Ambiente, manejando las dos Políticas Públicas.

Anthony Nabetse Contreras

Licenciado en Educación de la Universidad del Magisterio. Activista por los derechos humanos con más de once años de experiencia en la defensa de

los derechos de las diversidades sexuales y de género. Ha liderado procesos comunitarios en Cundinamarca orientados al derecho a la salud y la inclusión de hombres trans.

Fue presidente de la Red Departamental LGBTIQ+ de Cundinamarca (hasta febrero de 2025) y participa en la Mesa LGBTI de Madrid, donde se ha destacado como el primer hombre trans en liderar estos espacios, promoviendo acciones afirmativas y el reconocimiento de las personas trans y las familias diversas.

**GRUPO REVISOR
MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**

David Leonardo de la Cruz Salazar

Coordinación Grupo de Gestión Integral en Promoción Social, Oficina de Promoción Social

Diana Carolina Ramírez Merchán

Grupo para la Gestión Integral de la Salud Mental

Diego Quiroga Díaz

Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Dirección de Promoción y Prevención

Juan Diego Rojas Robayo

Grupo de Gestión Integral en Promoción Social, Oficina de Promoción Social

Luis Eduardo Correa Perdomo

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Martha Janeth Mojica Monroy

Coordinación Grupo Gestión de la Calidad en Salud

Monica Genith Castro Hernandez

Coordinación Grupo Curso de Vida

Nathalia Carolina Rodríguez Martínez

Coordinación Grupo Gestión Integral para la Salud Mental

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Coordinación Grupo Convivencia Social y Ciudadana

Ricardo Luque Nuñez

Coordinación Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Dirección de Promoción y Prevención

Organizaciones participantes



ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

La revisión y actualización de esta guía deberá realizarse en 5 años, o antes, de acuerdo con la publicación de evidencia relevante que pueda cambiar el contenido, fuerza o dirección de las recomendaciones vigentes. Esta decisión está sujeta a las consideraciones del organismo gestor, de acuerdo con los lineamientos del manual metodológico del Ministerio de Salud y Protección Social.

Listado de abreviaturas

AGREE	Evaluación de Guías de Práctica Clínica, Investigación y Evaluación (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation)
AGREE-R EX	Evaluación de Guías de Práctica Clínica, Investigación y Evaluación – Excelencia en Recomendaciones (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation – Recommendations Excellence)
APA	Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association)
CIE10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión
CIE11	Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª versión
DSM5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
EtD	Evidencia de la decisión (Evidence to Decision)
GDG	Grupo desarrollador de la guía
GM	Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRADE	Calificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LGBTI+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y otras identidades de género y orientaciones sexuales diversas
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OBC	Organización de Base Comunitaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PSA	Antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen)
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RNV	Recién nacidos vivos
RSL	Revisión Sistemática de la Literatura
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UAP	Unidad de Atención Primaria
UPC	Unidad de Pago por Capitación
WPATH	Asociación Profesional Mundial para la Salud de Personas Transgénero (World Professional Association for Transgender Health)

Glosario de términos

Afirmación de género

Es un término amplio que abarca los procesos que una persona puede llevar a cabo para vivir y expresarse de manera congruente con su identidad de género. Este proceso es individual y puede incluir sólo ciertos aspectos (sociales, médicos, quirúrgicos, legales) según las necesidades y deseos de la persona (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [1,2]).

Bloqueadores de pubertad

Son medicamentos que suspenden temporalmente el inicio de la pubertad, retrasando el desarrollo de las características sexuales secundarias en adolescentes que experimentan discordancia de género o disforia de género (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [2]).

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia se refiere al grado en que el diseño, la conducción y el análisis de un estudio minimizan los errores sistemáticos (sesgos), garantizando resultados confiables y válidos que pueden ser aplicados en la toma de decisiones clínicas [3,4,5].

Calidad metodológica

La calidad metodológica es el grado en que el diseño, la conducción y la implementación de un estudio han prevenido errores sistemáticos (sesgos), asegurando la validez de los resultados. Las variaciones en la calidad metodológica pueden explicar discrepancias entre los resultados de los estudios incluidos en una revisión sistemática. Los estudios con mayor rigor metodológico tienen una mayor probabilidad de proporcionar resultados más cercanos a la verdad y con mayor aplicabilidad [4,5].

Cirugía de afirmación de género

Se refiere a una serie de procedimientos quirúrgicos que algunas personas transgénero pueden elegir para definir sus características físicas concordantes con su identidad sexual y de género (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [1,2]).

Declaración de conflicto de intereses

La declaración de conflicto de intereses es una manifestación explícita realizada por los participantes en un informe, estudio o revisión de evidencia, en la que se detallan los intereses personales, financieros, profesionales o de otra índole que podrían influir o haber influido en el diseño, los resultados o la interpretación de dicho informe, con el fin de garantizar la transparencia y la integridad científica [6].

Discordancia de género

Describe una falta de alineación, correspondencia o diferencia entre el género asignado al nacer y el género con el que una persona se identifica, sin implicar necesariamente angustia o la necesidad de intervenciones sociales, médicas, quirúrgicas o legales (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [1,2]).

Disforia de género

Es la angustia o el malestar que una persona puede sentir debido a la incongruencia entre su identidad de género y el sexo asignado al nacer, que persista por más de seis (6) meses [1,7,2].

Efectividad clínica

Es el grado en que una intervención, procedimiento, régimen o servicio logra el efecto previsto bajo condiciones normales de práctica clínica, en comparación con condiciones controladas. Evalúa la relación riesgo-beneficio de la intervención en un entorno clínico real, basándose en resultados relevantes para los pacientes, como la capacidad funcional, la calidad de vida o la prolongación de la vida (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [8,9]).

Efecto adverso

Es una consecuencia no deseada o no intencionada de una intervención médica o terapéutica [10].

EMBASE

Es una base de datos biomédica y farmacológica (Excerpta Medica Database) que contiene una amplia colección de publicaciones científicas, con un énfasis especial en revistas europeas. Su cobertura incluye desde 1947 hasta la actualidad [11].

Enfoque de atención centrada en la persona

Promueve la atención individualizada que coloca a la persona en el centro del proceso de cuidado, respetando sus valores, preferencias y necesidades específicas. Implica un enfoque integral, continuo y colaborativo en la atención sanitaria [12].

Enfoque basado en determinantes sociales de la salud

Reconoce que las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales influyen en la salud de las personas, comunidades y sectores. Este enfoque se centra en abordar las desigualdades estructurales e incluye los factores que determinan la salud [13,14,15].

Enfoque de curso de vida

Comprende la salud como un proceso continuo y acumulativo que abarca todas las etapas de la vida, considerando las interacciones entre factores biológicos, sociales, económicos y ambientales a lo largo del tiempo (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [16,13]).

Enfoque de derechos humanos

Se centra en la protección y promoción de los derechos fundamentales de las personas en el contexto de la atención en salud. Garantiza el acceso a servicios de salud de calidad, sin discriminación, respetando la dignidad, autonomía y las decisiones informadas de las personas, y promoviendo la participación activa en las políticas y decisiones que les afectan [17,18, 19, 20].

Enfoque bioético

Incorpora principios éticos como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia en la práctica sanitaria, promoviendo el bienestar de la persona y la equidad en la atención [21].

Enfoque de géneros

Reconoce que las desigualdades derivadas de las relaciones de poder entre géneros —incluidas las identidades binarias, no binarias y otras diversidades de género y sexualidad— impactan de manera diferenciada la salud, el acceso y la experiencia de atención. (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [22,23,2]).

**Enfoque
intercultural**

Busca integrar y respetar las prácticas, valores y creencias culturales de las comunidades en la atención en salud, promoviendo un diálogo entre los sistemas de salud occidental y los saberes tradicionales [24].

**Enfoque
basado en
evidencia**

Promueve la toma de decisiones en salud fundamentada en la mejor evidencia científica disponible, combinada con la experiencia clínica y las preferencias de las personas [9,3].

**Enfoque de
seguridad del
paciente**

Busca minimizar riesgos y prevenir errores durante la prestación de servicios de salud, garantizando una atención segura y de calidad. Este enfoque implica identificar, evaluar y mitigar riesgos asociados a la atención en salud [25,26].

**Estrategia de
búsqueda**

Es la combinación planificada de fuentes, términos y límites que se utiliza para identificar información relevante en bases de datos o literatura científica, aplicada en revisiones sistemáticas o evaluaciones de tecnologías sanitarias [27,4,5].

**Evaluación de
calidad**

Es una función de medición y observación utilizada para determinar en qué medida la atención sanitaria cumple con los estándares establecidos o las directrices aceptables, identificando áreas de mejora para garantizar la seguridad y eficacia del cuidado [28].

Evento adverso

Es cualquier cambio negativo, no intencionado o patológico en las funciones anatómicas, fisiológicas o metabólicas, que ocurre durante un estudio clínico, independientemente de su relación causal con el tratamiento. Incluye exacerbaciones de condiciones preexistentes, enfermedades intercurrentes, interacciones farmacológicas o empeoramiento significativo de la enfermedad [29].

**Expresión de
género**

La forma en que una persona manifiesta su identidad de género a través de aspectos externos como la

vestimenta, peinados, lenguaje corporal, etc. Esta expresión puede o no coincidir con las normas culturales esperadas para su sexo asignado al nacer (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [2,22]).

Travesti: Persona que tiene una expresión de su género que no está tradicionalmente asociada con el sexo que le fue asignado al nacer o que desafía las normas.

Transformista: Persona que realiza una caracterización, generalmente de forma esporádica, o con un personaje continuo y en contextos específicos, adoptando expresiones de género que no están asociados con el sexo que le fue asignado al nacer, principalmente en el ámbito artístico, social, cultural o político.

Género

El género es un conjunto de factores que inicia desde la etapa prenatal con influencia biológica y se desarrolla y moldea con las construcciones socioculturales, que orientan los roles, comportamientos y atributos que una sociedad considera apropiados para hombres, mujeres u otras identidades de género diversas, en un espectro amplio entre lo femenino, masculino, no binario y otras diversidades (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [22,2]).

Género asignado

Es el género que se atribuye a una persona al nacer, basado en la observación de sus características físicas, como los genitales (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [2]).

Identidad de género

Es la vivencia interna y profundamente sentida del género de una persona, que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [2,22]).

Hombre cisgénero: Persona asignada masculina al nacer que se identifican como hombre.

Hombre trans/persona trans masculina: Persona asignada femenino al nacer (AFAN) cuya identidad de género es masculina.

Mujer cisgénero: Persona asignada femenina al nacer que se identifica como mujer.

Mujer trans/Personas trans femenina: Persona asignada masculina al nacer (AFAN) cuya identidad de género es femenina.

Persona no binaria: Persona cuya identidad de género no se ajusta a las categorías tradicionales de hombre o mujer.

Persona trans/ Transgénero: Persona cuya identidad de género no corresponde con el sexo que le fue asignado al nacer.

Transexual: Persona que busca realizar cambios en su género, mediante tratamientos hormonales o cirugía (entre otros), para alinear su cuerpo con su identidad de género asumida.

Travesti: Persona que tiene una expresión de su género que no está tradicionalmente asociada con el sexo que le fue asignado al nacer o que desafía las normas.

Intervalo de confianza (IC)

Representa el rango dentro del cual se espera que se encuentre el valor verdadero de un efecto, basado en los datos de un estudio. Se calcula considerando las diferencias observadas entre los grupos de tratamiento y control, así como el tamaño muestral. Generalmente, los IC se expresan con una probabilidad del 90%, 95% o 99%, indicando la confianza de que dicho intervalo incluye el verdadero valor. Si el intervalo incluye un efecto nulo (0,0 para diferencias absolutas o 1,0 para odds ratio o riesgo relativo), no se puede rechazar la hipótesis nula de que no existe efecto del tratamiento [30].

MEDLINE

Es una base de datos electrónica creada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos que recopila literatura biomédica desde 1948 hasta la actualidad, abarcando una amplia variedad de temas relacionados con la salud [31].

MeSH

El Medical Subject Headings (Descriptores de Ciencias de la Salud) es un vocabulario controlado utilizado para indexar y organizar artículos biomédicos en bases de datos como MEDLINE. Cada término MeSH permite identificar de manera precisa el contenido temático de los artículos [32].

Niveles de calidad de la evidencia

Agrupan estudios según su validez interna y libertad de sesgos. Estas jerarquías identifican cuáles estudios ofrecen mayor rigor y deben ser considerados prioritarios en una evaluación, especialmente en evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS) [4,5].

Orientación sexual

Se trata de la atracción sexual, erótica y/o afectiva que una persona siente hacia otras personas (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [18,20]).

Bisexual: Persona que siente atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia hombres y mujeres.

Heterosexual: Personas que sienten atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia personas de un género diferente al suyo.

Homosexual: Personas que sienten atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia personas del mismo género.

Pansexual: Persona que siente atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia otras personas independiente de su identidad de género, orientación sexual y/o sexo.

Asexual: Persona que no experimenta atracción sexual, erótica y/o afectiva hacia otras personas.

Prepubertad

Etapa del desarrollo que precede a la pubertad, caracterizada por la ausencia de maduración gonadal y de caracteres sexuales secundarios; en menores de edad asignadas femeninas, suele abarcar hasta la aparición del botón mamario (Tanner M2) y en menores de edad asignados masculinos, hasta el aumento testicular >3–4 mL (Tanner G2). No implica un umbral etario único, pues

existe variabilidad biológica e inter-poblacional (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [33,34]).

Pubertad

Proceso biológico de maduración sexual en el que se activan los ejes neuroendocrinos y aparecen los caracteres sexuales secundarios (p. ej., telarquia, pubarquia, crecimiento testicular, cambios en voz y masa muscular), con aceleración del crecimiento y culminación en la capacidad reproductiva. Clínicamente se estadifica mediante la escala Tanner (I–V) (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [33,34]).

Pubmed

Es un sistema de búsqueda desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos que proporciona acceso gratuito a citas biomédicas de MEDLINE y otras bases de datos desde 1947. Además de MEDLINE, Pubmed incluye otras bases de datos, como por ejemplo OLDMEDLINE, registros facilitados por la editorial y registros en curso [35].

Revisión de la literatura

Consiste en un resumen e interpretación de hallazgos de investigaciones publicadas, que puede realizarse mediante revisiones cualitativas no estructuradas o mediante procedimientos sistemáticos, como el metanálisis [36].

Revisión por pares

Es el proceso mediante el cual manuscritos enviados a publicaciones científicas son evaluados por expertos independientes en el área para determinar si cumplen con los estándares necesarios para su publicación [37,38].

Revisión sistemática

Es un método estructurado para sintetizar evidencia científica con el objetivo de responder a una pregunta específica. Requiere criterios predefinidos para la búsqueda, selección, evaluación crítica, extracción y síntesis de datos, y puede incluir métodos estadísticos como el metanálisis [4,5].

Revisor

Es una persona encargada de preparar y mantener actualizada una revisión sistemática. También se utiliza el término para referirse a quienes participan en la revisión por pares o en la resolución de discrepancias entre evaluadores [4,5].

Riesgo relativo

El riesgo relativo (RR) es una medida estadística que compara el riesgo de un evento en el grupo de intervención con respecto al grupo de control. Un RR de 1 indica que no hay diferencia entre los grupos comparados. Para efectos no deseados, un RR inferior a 1 indica que la intervención resultó eficaz para reducir el riesgo de ese resultado [39,40].

Reasignación de género

Se refiere a los procedimientos médicos, quirúrgicos y legales que una persona realiza para cambiar su sexo, acorde con su identidad de género (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [1,2]).

Seguridad

Es el juicio sobre la aceptabilidad del riesgo asociado al uso de una tecnología en una situación específica. Este riesgo combina la probabilidad de un resultado adverso y su gravedad en contextos concretos, como un paciente con características particulares, un profesional con experiencia definida, o un entorno de tratamiento específico [26].

Sesgo

En general, cualquier factor que distorsione la verdadera naturaleza de un evento u observación. En las investigaciones clínicas, un sesgo es cualquier factor sistemático que no sea la intervención de interés que afecta la magnitud (es decir, tiende a aumentar o disminuir) de una diferencia observada en los resultados de un grupo de tratamiento y un grupo de control. El sesgo disminuye la exactitud (aunque no necesariamente la precisión) de una observación. La aleatorización es una técnica utilizada para disminuir esta forma de sesgo. El sesgo también se refiere a un prejuicio o punto de vista parcial que podría afectar la interpretación de un problema. Para disminuir este tipo

de sesgo se utiliza una técnica denominada doble ciego [4,5,41].

Significación estadística

Se refiere a la probabilidad de que las diferencias observadas entre los grupos de tratamiento y control no se deban al azar. Este concepto se evalúa mediante pruebas estadísticas que conducen al rechazo de la hipótesis nula si las diferencias son lo suficientemente grandes. Un valor p (por ejemplo, $p < 0,05$) indica que existe menos de un 5% de probabilidad de que la diferencia observada sea atribuible al azar. Sin embargo, la significación estadística no informa sobre la magnitud del efecto [42].

Sexo

Se refiere a la manifestación de los componentes genéticos, endocrinos y gonadales, de diferenciación sexual, que se expresan en unas características morfológicas del cuerpo. Las categorías utilizadas para clasificar estas características en los seres humanos son hombre, mujer y estado intersexual (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [18,22]).

- Durante el curso de vida, el ser humano puede decidir su sexo y modificar las características propias de este, a partir de los sentires de su corporalidad y corporeidad.

Sexo asignado al nacer

Se refiere a las características externas o fenotípicas de los genitales, que son utilizadas para clasificar a los seres humanos como mujer, hombre, estado intersexual (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [2,22]).

Intersexual / estados intersexuales: son una variación orgánica bajo la cual el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico no coincide con la expresión fenotípica de los dos sexos binarios tradicionales, y se manifiesta en un punto intermedio del espectro entre mujer y hombre.

Tanner

La escala o estadios de Tanner describen el grado de desarrollo puberal en cinco etapas (I-V) para

mamas/genitales y vello púbico, útil para seguimiento clínico y toma de decisiones [34].

Terapia hormonal de afirmación de género

Se refiere al uso de hormonas (como estrógenos y testosterona) para inducir el desarrollo de características sexuales secundarias que coincidan con la identidad de género de una persona, aportando a la mejora de la congruencia del género (Definición elaborada por el Grupo Desarrollador de la Guía a partir de [2,1]).

Validez del estudio

Es el grado en que las inferencias derivadas de un estudio son precisas y aplicables. Esto depende de los métodos empleados, la representatividad de la muestra y la población de origen. Incluye la validez interna (exactitud dentro del estudio), la validez externa (generalizabilidad), la aplicabilidad y la capacidad de extrapolar los resultados a otras poblaciones o contextos [41,4,5].

Referencias

1. World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/>
2. World Professional Association for Transgender Health. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
3. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 336(7650), 924–926.
4. Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2022). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (v6.3). Cochrane.
5. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G. E., Liberati, A., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: Going from evidence to recommendations. BMJ, 336(7652), 1049–1051.
6. World Health Organization. (2020). Declaration of Interests for WHO Experts.

7. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
8. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.
9. Greenhalgh, T. (2014). How to Read a Paper: The Basics of Evidence-Based Medicine (5th ed.). BMJ Books.
10. Edwards, I. R., & Aronson, J. K. (2000). Adverse drug reactions: Definitions, diagnosis, and management. *The Lancet*, 356(9237), 1255–1259.
11. Elsevier. (2024). EMBASE Overview.
12. Pan American Health Organization. (2019). Estrategia para la atención centrada en la persona.
13. World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
14. Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation. WHO.
15. Pan American Health Organization. (2018). Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas.
16. Pan American Health Organization. (2018). Health of Older Persons in the Americas: A Public Health Challenge. (Marco curso de vida).
17. United Nations. (2000). General Comment No. 14 (Right to the Highest Attainable Standard of Health).
18. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2015). Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity.
19. Yogyakarta Principles. (2007). Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity.
20. Inter-American Commission on Human Rights. (2015). Violence against LGBTI persons in the Americas.
21. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). Principles of Biomedical Ethics (7th ed.). Oxford University Press.
22. World Health Organization. (2021). Gender and Health. <https://www.who.int/health-topics/gender>
23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; Abr 2022.

24. Pan American Health Organization. (2018). La salud en los pueblos indígenas de las Américas.
25. World Health Organization. (2004). World Alliance for Patient Safety: Forward programme.
26. World Health Organization. (2004). Safety and Risk Management in Health Technologies.
27. International Council for Harmonisation. (1996/2016). ICH E6(R2) Good Clinical Practice.
28. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
29. ICH E2A. (1994). Clinical Safety Data Management: Definitions and Standards for Expedited Reporting.
30. Altman, D. G., & Bland, J. M. (2005). Confidence intervals. *BMJ*, 331(7521), 903–905.
31. National Library of Medicine. (2024). MEDLINE Overview.
32. National Library of Medicine. (2024). MeSH Fact Sheet.
33. Styne, D. M., et al. (2017). Pediatric obesity—Assessment, treatment, and prevention (useful for pubertal timing context); and classic pediatric endocrinology texts for puberty timing benchmarks.
34. Tanner, J. M. (1962/1978). *Growth at Adolescence* (2nd ed.). Blackwell.
35. National Library of Medicine. (2024). PubMed Overview.
36. Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108.
37. Wager, E., & Jefferson, T. (2001). Shortcomings of peer review in biomedical journals: A review. *Learned Publishing*, 14(4), 257–263.
38. Galipeau, J., et al. (2015). A systematic review highlights a knowledge gap regarding the effectiveness of health-related training programs in journalology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(3), 257–265.
39. Altman, D. G., & Bland, J. M. (1994). Statistics notes: The relative risk reduction, absolute risk reduction and number needed to treat. *BMJ*, 309(6947), 1241–1242.
40. Bland, J. M., & Altman, D. G. (2000). The odds ratio. *BMJ*, 320(7247), 1468.
41. Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin.

42. Wasserstein, R. L., & Lazar, N. A. (2016). The ASA's statement on p-values: Context, process, and purpose. *The American Statistician*, 70(2), 129–133.

BORRADOR

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	30
ANTECEDENTES	34
1. ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	40
1.1. Alcance	40
1.2. Población	40
1.3. Justificación	40
1.4. Necesidades y pertinencia de la guía	42
1.5. Valor agregado de esta Guía de Práctica Clínica	42
1.6. Perspectiva	43
1.7. Población clave	44
1.8. Contexto	45
1.9. Objetivo general	47
1.10. Objetivos específicos	47
1.11. Grupo de personas considerados	48
1.12. Grupo de personas no considerados	48
1.13. Ámbito de aplicación de la guía	48
1.14. Aspectos clínicos centrales	48
1.14.1. Aspectos clínicos abordados	48
1.14.2. Aspectos clínicos NO cubiertos	49
1.15. Usuarios	49
1.16. Gestión institucional y fases de desarrollo de la guía	50
2. METODOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA GUÍA	54
2.1. Conformación del grupo desarrollador para la adaptación de la guía	55
2.1.1. Convocatoria	56
2.1.2. Funciones del grupo desarrollador	57
2.1.3. Conflictos de interés	57
2.1.4. Compromiso de confidencialidad y no divulgación de	

información	58
2.2. Formulación, análisis y priorización de preguntas clínicas	58
2.3. Definición y gradación de desenlaces	60
2.4. Búsqueda y selección de guías de práctica clínica	61
2.5. Revisiones sistemáticas de la literatura	61
2.5.1. Fuentes de información	61
2.5.2. Estrategia de búsqueda	64
2.5.3. Criterios de inclusión	64
2.5.4. Criterios de exclusión	64
2.5.5. Tamización de referencias y selección de los estudios	64
2.5.6. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica	67
2.6. Formulación y redacción de las recomendaciones	67
2.6.1. Construcción de perfiles de evidencia	68
2.6.2. Elaboración de juicios con marcos EtD (Evidence to Decision)	68
2.6.3. Formulación inicial de recomendaciones y revisión por expertos temáticos	69
2.6.4. Paneles de deliberación y consenso	69
2.6.5. Votación y medición de consenso	69
2.6.6. Gradación de las recomendaciones	70
2.6.7. Validación final y redacción definitiva	73
2.7. Independencia editorial	74
3. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN	77
3.1. Recomendaciones atención inicial en afirmación de género en población trans	77
3.2. Recomendaciones de manejo clínico para la supresión del desarrollo puberal	88
3.3. Recomendaciones de manejo clínico para la afirmación de género	109
3.4. Recomendaciones prevención de efectos adversos y atención a largo plazo de la afirmación de género	125

3.5. Recomendaciones manejo quirúrgico para reasignación de sexo y confirmación de género	138
4. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	163
4.1. Objetivos	163
4.2. Alcance	163
4.3. Fases y estrategias que constituyen el plan de implementación	164
4.4. Estrategias transversales	166
4.5. Indicadores de seguimiento y resultados esperados	170
5. REFERENCIAS	175

INTRODUCCIÓN

Las personas trans, en toda su diversidad de identidades y expresiones de género, han enfrentado históricamente barreras profundas, persistentes y multifactoriales para acceder a servicios de salud adecuados, oportunos y respetuosos. Estas barreras —derivadas de la discriminación, la estigmatización social, la violencia institucional y la invisibilización de sus necesidades— se reproducen tanto en el sistema sanitario como en otros entornos sociales, afectando gravemente su bienestar físico, mental y social. La evidencia disponible indica que estas desigualdades no son fortuitas, sino consecuencia de determinantes estructurales que exacerban las brechas en salud y comprometen la calidad y expectativa de vida de las personas trans [1,2].

Estudios recientes muestran que las personas trans presentan tasas significativamente más altas de depresión, ansiedad, ideación y conducta suicida, así como mayor exposición a violencia, desempleo y pobreza, en comparación con la población general [3–5]. Estas condiciones están estrechamente vinculadas con la ausencia de servicios de salud afirmativa de género, el acceso limitado a terapias hormonales y quirúrgicas, la falta de disponibilidad de medicamentos esenciales y la carencia de profesionales capacitados en la atención integral de la salud trans. Las consecuencias incluyen diagnósticos tardíos, retrasos en los tratamientos y la pérdida de confianza en el sistema de salud.

En Colombia, a pesar de los avances normativos en materia de reconocimiento de derechos y de algunas iniciativas institucionales, no existía hasta ahora un documento técnico unificado que estableciera criterios clínicos, éticos y procedimentales para la atención integral y afirmativa de las personas trans. Las experiencias reportadas en procesos de consulta y diálogo revelan que la atención que reciben depende, con frecuencia, de la disposición individual de profesionales o de la existencia de redes informales de apoyo, lo que genera inequidad territorial y disparidad en la calidad del servicio.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de Personas Trans surge como respuesta a esta deuda histórica y a la necesidad de una herramienta que oriente al talento humano en salud y a las instituciones prestadoras hacia prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible, la normatividad vigente y el enfoque de derechos humanos. Su propósito es proporcionar lineamientos claros para garantizar una atención segura, oportuna, culturalmente competente y

centrada en la persona, que promueva el bienestar integral y reduzca las desigualdades en salud.

Esta guía se ha construido mediante un proceso participativo y multisectorial, que integró la voz de personas trans, profesionales de diversas disciplinas clínicas y sociales, expertos en salud pública y representantes de entidades estatales. Las sesiones de trabajo permitieron identificar no solo las prioridades clínicas, sino también los factores contextuales que condicionan la atención, como la disponibilidad real de servicios, los procesos de aseguramiento, las brechas en la cobertura de medicamentos y la urgencia de fortalecer la formación del personal de salud en competencias clínicas y culturales para la atención trans.

El abordaje y la discusión del Grupo Desarrollador de Expertos Clínicos incorpora principios de interseccionalidad, reconociendo que la vivencia trans se entrecruza con otras condiciones que generan vulnerabilidad, como la pobreza, el racismo, el clasismo, el estatus migratorio y la exposición a violencia. Asimismo, integra el enfoque de ciclo vital, contemplando las particularidades de la atención en diferentes etapas, y el principio de autonomía progresiva, que orienta la toma de decisiones informadas y voluntarias según el desarrollo y las capacidades de cada persona.

El carácter integral de la GPC implica abarcar no solo la salud física, sino también la salud mental, el bienestar social y la seguridad jurídica, promoviendo un entorno de atención libre de discriminación. Este enfoque está alineado con las recomendaciones internacionales de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero [1], la Organización Panamericana de la Salud [6] y la Organización Mundial de la Salud [7].

Línea de proceder

La implementación de esta GPC contempla que las instituciones de salud y autoridades competentes:

- Incorporen las recomendaciones en protocolos, rutas y procedimientos internos, garantizando su aplicación homogénea en todo el territorio nacional.
- Desarrollen y fortalezcan programas de formación para el talento humano en salud, abarcando competencias técnicas, éticas y culturales.
- Generen mecanismos de monitoreo y evaluación, a partir de datos desagregados por sexo, identidad de género y orientación sexual, que

permitan medir avances, identificar barreras y proponer mejoras continuas.

- Promuevan la participación activa de las personas trans en el diseño, ejecución y evaluación de los servicios que les afectan.
- Fomenten la investigación y la actualización periódica de la guía, asegurando que incorpore nueva evidencia científica y responda a los cambios en la realidad social y sanitaria.

En suma, esta GPC no solo es un documento técnico, sino una herramienta estratégica para transformar el sistema de salud colombiano hacia un modelo inclusivo, equitativo y respetuoso de la diversidad. Representa un paso fundamental para cerrar las brechas históricas en la atención a las personas trans y avanzar hacia un futuro en el que la afirmación de género sea un componente intrínseco del derecho a la salud.

"La salud trans no es un privilegio, es un derecho. Esta guía nace del diálogo, la evidencia y la convicción de que un sistema de salud digno debe reconocer y afirmar la identidad de todas las personas. Avanzar hacia la equidad implica transformar prácticas, derribar barreras y construir entornos donde cada vida trans pueda florecer con seguridad, respeto y bienestar. El futuro de la salud en Colombia será más justo e inclusivo si caminamos hacia un modelo que abrace la diversidad como fuente de fortaleza y no de exclusión." Grupo Desarrollador GPC

Referencias

1. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1–S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644
2. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016;388(10042):412–36. doi:10.1016/S0140-6736(16)00684-X
3. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet*. 2016;388(10042):390–400. doi:10.1016/S0140-6736(16)00683-8
4. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around

- pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(2):332. doi:10.1186/s12884-017-1491-5
5. Glynn TR, Gamarel KE, Kahler CW, Iwamoto M, Operario D, Nemoto T. The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2016;3(3):336–44. doi:10.1037/sgd0000171
 6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3122>
 7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11). Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/es>

ANTECEDENTES

En Colombia, las personas trans han enfrentado históricamente barreras estructurales, persistentes y multifactoriales que han limitado su acceso a servicios de salud equitativos, dignos, integrales y culturalmente competentes. Estas barreras no solo se manifiestan en la interacción clínica, sino que atraviesan todo el sistema sanitario: desde la recepción y la admisión administrativa hasta la provisión de medicamentos e insumos especializados. La discriminación y el trato irrespetuoso por parte del personal sanitario, la ausencia de protocolos clínicos específicos, la formación insuficiente en salud trans, la disponibilidad irregular de terapias hormonales y procedimientos quirúrgicos, y la débil articulación intersectorial para garantizar la continuidad del cuidado son algunas de las limitaciones documentadas [1,2].

Estas restricciones no operan de forma aislada: se amplifican al interactuar con determinantes sociales de la salud que afectan de manera desproporcionada a esta población, como pobreza, desempleo, informalidad laboral, exclusión social, violencia física y simbólica, y estigma generalizado. Estos factores generan efectos acumulativos a lo largo del curso de vida, deteriorando la salud física y mental, y acentuando las desigualdades. La literatura internacional señala que, cuando las personas trans enfrentan discriminación en la atención sanitaria, tienden a evitar el uso de servicios incluso en casos de necesidad urgente, lo que agrava problemas de salud prevenibles o tratables [3,4].

Antecedentes normativos y de política pública en Colombia

El reconocimiento de los derechos de las personas trans en Colombia ha avanzado gradualmente, combinando decisiones judiciales, reformas legales y políticas sectoriales.

En 2011, la Ley 1482 tipificó y sancionó penalmente los actos de discriminación motivados por razones de raza, etnia, religión, nacionalidad, orientación sexual o identidad de género, estableciendo un marco de cero tolerancia frente al trato discriminatorio en salud [5].

En 2013, la Ley 1616 sobre salud mental dispuso que todas las personas tienen derecho a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, reconociendo la necesidad de apoyos psicosociales culturalmente pertinentes [6]. Esta normativa fue posteriormente

modificada por la Ley 2460 de 2025 [7], que fortaleció el enfoque de derechos en salud mental al actualizar el Artículo 6 sobre los derechos de las personas. Esta modificación reafirma, entre otros elementos, el derecho a ejercer plenamente sus derechos civiles, determinando cualquier restricción únicamente conforme a la legislación vigente; el derecho a no ser discriminadas ni estigmatizadas por su condición de sujetos de atención en salud mental; y el derecho a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes, en concordancia con la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales.

En 2015, la Ley Estatutaria de Salud 1751 reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo, universal y justiciable, asegurando el acceso a servicios de calidad, accesibles y oportunos, sin discriminación [8].

Ese mismo año, el Decreto 1227 permitió la rectificación del componente “sexo” en el registro civil por vía notarial, sin necesidad de sentencia judicial ni dictamen médico, simplificando el reconocimiento legal de la identidad de género [9].

En 2016, la Resolución 429 adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), centrada en la persona y en el curso de vida, mientras que la Resolución 3280 de 2018 definió las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), articulando acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación [10,11].

En 2022, la Sentencia T-218 de la Corte Constitucional reafirmó el derecho de las personas trans a la identidad de género, a la salud y a la dignidad humana, y exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a desarrollar y adoptar una guía técnica que garantizara la atención integral, equitativa y libre de discriminación [12].

En 2024, la Resolución 2718 del Ministerio de Salud y Protección Social actualizó los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque de género en la gestión, organización y prestación de servicios de salud —anteriormente contenidos en la Resolución 2138 de 2023—. Esta nueva versión amplía las disposiciones sobre inclusión, equidad y diversidad sexual y de género, estableciendo obligaciones más explícitas para las instituciones prestadoras en la garantía de un trato digno, el respeto a la identidad de género y la adecuación de los servicios a las necesidades de las personas trans [13].

Asimismo, la Resolución 309 de 2025 introdujo avances significativos en materia de autonomía progresiva, al establecer lineamientos sobre la participación de menores de edad en la toma de decisiones en salud, reconociendo su capacidad evolutiva y el deber del Estado de garantizar acompañamiento psicosocial e información accesible en los procesos relacionados con su desarrollo e identidad [14]. Esta resolución refuerza el principio de que el consentimiento informado y la participación activa deben ser procesos adaptados a la edad y madurez de las personas menores de 18 años, especialmente en contextos de afirmación de género.

Finalmente, la Circular Externa 202415000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones precisas a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la garantía efectiva de los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. La circular enfatiza la eliminación de barreras administrativas y técnicas, el respeto a la identidad de género en todos los procesos de atención y la obligación de capacitar al talento humano en un trato digno y afirmativo hacia estas poblaciones [15].

Estas disposiciones constituyen herramientas regulatorias clave para avanzar en la implementación de modelos de atención integral y afirmativa de género, y su aplicación efectiva es fundamental para cerrar las brechas históricas que han afectado el acceso y la calidad de los servicios de salud para las personas trans en Colombia.

Desarrollos y consensos internacionales

A nivel global, el abordaje de la salud trans ha transitado de modelos patologizantes hacia marcos basados en derechos humanos, dignidad y evidencia científica.

En 2019, la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11), adoptada por la Organización Mundial de la Salud, reclasificó la "Discordancia de género" en el capítulo de "condiciones relacionadas con la salud sexual" (códigos HA60 y HA61), eliminando el "transexualismo" de los trastornos mentales y consolidando un enfoque despatologizante; el diagnóstico específico ahora se llama "Incongruencia de género" y se centra en la incongruencia misma "una marcada y persistente incongruencia entre el

género experimentado y el género asignado”; aunque el malestar es común, el enfoque principal no está en el sufrimiento como criterio definitorio, sino en la incongruencia como una condición de salud sexual. [16].

En 2022, la American Psychiatric Association publicó el DSM-5-TR, que mantuvo la categoría de “disforia de género” introducida en 2013, pero reafirmó que la identidad de género no es una patología [17].

La Organización Panamericana de la Salud recomendó desarrollar modelos de atención integral libres de discriminación y culturalmente competentes, con participación activa de las personas trans en la planificación y evaluación de los servicios [18]. Los Estándares de Cuidado de la WPATH, versión 8, consolidan lineamientos clínicos internacionales que incluyen la personalización de tratamientos, el respeto por la autonomía progresiva y el consentimiento informado [3].

Referentes regionales y evidencia de impacto

En América Latina, países como Argentina y Uruguay han incorporado terapias hormonales y procedimientos quirúrgicos de afirmación de género en sus sistemas públicos de salud, con mejoras documentadas en salud mental, reducción de síntomas depresivos y ansiosos, y aumento en la calidad de vida [19,20].

La evidencia científica confirma que la atención afirmativa salva vidas. Glynn et al. demostraron que la terapia hormonal de afirmación de género se asocia con mejoras sustanciales en bienestar psicológico [20]. Laver et al. reportaron que el 43 % de las personas trans en Bogotá sufrió discriminación en servicios de salud, mientras que UNFPA & Colombia Diversa documentaron que el 61 % no recibió atención psicológica en los últimos dos años, a pesar de altos niveles de violencia y exclusión social [1,2].

Hallazgos del proceso participativo de la Guía

En la primera fase de la elaboración de esta Guía se realizó un proceso participativo y multisectorial que integró las voces de personas trans, profesionales de la salud, académicos y representantes institucionales. En estos espacios se documentaron:

- Negación de servicios esenciales de salud.

- Criterios dispares para autorizar procedimientos de afirmación de género.
- Prácticas clínicas no sustentadas en evidencia.
- Disponibilidad de insumos y medicamentos hormonales.
- Desconocimiento del marco normativo vigente.
- Ausencia de rutas de referencia y contrarreferencia claras.
- Necesidad de formación clínica y cultural continua para el talento humano.
- Falta de articulación intersectorial para garantizar la continuidad del cuidado.

"La historia de la salud de las personas trans en Colombia está marcada por resistencias, conquistas y aprendizajes. Cada avance normativo, cada cambio técnico y cada experiencia comunitaria han trazado un camino que nos conduce a este momento: la construcción de una guía que no solo responde a un mandato legal, sino que cristaliza un compromiso ético y social con la dignidad humana. Esta herramienta busca transformar la atención sanitaria en un espacio seguro, afirmativo y libre de discriminación, donde la identidad de género se reconozca como parte legítima de la diversidad humana. Su implementación representa una oportunidad para cerrar brechas históricas, reparar desigualdades y abrir paso a un futuro en el que la salud de las personas trans sea, sin excepción, un derecho plenamente garantizado." Grupo Desarrollador GPC

Referencias

1. Laver JD, Baker KE, Baril A, Poteat T. Health care access for transgender and nonbinary people in Colombia. Rev Salud Pública. 2019;21(1):1-8.
2. UNFPA, Colombia Diversa. Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de las personas trans en Colombia. Bogotá: UNFPA; 2020.
3. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-S259.
4. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: Health at the margins of society. Lancet. 2016;388(10042):390-400.
5. Congreso de la República. Ley 1482 de 2011. Bogotá: Congreso de la República; 2011.

6. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Bogotá: Congreso de la República; 2013.
7. Congreso de la República. Ley 2460 de 2025. Bogotá: Congreso de la República; 2013.
8. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud). Bogotá: Congreso de la República; 2015.
9. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1227 de 2015. Bogotá: MinJusticia; 2015.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 (Política de Atención Integral en Salud – PAIS). Bogotá: MSPS; 2016.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 (RIAS). Bogotá: MSPS; 2018.
12. Corte Constitucional. Sentencia T-218 de 2022. Bogotá: Corte Constitucional; 2022.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718 de 2024 (Actualiza 2138 de 2023). Bogotá: MSPS; 2024.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 309 de 2025 (Autonomía progresiva en salud). Bogotá: MSPS; 2025.
15. Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 2024150000000011-5 de 2024. Bogotá: Supersalud; 2024.
16. World Health Organization. International Classification of Diseases (11th rev.). Geneva: WHO; 2019.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). Washington DC: APA; 2022.
18. Organización Panamericana de la Salud. Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Washington DC: OPS; 2013.
19. Pérez-Brumer A, Silva-Santisteban A, Salazar X, Ayala G. Beyond HIV prevention: social determinants of health and the trans health agenda in Latin America. *Glob Public Health*. 2017;12(7):876–92.
20. Glynn TR, Gamarel KE, Kahler CW, Iwamoto M, Operario D, Nemoto T. The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2016;3(3):336–44.

1. ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

1.1. Alcance

La Guía de Práctica Clínica (GPC) abarca las necesidades de salud de la población trans relacionadas a la Afirmación de Género a través de recomendaciones específicas para alcanzar una atención integral en salud.

1.2. Población

Incluye a todas las personas trans que necesiten atención en salud, soliciten y consientan procedimientos médicos de afirmación de género, y/o que deseen iniciar o continuar su tránsito en el género.

Definiciones por grupo de edad:

- Adulto/a: persona de 18 años o más.
- Menor de edad: persona menor de 18 años.
- Adolescente: persona entre 12 y 17 años.
- Niño/a: persona menor de 12 años.

1.3. Justificación

La Guía de Práctica Clínica (GPC) para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de Personas Trans se formula como una respuesta técnica y ética frente a las persistentes barreras que enfrenta esta población en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, seguros y libres de discriminación. Estas barreras —identificadas de manera reiterada por estudios académicos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales— afectan directamente la salud física, mental y social de las personas trans y sus familias, perpetuando desigualdades estructurales que vulneran derechos humanos fundamentales y contravienen principios de justicia social y equidad en salud [1,2].

En Colombia, la evidencia disponible señala que las personas trans encuentran obstáculos significativos en todas las fases de la atención en salud —desde la promoción y prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento— debido a factores interrelacionados:

- **Falta de protocolos, rutas y servicios especializados**

Aunque la diversidad de género está reconocida en instrumentos internacionales como los Principios de Yogyakarta [3] y en la legislación nacional, la ausencia de lineamientos estandarizados en el SGSSS ha permitido que persistan prácticas discriminatorias y carentes de un enfoque afirmativo. Según Colombia Diversa, el 32 % de las personas trans reportó experiencias de discriminación o maltrato en servicios de salud, incluyendo el uso incorrecto de nombres y pronombres, comentarios despectivos y negación de atención [1]. El estudio conjunto de Human Rights Campaign y Colombia Diversa reportó que el 34 % evita acudir a los servicios por temor a sufrir violencia institucional [4]. Estas barreras se intensifican en zonas rurales y apartadas, donde la capacitación en diversidad de género es limitada y el acceso a profesionales especializados es escaso [5].

- **Negación o restricción de cobertura para procedimientos de afirmación de género**

A pesar de sentencias vinculantes como la T-063 de 2015, la T-218 de 2022 y la T-508 de 2024, que obligan a las EPS a garantizar procedimientos de afirmación de género y a no catalogarlos como “estéticos”, así como de la Circular Externa 202415000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud, muchas solicitudes son rechazadas o dilatadas [6–8].

- **Inequidades territoriales y geográficas**

La Encuesta Nacional de la Situación de Derechos Humanos LGBTI (2021) evidenció que solo el 7 % de las personas trans en zonas rurales acceden regularmente a servicios especializados, frente al 28 % en áreas urbanas. Las barreras geográficas, combinadas con la falta de transporte subsidiado, la escasez de redes de apoyo y el desconocimiento de rutas de atención, fomentan la deserción de tratamientos y la discontinuidad del cuidado [9]. Hallazgos regionales en América Latina refuerzan estas brechas [10].

- **Déficit en la atención en salud mental**

El informe conjunto de UNFPA y Colombia Diversa documentó que el 61 % de las personas trans no recibió atención psicológica en los últimos dos años, a pesar de requerirla [2]. La falta de profesionales con competencias en

abordajes afirmativos contribuye a la persistencia de problemas asociados al estrés de minoría, la ansiedad, la depresión y el riesgo suicida [11].

- **Carga económica y costos no cubiertos**

Aunque ciertos procedimientos y medicamentos están incluidos en el PBS, otros —como cirugías específicas o tratamientos postoperatorios— no cuentan con cobertura integral. En 2020, el costo promedio de una cirugía de transformación de genitales en Colombia oscilaba entre 10 y 15 millones de pesos, monto que supera ampliamente la capacidad de pago de la mayoría de las personas trans en situación de pobreza o informalidad [12].

1.4. Necesidad y pertinencia de la guía

La elaboración de esta GPC responde a la urgencia de contar con un marco técnico, basado en evidencia y alineado con la metodología GRADE y recomendaciones de la OMS para poblaciones clave [13], que oriente a los equipos de salud en la provisión de servicios afirmativos, seguros, accesibles y culturalmente competentes. Este documento busca:

- Estandarizar la calidad de la atención mediante protocolos claros para valoración inicial, intervención, seguimiento y manejo de complicaciones.
- Fortalecer la formación y sensibilización del talento humano en salud, incorporando el enfoque diferencial y el respeto a la identidad de género como principios rectores.
- Garantizar la integralidad de la atención (salud física, mental y social), con prevención de comorbilidades y promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Cumplir mandatos legales y compromisos internacionales en materia de derechos humanos, equidad y no discriminación [6–8].

1.5. Valor agregado de esta guía de práctica clínica

Esta guía introduce elementos innovadores y diferenciales en el contexto colombiano:

- Inclusión de un capítulo con consideraciones para adolescentes trans, integrando autonomía progresiva, consentimiento informado y protección del interés superior del menor [7].
- Incorporación de intervenciones preventivas y tamizajes adaptados según anatomía y riesgo, en coherencia con evidencia y estándares internacionales [11,13,14].

- Integración de la atención comunitaria y el trabajo intersectorial como ejes transversales, reconociendo la dependencia del bienestar respecto a la eliminación de barreras estructurales [1,2,5].

En síntesis, esta GPC no solo da cumplimiento a mandatos legales como la T-218 de 2022 y la T-508 de 2024, sino que representa un compromiso institucional y social por transformar el sistema de salud hacia un modelo inclusivo, equitativo y centrado en las personas [6–8].

1.6. Perspectiva

La construcción de esta GPC se enmarca en un momento histórico en el que Colombia avanza hacia el reconocimiento pleno de los derechos de las personas trans, aunque persisten brechas de acceso. La perspectiva que orienta este documento integra una visión integral de salud (bienestar físico, mental, determinantes sociales y garantías jurídicas) y reconoce la atención como un derecho humano, sustentado en la Constitución Política, los Principios de Yogyakarta y tratados internacionales ratificados por Colombia [3].

Un enfoque basado en evidencia y derechos humanos: OMS y WPATH han señalado que las intervenciones afirmativas —acceso a hormonas, cirugías y acompañamiento psicosocial— se asocian con mejoras en calidad de vida y salud mental [11,14]. Evidencia observacional muestra reducción de ideación/atención en salud mental luego de cirugías de afirmación y hallazgos consistentes en encuestas poblacionales [15,16].

Perspectiva interseccional y curso de vida: Las experiencias están atravesadas por pobreza, pertenencia étnica, migración, ruralidad, edad y discapacidad; esta guía adopta un enfoque interseccional (Crenshaw) y de curso de vida para adaptar la atención a cada etapa [17].

Articulación intersectorial y sostenibilidad: El bienestar no depende solo del sector salud: se requieren articulaciones con educación, justicia, trabajo, cultura y protección social; financiamiento sostenible; y datos desagregados por identidad de género para monitoreo [11,14].

Innovación y adaptación al contexto colombiano: Primera GPC en Colombia formulada con metodología GRADE adaptada al contexto, integrando evidencia científica con conocimiento situado y estándares internacionales (WPATH) [14].

Compromiso con la transformación del sistema de salud: La implementación implica cambio cultural, capacitación continua, competencias clínicas y éticas, y supervisión de calidad para reducir variabilidad injustificada y lograr acceso equitativo nacional [1,2,5–8,11,14].

1.7. Población Clave:

Estudios globales estiman que entre 1 % y 2 % de la población total se identifica como trans, de género diverso o no binaria [18]. En Latinoamérica hay menos datos sistemáticos, pero la visibilidad en encuestas sugiere que el porcentaje real podría ser ≥ 1 % [18,19]. En Colombia, una encuesta nacional sobre estrés, salud y bienestar LGBTI reportó 232 personas trans de 4 867 participantes ($\approx 4,8$ % del muestreo) [20]. Aunque minoritaria en términos cuantitativos, la población trans enfrenta riesgos y necesidades desproporcionados, incluidas mayores tasas de exclusión, violencia e interrupción de la atención [9–12,21].

La población clave de esta guía incluye personas trans que, debido a una combinación de prácticas específicas, exclusión social y condicionantes estructurales, presentan un mayor riesgo de no poder acceder a procedimientos afirmativos de género y barreras significativas para acceder al sistema de salud. Estas incluyen:

- Personas transgénero en proceso o con intención de iniciar intervenciones de afirmación de género.
- Personas trans con mayores riesgos, debido a contextos de vulnerabilidad, como la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Personas trans que se enfrentan a discriminación estructural o intersecciones con otras condiciones de vulnerabilidad, como pobreza, falta de educación o migración.

Subgrupos Vulnerables: Los subgrupos vulnerables en esta guía son aquellos que enfrentan desafíos específicos en el acceso a servicios de salud debido a condiciones estructurales, sociales y económicas, que intersectan con su identidad de género. Estos factores profundizan las brechas en el ejercicio efectivo del derecho a la salud y exigen respuestas diferenciadas por parte del sistema. Estos incluyen:

- **Personas en situación de pobreza extrema o exclusión social:** Quienes tienen menor acceso a servicios básicos de salud, educación y empleo, y enfrentan una mayor exposición a determinantes sociales adversos que limitan su bienestar integral.
- **Personas migrantes y desplazadas:** Que enfrentan barreras adicionales derivadas de la falta de afiliación al sistema de salud, la xenofobia, la violencia o la ausencia de redes de apoyo, y que con frecuencia deben priorizar la supervivencia sobre la atención en salud.
- **Personas en habitación de calle:** Quienes enfrentan condiciones de salud precarias al vivir en condiciones de extrema vulnerabilidad, con mayor riesgo de enfermedades infecciosas, consumo problemático de sustancias y violencia física o sexual, y escaso acceso a atención médica continua.
- **Personas privadas de libertad:** Expuestas a contextos de violencia, hacinamiento y abuso, con alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), coinfecciones con VIH y limitaciones en el acceso a tratamientos o terapias de afirmación de género.
- **Personas trans con bajo nivel de educación o escasa alfabetización en salud:** Quienes enfrentan mayores dificultades para comprender información médica, ejercer su autonomía en la toma de decisiones y acceder a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados a sus necesidades.
- **Personas trans en zonas rurales y dispersas:** Quienes viven en territorios con baja densidad poblacional y limitada infraestructura sanitaria, enfrentan dificultades para acceder a servicios especializados y redes de apoyo comunitario. La lejanía geográfica, la falta de transporte, la escasez de profesionales formados en salud trans y los prejuicios culturales presentes en algunos entornos rurales agravan la exclusión sanitaria.

1.8. Contexto:

La Guía de Atención Integral en Salud para Personas Trans se concibe como un instrumento técnico-científico destinado a orientar a los y las profesionales, así como a los equipos interdisciplinarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en la prestación de servicios que respondan a un modelo de atención integral y afirmativa de género. Su propósito es garantizar que las personas trans en Colombia accedan a servicios de salud seguros, efectivos,

respetuosos y libres de discriminación, en todas las etapas del ciclo vital y en todos los niveles de atención.

El desarrollo de esta guía parte del reconocimiento de que las personas trans han enfrentado históricamente barreras estructurales y prácticas discriminatorias que obstaculizan su acceso a servicios de salud, incluyendo:

- Negación de servicios o retrasos injustificados en la atención [2].
- Trato irrespetuoso o patologizante por parte del personal de salud [5].
- Falta de competencias clínicas y culturales para brindar atención a personas trans [22].
- Limitada disponibilidad de terapias hormonales y procedimientos quirúrgicos de afirmación de género [23].
- Escasa articulación entre niveles de atención y sectores involucrados en el bienestar integral [14].

Frente a estas problemáticas, la guía incorpora lineamientos que trascienden el ámbito puramente clínico para abarcar intervenciones en prevención, acompañamiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, tanto en el nivel primario como en los niveles especializados y comunitarios. Asimismo, se fundamenta en principios como:

- Respeto irrestricto a la identidad y expresión de género de cada persona [3].
- Confidencialidad en el manejo de la información relacionada con la identidad y los procesos de atención.
- No discriminación, en concordancia con la legislación nacional y los tratados internacionales ratificados por Colombia [7].
- Enfoque diferencial e interseccional, reconociendo que las experiencias y necesidades en salud de las personas trans están moduladas por factores como edad, orientación sexual, etnia, condición de discapacidad, ubicación geográfica y situación socioeconómica [17].

La guía también responde al mandato de la Sentencia T-218 de 2022 de la Corte Constitucional, que exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a garantizar la formulación de un instrumento técnico que asegure la atención integral en salud de las personas trans, incluyendo procedimientos de afirmación de género (7). En este sentido, la guía se articula con las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, los Lineamientos de Atención en Salud con Enfoque Diferencial y la política nacional de Enfoque de Género en Salud, asegurando coherencia con el marco normativo vigente.

Además, reconoce que las inequidades en salud que afectan a las personas trans no pueden abordarse únicamente desde el sector salud. Por ello, promueve mecanismos de coordinación intersectorial que integren a sectores como educación, justicia, trabajo, cultura y protección social, con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud, mejorar la inclusión y reducir la exclusión estructural [24]. Este enfoque integral es fundamental para avanzar hacia la equidad en salud y para garantizar que las personas trans puedan ejercer plenamente su derecho a la salud, en condiciones de igualdad y dignidad.

En suma, el contexto de esta guía se basa en un compromiso del Estado colombiano con la transformación del sistema de salud hacia un modelo inclusivo, competente y culturalmente pertinente, en el que la atención afirmativa de género no sea un servicio excepcional, sino un estándar de calidad en todo el territorio nacional.

1.9. Objetivo general

Desarrollar la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la mejor evidencia disponible, enfocada en la atención integral de salud y afirmación de género para personas trans. Esta guía ofrecerá recomendaciones claras y prácticas para profesionales de la salud en el marco del modelo preventivo, predictivo y resolutivo en el acompañamiento, atención integral, diagnóstico y tratamiento de las personas trans, promoviendo el cuidado y bienestar en salud.

1.10. Objetivos específicos

- Determinar cuáles deben ser los criterios clínicos, sociales y psicológicos para realizar la valoración inicial integral de personas trans que buscan afirmación de género en el sistema de salud.
- Establecer cuáles son las mejores prácticas y esquemas de intervención para la hormonización afirmativa, incluyendo seguimiento clínico y de laboratorio, con base en la evidencia disponible.
- Definir los criterios para la evaluación y manejo de complicaciones asociadas a la terapia hormonal en personas trans, incluyendo factores de riesgo cardiovascular, metabólico y óseo.
- Establecer los lineamientos para el acompañamiento y soporte psicosocial dirigido a personas trans y sus familias, considerando la promoción de la salud mental y la prevención del estrés de minoría.

- Determinar cuáles deben ser las estrategias de tamizaje adaptadas a las necesidades específicas de las personas trans, incluyendo cáncer cervical, de mama y de próstata.
- Definir cuáles son los parámetros y buenas prácticas para la preservación de la fertilidad en personas trans, antes de iniciar tratamientos hormonales o quirúrgicos.
- Determinar cuáles son las indicaciones, valoraciones preoperatorias y criterios de seguimiento postoperatorio en cirugías de afirmación de género, considerando la prevención de complicaciones.
- Establecer las estrategias de capacitación para profesionales de la salud en el enfoque afirmativo y diferencial para la atención integral de personas trans.

1.11. Grupo de personas consideradas

Las recomendaciones de esta guía van dirigidas a la prevención, promoción de la salud mental, intervenciones afirmativas clínicas e intervenciones afirmativas quirúrgicas en personas trans que soliciten y consientan los procedimientos médicos de afirmación de género y deseen iniciar o continuar su tránsito en el género.

1.12. Grupo de personas no consideradas

Las recomendaciones de esta guía no incorpora la prevención, promoción de la salud mental, intervenciones afirmativas clínicas e intervenciones afirmativas quirúrgicas en personas no binarias o en aquellas personas trans que no deseen iniciar o continuar un tránsito en el género.

1.13. Ámbito de aplicación de la guía

Ámbito asistencial: Las recomendaciones que se generarán en la presente actualización de la guía van dirigidas a las instituciones prestadoras de servicios en salud que conforman el Sistema General de Salud y Seguridad Social de Colombia (SGSSS) En los entornos: consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, atención domiciliaria y demás modalidades de atención en salud.

Ámbito de base comunitaria: Este escenario también será contemplado para el uso y aplicación de las recomendaciones generadas en la GPC, especialmente para los aspectos como prevención, captación y acompañamiento de la persona y su familia.

1.14. Aspectos clínicos centrales

1.14.1. Aspectos clínicos abordados

La presente Guía de Práctica Clínica (GPC) aborda de manera integral las necesidades específicas de salud de las personas trans, integrando estrategias de prevención, promoción de la salud mental, intervenciones afirmativas de género médicas y quirúrgicas y el seguimiento necesario para garantizar su bienestar físico, mental y social.

- Prevención de infecciones, profilaxis, y tamizajes: Protocolos de detección temprana y manejo de cánceres con enfoque diferencial, según intervenciones de afirmación realizadas; también cuidados de salud sexual y reproductiva y prevención de condiciones asociadas a prácticas sexuales.
- Salud mental: Promoción de la salud mental con un enfoque afirmativo, abordando el estrés de minoría y sus efectos en la salud psicológica de las personas trans. Intervenciones psicosociales para prevenir disforia de género y fortalecer la autoestima, resiliencia y bienestar general. Acceso a servicios psicológicos y psiquiátricos especializados que ofrezcan un entorno seguro y respetuoso para las personas trans.
- Intervenciones médicas afirmativas de género: Provisión de terapias hormonales afirmativas, incluyendo recomendaciones para su inicio, seguimiento clínico, manejo de efectos secundarios y monitoreo de interacciones con otras terapias.
- Intervenciones quirúrgicas afirmativas de género: Abordaje quirúrgico para la afirmación de género, incluyendo criterios de valoración preoperatoria, manejo postoperatorio y prevención de complicaciones.
- Seguimiento clínico integral: Protocolos de seguimiento clínico para personas trans en terapias hormonales y/o quirúrgicas, con un enfoque preventivo para minimizar riesgos asociados a estas intervenciones. Prevención y manejo de comorbilidades, incluyendo enfermedades cardiovasculares, metabólicas y de salud ósea, adaptadas a las particularidades clínicas de las personas trans.

1.14.2. Aspectos clínicos NO cubiertos

- Diagnóstico y manejo de enfermedades concomitantes, infecciosas o no infecciosas, no relacionadas con las intervenciones afirmativas de género.

- Abordaje de infecciones de transmisión sexual, no vinculadas al proceso afirmativo.
- Manejo de complicaciones, efectos adversos y efectos secundarios a transformaciones corporales realizadas de forma artesanal o no médicas, como uso de sustancias modelantes
- Manejo de efectos secundarios derivados de condiciones no relacionadas con los tratamientos de afirmación de género o las necesidades específicas abordadas por esta guía.

1.15. Usuarios

La presente guía da recomendaciones para atención integral de la salud de personas trans, por parte de médicos generales, médicos especialistas (medicina interna, medicina familiar, endocrinología, psiquiatría, cirugía plástica, ginecología, urología, sexología), enfermería, psicología, trabajo social y demás integrantes de grupos transdisciplinarios implicados en la atención de esta población, en el tratamiento ambulatorio y hospitalario en todos los servicios. También se consideraron como usuarios de esta guía los tomadores de decisiones y la academia.

1.16. Gestión institucional y fases de desarrollo de la guía

El proceso de elaboración de la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de las Personas Trans se ha desarrollado bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de una gestión técnica y administrativa organizada en cuatro fases progresivas.

La fase 0 correspondió a la decisión institucional de realizar una adaptación con actualización de una guía internacional existente, en lugar de una guía de novo, atendiendo al mandato de la Sentencia T-218 de 2022 de la Corte Constitucional y priorizando la eficiencia técnica y la disponibilidad de evidencia científica. Durante esta fase se determinaron las direcciones ministeriales involucradas, entre ellas Promoción Social y Promoción y Prevención.

En la fase 1 (B-2023) se conformó el Grupo Desarrollador, integrado por profesionales del Ministerio, con perfiles que incluyeron profesionales expertos en temática y metodología. Durante esta etapa se definieron el alcance, las preguntas PICO, la guía base a adaptar, mediante el uso de metodología GRADE.

La fase 2 (B-2024) se realizó la conformación de un panel multidisciplinario de expertas/os clínicos y representantes de la población trans. También se centró en la síntesis de evidencia, formulación de recomendaciones y consolidación de apartados clínicos y contextuales, incluyendo la ampliación del alcance de la guía hacia dimensiones preventivas, predictivas y de derechos humanos. Esta fase involucró a 27 expertos/as de 11 especialidades (endocrinología, cirugía plástica, ginecología, urología, psicología, psiquiatría, sexología, entre otras) y contó con representación directa de personas trans y organizaciones sociales.

La fase 3 (A-2025) comprendió las sesiones de consenso con expertos y representantes de la sociedad civil, realizadas semanalmente, en las cuales se discutieron y votaron las 27 preguntas clínicas agrupadas en cinco bloques temáticos (evaluación, tratamiento, terapia hormonal, prevención de efectos adversos y cirugía de afirmación de género). Estas sesiones alcanzaron un promedio de asistencia del 75 % y culminaron el 16 de julio de 2025 con la aprobación total de las recomendaciones.

Finalmente, la fase 4 (B-2025 y 2026) comprende la revisión interinstitucional, la validación por experto externo y las estrategias de socialización e implementación, que incluyen capacitación del talento humano en diversidad de género, desarrollo de materiales pedagógicos y monitoreo de indicadores de calidad.

Este proceso ha representado una gestión articulada entre las dependencias del Ministerio y actores académicos, comunitarios y científicos, garantizando que la guía se fundamenta en evidencia actualizada, enfoque diferencial y participación activa de la población trans.

Referencias

1. Colombia Diversa. Salud y derechos de las personas trans en Colombia. Bogotá: Colombia Diversa; 2022.
2. UNFPA, Colombia Diversa. Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de las personas trans en Colombia. Bogotá: UNFPA; 2020.
3. The Yogyakarta Principles. Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity. Geneva; 2007.
4. Human Rights Campaign, Colombia Diversa. Acceso a la salud de personas trans en Colombia. Bogotá: HRC/Colombia Diversa; 2021.
5. Laver JD, et al. Healthcare access and satisfaction among transgender people in Colombia: Findings from a community-based survey. *Int J Transgend Health*. 2019;20(4):397–411. doi:10.1080/15532739.2019.1579408.
6. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-063 de 2015. Bogotá: Corte Constitucional; 2015.
7. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-218 de 2022. Bogotá: Corte Constitucional; 2022.
8. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-508 de 2024. Bogotá: Corte Constitucional; 2024.
9. Ministerio del Interior. Encuesta Nacional de la Situación de Derechos Humanos de personas LGBTI en Colombia 2021. Bogotá: MinInterior; 2022.
10. Pérez-Brumer A, Reisner SL, McLean SA, Silva-Santisteban A, Huerta L, Mayer KH, et al. Leveraging social capital... among transgender women in Lima, Peru. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21462. doi:10.7448/IAS.20.1.21462.
11. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022.
12. Colombia Diversa. Informe de derechos humanos de personas trans en Colombia. Bogotá: Colombia Diversa; 2021.
13. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus... *BMJ*. 2008;336(7650):924–6.
14. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1–S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644.

15. Bränström R, Pachankis JE. Reduction in mental health treatment utilization after gender-affirming surgeries: A total population study. *Am J Psychiatry*. 2020;177(8):727–34. doi:10.1176/appi.ajp.2019.19010080.
16. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervening to reduce suicidality among transgender people... *Can J Community Ment Health*. 2015;34(3):35–51. doi:10.7870/cjcmh-2015-011.
17. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality... *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241–99.
18. World Population Review. Transgender population by country (Colombia). 2025. Available from: <https://worldpopulationreview.com/>
19. Inter-American Development Bank. How accurately are household surveys measuring the size and inequalities for the LGBT population in Bogotá, Colombia? Washington DC: IDB; 2023.
20. Choi SK, Divsalar S, Flórez-Donado J, Kittle K, Lin A, Meyer IH, et al. Stress, health, and well-being of LGBT people in Colombia: Results from a national survey. Los Angeles: Williams Institute, UCLA; 2020.
21. Ipsos. The risk of being transgender in Colombia: Flair 2021. Bogotá: Ipsos; 2022.
22. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity... *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(Suppl 2):332. doi:10.1186/s12884-017-1491-5.
23. Winter S, et al. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet*. 2016;388(10042):390–400. doi:10.1016/S0140-6736(16)00683-8.
24. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.

2. METODOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se realizó siguiendo los lineamientos establecidos en la Guía Metodológica para la Adopción–Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia del Ministerio de Salud y Protección Social [1] y la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica [2], en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Su propósito fue garantizar una actualización metodológicamente rigurosa, fundamentada en las mejores prácticas internacionales y en la evidencia científica más reciente y relevante para el contexto colombiano.

La evaluación de la evidencia y la determinación de su certeza se llevaron a cabo de acuerdo con los principios del grupo Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [3], reconocido internacionalmente por su rigor, transparencia y estandarización en la calificación de la evidencia.

En el proceso de adaptación con actualización, esta metodología se aplicó tanto para valorar la evidencia sintetizada en las guías fuente como para evaluar la certeza de la evidencia adicional identificada durante la revisión complementaria, considerando los desenlaces críticos e importantes definidos por el grupo desarrollador.

La formulación de las recomendaciones y la gradación de su fuerza se realizaron utilizando los marcos Evidence to Decision (EtD) del enfoque GRADE [4,5].

Este proceso permitió emitir juicios estructurados y explícitos sobre el balance entre beneficios y riesgos, la certeza de la evidencia, la aceptabilidad, la factibilidad, las valoraciones y preferencias de la población, y la equidad en la implementación, garantizando la coherencia metodológica y la transparencia en la toma de decisiones.

De manera complementaria, se incorporaron las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales integran una perspectiva de salud pública, derechos humanos y diversidad [6].

Este marco metodológico permitió considerar factores como la aceptabilidad

sociocultural, la no discriminación, la participación comunitaria, la equidad en salud y las implicaciones sociales y de factibilidad de las intervenciones evaluadas, con el fin de orientar la toma de decisiones hacia una atención centrada en las personas y libre de estigmas.

Un componente metodológico transversal fue la incorporación de un enfoque de equidad en salud, orientado a identificar los factores sociales que condicionan el acceso y los resultados en la atención de las personas trans.

Este análisis tuvo en cuenta determinantes como género, identidad y expresión de género, orientación sexual, lugar de residencia, nivel educativo, estatus socioeconómico, empleo y acceso a servicios de salud, de acuerdo a las recomendaciones del grupo Cochrane de Equidad [7,8], reconociendo que estos elementos configuran desigualdades estructurales que afectan la oportunidad, la integralidad y la calidad de la atención.

En los casos en que la evidencia lo permitió, se identificaron brechas o configuraciones específicas de inequidad en la población trans, que fueron consideradas en la formulación de las recomendaciones y en los juicios de equidad incluidos en los marcos EtD.

Esta metodología garantiza que las recomendaciones de la presente GPC sean inclusivas, transparentes y basadas en la mejor evidencia disponible, contribuyendo a la equidad, la calidad y la humanización en la atención integral en salud de las personas trans en Colombia.

2.1. Conformación del grupo desarrollador para la adaptación de la guía

El Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) estuvo conformado por un equipo núcleo vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social, responsable de las actividades técnicas y metodológicas del proceso de adaptación y actualización.

Este equipo estuvo integrado, en diferentes fases del desarrollo, por profesionales con formación en epidemiología clínica, metodología GRADE, salud pública y atención en salud de personas trans, quienes asumieron funciones de liderazgo metodológico y experticia temática según la etapa del proceso.

El equipo núcleo fue responsable de garantizar el rigor científico, coordinar la búsqueda y síntesis de la evidencia, orientar la formulación de las

recomendaciones clínicas y asegurar la coherencia metodológica en todas las fases del desarrollo, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente, se conformó un panel ampliado de expertos y representantes comunitarios, compuesto por profesionales clínicos de diferentes disciplinas, representantes de sociedades científicas, instituciones prestadoras de servicios de salud, académicos, personas trans, y miembros de organizaciones de base comunitaria y de la sociedad civil.

La identificación y selección de los participantes se realizó mediante un proceso estructurado que combinó la técnica de mapeo de actores —a través de una búsqueda activa de entidades e individuos con experiencia en salud trans— y la técnica de bola de nieve, que permitió ampliar la red de participantes a partir de referencias proporcionadas por los primeros convocados.

En el caso de las organizaciones de base comunitaria, se implementó un proceso de votación interna para seleccionar a los representantes de la población trans que participarían en el desarrollo de la guía.

Los expertos y representantes seleccionados participaron activamente en la priorización de las preguntas clínicas, la discusión de la evidencia científica y la formulación de las recomendaciones, bajo la orientación metodológica del equipo núcleo del GDG.

Esta estrategia permitió garantizar la inclusión de perspectivas clínicas, académicas y comunitarias, fortaleciendo la pertinencia, legitimidad y aplicabilidad de la guía.

Con el propósito de garantizar la transparencia y legitimidad del proceso, todos los integrantes del equipo núcleo, así como los participantes del panel ampliado, realizaron la declaración de conflictos de interés utilizando el formato adaptado de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este instrumento fue ajustado por un equipo interdisciplinario conformado por una abogada, una bioeticista y miembros del grupo desarrollador, e incluyó la declaración de intereses económicos, profesionales, laborales y personales, tanto directos como indirectos.

2.1.1 Convocatoria

Se llevó a cabo una convocatoria dirigida a sociedades científicas, asociaciones profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud con experiencia en atención a personas trans (incluidas las llamadas “clínicas de género”). Estas organizaciones fueron invitadas a delegar profesionales clínicos o expertos temáticos que pudieran aportar a la formulación de la guía. Asimismo se garantizó la participación de representantes del sector social directamente relacionado con la población objeto de esta GPC.

2.1.2 Funciones del Grupo Desarrollador

El grupo multidisciplinario tuvo como responsabilidad principal participar activamente en la revisión, análisis crítico y síntesis de la evidencia científica, así como en la formulación de recomendaciones clínicas fundamentadas en criterios de efectividad, seguridad, validez diagnóstica y terapéutica, dentro de un enfoque basado en la mejor evidencia disponible.

Entre las funciones específicas que desempeñó el grupo desarrollador se encuentran:

- Definir las preguntas clínicas orientadoras del proceso, estructuradas bajo el modelo PICO (Población, Intervención, Comparación, Desenlace).
- Priorizar los desenlaces clínicamente relevantes, considerando la perspectiva de las personas trans y el impacto esperado de las intervenciones en salud.
- Seleccionar y evaluar críticamente las guías de práctica clínica base, susceptibles de adaptación, utilizando los criterios de calidad metodológica establecidos por el Ministerio de Salud y el IETS [1].
- Participar en la búsqueda sistemática de la evidencia científica, con base en las preguntas formuladas y las prioridades temáticas definidas.
- Apoyar el desarrollo de revisiones sistemáticas y la elaboración de síntesis narrativas o cuantitativas de la evidencia disponible.
- Intervenir en espacios deliberativos y procesos participativos, junto con expertos clínicos y representantes comunitarios, para discutir los hallazgos y formular recomendaciones contextualizadas.
- Contribuir a la formulación de conclusiones clínicas, considerando la certeza de la evidencia, así como criterios de factibilidad, equidad, aceptabilidad y aplicabilidad.
- Socializar los resultados, recomendaciones y justificaciones, en encuentros con actores clave e instituciones interesadas en la implementación de esta guía.

2.1.3 Conflictos de interés

Como parte de las garantías de transparencia e integridad del proceso, todas las personas convocadas para integrar el panel de expertos y representantes comunitarios de la Guía, así como los demás participantes en las distintas fases de desarrollo, diligenciaron el formato de declaración de conflictos de interés, adaptado de la política y lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la gestión de conflictos de interés[9].

Las declaraciones fueron revisadas por el equipo núcleo del Grupo Desarrollador, como parte del mecanismo ético y técnico de evaluación, con el propósito de identificar posibles conflictos y determinar el alcance de la participación de cada integrante, de acuerdo con la naturaleza y el nivel de conflicto reportado.

Este procedimiento garantizó que las recomendaciones discutidas y formuladas por el panel fueran imparciales, basadas en la mejor evidencia disponible y libres de influencias externas, fortaleciendo la transparencia y credibilidad del proceso de desarrollo de la guía.

2.1.4 Compromiso de confidencialidad y no divulgación de información

Como parte de las garantías de transparencia, confidencialidad y protección de la información, todas las personas participantes en el proceso de adaptación y actualización de la Guía —incluyendo el equipo núcleo del Grupo Desarrollador, el panel de expertos y representantes comunitarios— firmaron un Compromiso de Confidencialidad y No Divulgación de Información.

Este documento estableció el deber de mantener reserva sobre los contenidos en discusión, los documentos preliminares y cualquier información técnica, metodológica o deliberativa a la que tuvieran acceso durante el desarrollo de la guía.

El compromiso tuvo como finalidad proteger la independencia y la integridad del proceso metodológico, evitando la difusión no autorizada de información y garantizando que las recomendaciones se formularan de manera libre, informada y objetiva.

2.2. Formulación, análisis y priorización de preguntas clínicas

Durante la fase inicial del desarrollo de la Guía de Práctica Clínica, el Grupo Desarrollador (GDG), formuló un conjunto de preguntas generales orientadas a generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, con el propósito de guiar la prestación de servicios de salud relacionados con la atención integral y la afirmación de género en personas trans en Colombia.

A partir de estas preguntas generales, el GDG propuso una primera versión de módulos prioritarios y preguntas orientadoras para la búsqueda sistemática de guías de práctica clínica susceptibles de adopción o adaptación. Estas preguntas fueron posteriormente validadas y enriquecidas con la participación de un panel de expertos, compuesto por profesionales de distintas áreas clínicas, representantes de sociedades científicas, académicos, y representantes de la comunidad trans y de organizaciones de base comunitaria. Este panel contribuyó activamente en la discusión, ajuste y priorización de las preguntas clínicas mediante una reunión presencial y una reunión virtual, por medio de la plataforma de teams los días 23 de octubre y 06 de noviembre de 2024.

La incorporación de diversas perspectivas clínicas, académicas y comunitarias permitió al GDG refinar y consolidar el conjunto definitivo de preguntas, las cuales fueron estructuradas conforme al modelo PICO (Población, Intervención, Comparación, Desenlace), facilitando así la identificación precisa de los componentes necesarios para la búsqueda y selección de la evidencia.

Finalmente, las preguntas clínicas se organizaron en cinco módulos temáticos, que enmarcan el propósito y el alcance de esta Guía de Práctica Clínica:

1. Atención inicial en afirmación de género en población trans
2. Manejo clínico para la supresión del desarrollo puberal
3. Manejo clínico para la afirmación de género
4. Prevención de eventos adversos y atención a largo plazo de la afirmación de género
5. Manejo quirúrgico para reasignación de sexo y confirmación de género

Atención inicial en afirmación de género.

Aborda el primer contacto en salud, con enfoque integral y humanizado, asegurando reconocimiento identitario, respeto, ausencia de discriminación y orientación adecuada sobre las opciones de afirmación de género disponibles.

Manejo clínico para la supresión puberal.

Dirigido al acompañamiento de adolescentes trans, combinando valoración clínica, apoyo psicosocial y respeto por la autonomía progresiva, considerando el contexto familiar y educativo.

Manejo clínico para la afirmación de género.

Aquí se prioriza la atención clínica dirigida a adultos trans que desean iniciar o continuar un proceso de afirmación de género mediante intervenciones médicas, especialmente hormonales. El módulo enfatiza la personalización del tratamiento, el monitoreo de la salud integral y la corresponsabilidad entre el paciente y el equipo de salud en la toma de decisiones.

Prevención de eventos adversos y atención a largo plazo

Incluye la vigilancia de efectos adversos, la atención integral sostenida y estrategias de promoción del bienestar físico y mental a lo largo del tiempo.

Manejo quirúrgico para reasignación de sexo y confirmación de género.

Orienta la evaluación y atención especializada en procedimientos quirúrgicos para la afirmación o confirmación de género, abordando desde la evaluación prequirúrgica integral hasta el seguimiento postoperatorio. Se reconoce la diversidad de necesidades, expectativas y derechos de las personas trans en relación con el acceso a estas intervenciones.

2.3. Definición y gradación de desenlaces

Como parte del proceso de adaptación, se construyó un listado preliminar de desenlaces relevantes a partir de la revisión de la guía de base y de búsquedas complementarias en literatura científica, incluyendo estudios integrativos y ensayos clínicos. Dicho listado fue elaborado sin conocer a priori la dirección, significancia estadística o clínica ni la magnitud de los efectos, y se centró en los aspectos más relevantes para la atención integral en salud de las personas trans en el contexto colombiano. El listado fue revisado y complementado por el equipo núcleo del grupo desarrollador y expertos temáticos.

Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de calificación individual de la importancia de cada desenlace, en el cual participaron expertos clínicos, metodólogos, representantes de la sociedad civil, cuidadores y personas trans. La calificación se realizó siguiendo las recomendaciones de la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y el manual GRADE [1,10], utilizando una escala de 9 puntos, como se presenta a continuación:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
De importancia limitada para la toma de decisiones (No incluidos en el perfil de evidencia)			Importantes, mas no críticos (Incluidos en el perfil de evidencia)			Críticos para la toma de decisiones (Incluidos en el perfil de evidencia)		

El desenlace fue clasificado en la categoría en la que alcanzó una votación igual o mayor al 70% o en la que se obtuvo su mediana. Producto de este ejercicio, se incluyeron en la pregunta de investigación aquellos desenlaces clasificados como críticos y los desenlaces importantes más no críticos para la toma de decisiones; los desenlaces identificados como no importantes para la toma de decisiones fueron descartados del proceso de revisión.

2.4. Búsqueda y selección de guías de práctica clínica

Una vez formuladas y priorizadas las preguntas clínicas estructuradas bajo el modelo PICO, el grupo desarrollador realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica publicadas entre 2015 y 2024, con el propósito de identificar documentos susceptibles de servir como guía base para su adaptación al contexto colombiano.

Esta búsqueda se llevó a cabo siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la adaptación de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia [1].

2.5 Revisión sistemática de la literatura

2.5.1. Fuentes de información

La búsqueda se enfocó en la identificación de guías de práctica clínica que pudieran responder a las preguntas formuladas bajo el modelo PICO. Para ello, se consultaron fuentes electrónicas agrupadas en tres categorías:

- Organismos compiladores (Tabla 1): Portales institucionales que agrupan GPC desarrolladas por múltiples entidades.
- Organismos desarrolladores (Tabla 2): Entidades productoras de GPC reconocidas internacionalmente.
- Bases de datos científicas (Tabla 3): Repositorios de literatura biomédica donde se incluyen GPC publicadas en revistas científicas o indexadas.

Tabla 1.

Organización	Acceso
Guidelines International Network (GIN)	http://www.g-i-n.net/
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)	https://www.awmf.org/
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	https://www.guideline.gov/
Canadian Medical Association (CMA)	https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx
Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française (CISMeF)	http://doccismef.chu-rouen.fr/dc/#env=bp
Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud	http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica
National Center for Biotechnology Information (NCBI)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK16710/

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.

Organización	Acceso
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk/

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/
American College of Physicians (ACP)	https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines
Haute Autorité de Santé (HAS)	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1249605/fr/outils-guides-methodes
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	http://www.paho.org/
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)	http://www.cenetec.salud.gob.mx/
Australian National Health and Medical Research Council – Clinical Practice Guidelines Portal	https://www.clinicalguidelines.gov.au/
Australian Capital Territory Government (ACT Government)	https://www.act.gov.au/health
Ministerio de Salud de Argentina	http://www.legislaud.gov.ar/pdf/ssr_guia_personas_trans.pdf
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/wp-content/uploads/sites/216/2023/12/Guia-TMCH-1-Version-2020.pdf
Ministerio de Salud Pública de Uruguay	https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/
World Health Organization (WHO)	http://www.who.int/publications/guidelines/en/

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3.

Organización	Acceso
PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
Embase	https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research
LILACS – Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS
Epistemonikos	https://www.epistemonikos.org/
Trip Database	https://www.tripdatabase.com/

El objetivo fue identificar GPC que dieran respuesta a las preguntas clínicas priorizadas por el grupo desarrollador de la guía. Se complementó la búsqueda mediante la técnica de bola de nieve, a partir de referencias incluidas en las GPC identificadas y sugerencias de expertos temáticos del GDG.

2.5.2 Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda incluyó descriptores y palabras clave relacionadas con los módulos temáticos de la guía (evaluación clínica, acompañamiento psicosocial, supresión puberal, terapia hormonal, atención quirúrgica y seguimiento de largo plazo). Se utilizaron términos controlados (MeSH, DeCS) y texto libre, adaptados a cada fuente de información.

Las referencias fueron gestionadas con el software Mendeley, el cual permitió la eliminación automática y manual de duplicados.

2.5.3. Criterios de inclusión

Se incluyeron GPC:

- Publicadas entre enero de 2015 y Noviembre de 2024.
- Basadas en evidencia y con metodología claramente reportada.
- Que abordaran de manera explícita una o más de las preguntas clínicas priorizadas bajo el modelo PICO.
- Que incluyeran recomendaciones orientadas a personas trans, población con disforia/incongruencia de género o temáticas clínicas directamente aplicables a esta población. No se restringió la búsqueda por idioma.

2.5.4. Criterios de exclusión

Se excluyeron documentos que:

- No fueran guías de práctica clínica basadas en evidencia.
- No reportaran el uso de revisión sistemática para la formulación de recomendaciones.
- No abordaran directamente las preguntas PICO priorizadas.
- Correspondieran a declaraciones de consenso sin metodología explícita.
- No estuvieran disponibles para revisión en texto completo.

2.5.5. Tamización de referencias y selección de estudios

Se identificaron inicialmente 7560 referencias (804 provenientes de bases de datos científicas y 6755 mediante métodos complementarios). Luego de eliminar los duplicados, se evaluaron 6709 referencias por título y resumen. Esta primera tamización fue realizada por tres revisores de forma independiente. Se seleccionaron 21 documentos para lectura completa.

En la segunda tamización, tras la lectura completa de las guías identificadas, se aplicó la Herramienta 7, definida en la guía metodológica adopción - adaptación de guías de práctica clínica basadas en evidencia el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), con el propósito de verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos esperados en una guía de práctica clínica basada en evidencia. Esta evaluación incluyó aspectos relacionados con la metodología utilizada, el proceso de búsqueda y síntesis de la evidencia, la participación de un grupo desarrollador y la formulación explícita de recomendaciones clínicas.

A partir de este proceso, se identificaron 8 guías elegibles para avanzar hacia la evaluación de calidad metodológica mediante la herramienta AGREE II.

A continuación, se presenta el listado de las guías seleccionadas para esta fase:

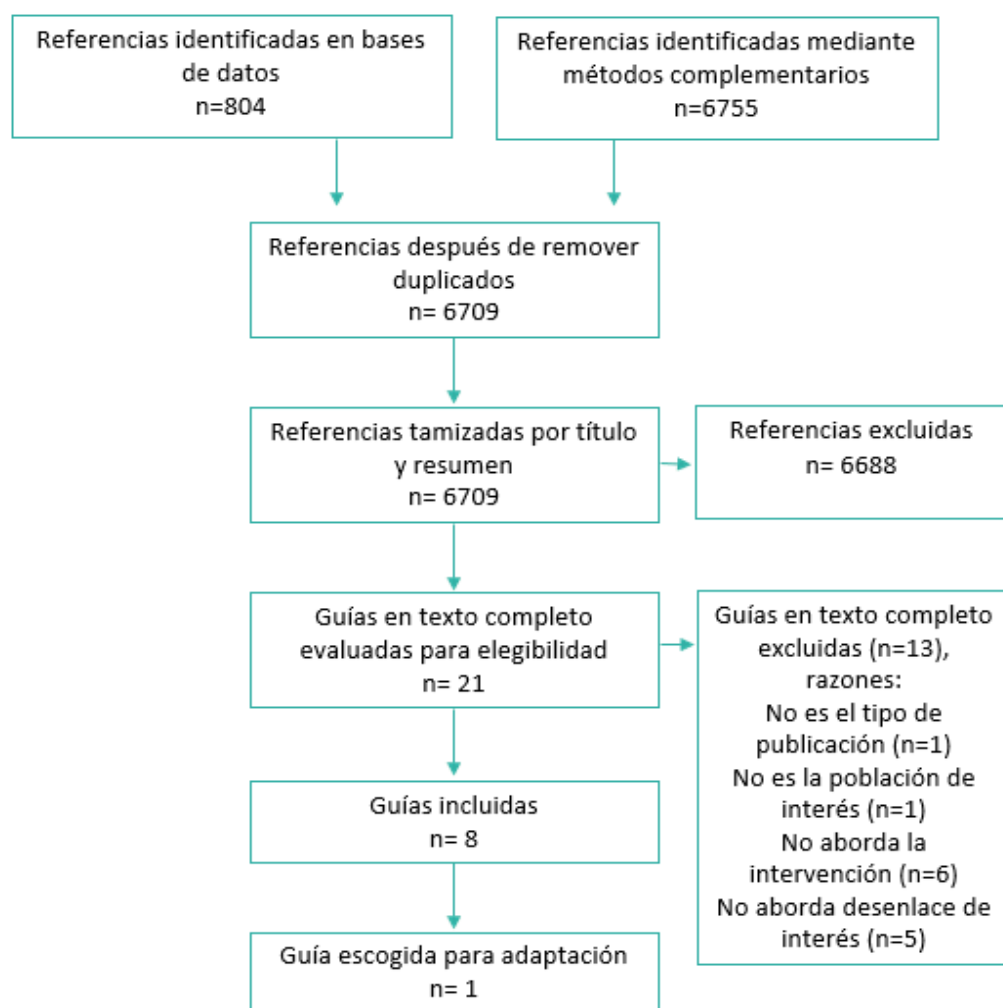
Tabla 4. Guías de práctica clínica seleccionadas para evaluación de calidad metodológica

Nombre de la guía	Año	Idioma
1. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: clinical practice guideline [11]	2017	Inglés
2. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8 [12]	2022	Inglés
3. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations[13]	2022	Inglés
4. Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa New Zealand [14]	2018	Inglés

5. Geschlechtsinkongruenz, geschlechtsdysphorie und trans-gesundheit: S3-Leitlinie zur diagnostik, beratung und behandlung [15]	2019	Alemán
6. Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans [16]	2020	Español
7. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso [17]	2022	Español
8. Guia rápida para prática de atenção à saúde da população transgênero aos moldes do PACK Brasil [18]	2019	Portugués

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda, tamización y selección de guías base para adaptación.



Fuente: Elaboración propia

2.5.6. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) que superaron la tamización realizada mediante la herramienta 7, descrita previamente fueron sometidas a una evaluación formal de calidad mediante la herramienta AGREE II [19]. Esta evaluación se enfocó especialmente en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.

La evaluación fue realizada de forma independiente por dos evaluadores con experiencia metodológica, miembros del grupo desarrollador de la guía. Una vez obtenida la calificación estandarizada de cada GPC en los diferentes dominios de AGREE II, se aplicaron los siguientes criterios de decisión para su consideración en fases posteriores del proceso:

- Puntuación en el dominio de rigor metodológico igual o superior al 60 %.
- Puntuación en el dominio de independencia editorial igual o superior al 60 %.

Adicionalmente, se consideraron otros aspectos relevantes para la selección, como la utilización de la metodología GRADE en la formulación de recomendaciones. Estos criterios permitieron identificar las guías con mayor calidad metodológica y utilidad para el proceso de adaptación.

2.6. Formulación y redacción de las recomendaciones

Para la elaboración de las recomendaciones de esta guía de práctica clínica, se implementó un proceso estructurado, transparente y basado en evidencia, siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). El proceso se desarrolló para cada uno de los módulos priorizados:

1. Atención inicial en afirmación de género en población trans
2. Manejo clínico para la supresión del desarrollo puberal
3. Manejo clínico para la afirmación de género
4. Prevención de eventos adversos y atención a largo plazo de la afirmación de género
5. Manejo quirúrgico para reasignación de sexo y confirmación de género

2.6.1. Construcción de perfiles de evidencia

Para cada una de las preguntas clínicas priorizadas, la experta metodóloga recopiló, analizó y sistematizó la evidencia relevante con el fin de apoyar la adaptación de las recomendaciones. Este proceso incluyó:

- Revisión de la evidencia contenida en la guía base seleccionada para adaptación.
- Identificación y análisis de literatura científica reciente mediante búsquedas rápidas y dirigidas, orientadas a cubrir vacíos de evidencia o aportar actualizaciones necesarias para el contexto nacional.
- Revisión de fuentes nacionales (por ejemplo, INVIMA, Cuenta de Alto Costo, CUPS y SISPRO) con el propósito de contextualizar la aplicabilidad e implementación de las recomendaciones en Colombia.
- Retroalimentación y aportes de expertos clínicos, temáticos, representantes comunitarios y demás integrantes del panel.

La evaluación de la certeza de la evidencia se llevó a cabo utilizando la metodología GRADE, sintetizada en perfiles de evidencia adaptados a cada módulo temático.

2.6.2. Elaboración de juicios con marcos EtD (Evidence to Decision)

Para cada recomendación clínica, se elaboró un marco de evidencia a decisión (EtD), el cual permitió estructurar de manera sistemática los juicios necesarios para orientar la formulación y gradación de la recomendación. La construcción de estos marcos se basó en el análisis de la evidencia científica disponible, las observaciones de los expertos temáticos, y la deliberación técnica del grupo desarrollador de la guía.

Los dominios considerados en los marcos EtD fueron los siguientes:

- Balance entre beneficios y riesgos.
- Valores y preferencias de las personas usuarias.

- Recursos requeridos (costos).
- Costo efectividad.
- Equidad.
- Aceptabilidad.
- Factibilidad.

2.6.3. Formulación inicial de recomendaciones y revisión por expertos temáticos

A partir de las recomendaciones de la guía de referencia (guía adaptada), el Grupo de Desarrollo de la Guía (GDG) formuló versiones preliminares de las recomendaciones. Estas versiones fueron enviadas a los expertos temáticos para su revisión antes de cada panel deliberativo, y los comentarios recibidos fueron incorporados en versiones actualizadas. Estas versiones actualizadas fueron las presentadas durante los paneles de expertos para su análisis y ajuste final.

2.6.4. Paneles de deliberación y consenso

Durante los paneles de expertos, se presentaron las versiones actualizadas de las recomendaciones junto con los resúmenes de evidencia. Los expertos analizaron colectivamente el contenido, realizaron observaciones y propusieron ajustes.

Los paneles contaron con la participación de:

- Expertos clínicos y temáticos
- Representantes del Ministerio de Salud y Protección Social
- Representantes de organizaciones de la sociedad civil
- Representantes de la población objetivo

Las recomendaciones fueron ajustadas durante el panel hasta lograr una versión final consensuada en términos técnicos, clínicos y éticos.

2.6.5. Votación y medición de consenso

Finalizada la deliberación de cada módulo, se llevó a cabo una votación estructurada para determinar el nivel de acuerdo de los expertos temáticos con la redacción final de cada recomendación, así como la calificación de la certeza de la evidencia de acuerdo con los dominios GRADE]. Esta votación se realizó después de haber discutido y consensuado colectivamente la recomendación presentada.

Antes de cada votación, se revisaron los conflictos de interés declarados por los participantes, lo que permitió definir su rol con voz y/o voto. Este proceso garantizó una toma de decisiones fundamentada, participativa y alineada con el rigor técnico y la transparencia del desarrollo metodológico.

2.6.6. Gradación de las recomendaciones

La fuerza de cada recomendación fue clasificada como fuerte o condicional de acuerdo con los criterios del enfoque GRADE, considerando el balance entre beneficios y riesgos, la certeza de la evidencia, y otros aspectos relevantes como la equidad, aceptabilidad, factibilidad, uso de recursos y valores de las personas usuarias.

La calificación se basó en los juicios emitidos para cada uno de estos dominios en los marcos de evidencia a decisión (EtD),, construidos específicamente para cada recomendación clínica.

La decisión sobre la gradación se fundamentó en el beneficio neto esperado y su aplicabilidad al contexto nacional. Los juicios fueron revisados y consensuados por el grupo desarrollador de la guía, en coherencia con los principios de transparencia, rigor metodológico y participación establecidos para este proceso.

A continuación, se presenta la tabla de criterios utilizada en los marcos EtD para orientar los juicios de decisión:

Tabla 5: Marcos Evidence to Decision (EtD)

Criterio	Pregunta orientadora	Juicio
Problema	¿El problema constituye una prioridad?	<ul style="list-style-type: none"> • No • Probablemente no • Probablemente sí • Sí • Varía • Desconocido
Efectos deseables	¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables?	<ul style="list-style-type: none"> • Trivial • Pequeño • Moderado

Criterio	Pregunta orientadora	Juicio
		<ul style="list-style-type: none"> Grande Varía Desconocido
Efectos no deseados	¿Cuál es la magnitud de los efectos indeseables?	<ul style="list-style-type: none"> Trivial Pequeño Moderado Grande Varía Desconocido
Certeza en la evidencia	¿Cuál es la certeza (calidad o confianza) del cuerpo de evidencia disponible sobre los efectos de las intervenciones?	<ul style="list-style-type: none"> Muy baja Baja Moderada Alta No se incluyeron estudios
Valoraciones	¿Existe incertidumbre o variabilidad en cómo los pacientes valoran los desenlaces de interés?	<ul style="list-style-type: none"> Importante incertidumbre o variabilidad Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad Probablemente importante incertidumbre o variabilidad No importante incertidumbre o variabilidad
Balance de efectos	El balance entre los efectos deseados e indeseados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?	<ul style="list-style-type: none"> Favorece la comparación Probablemente favorece la comparación No favorece la intervención o el comparador Probablemente favorece la intervención Favorece la intervención Varía Desconocido
Recursos requeridos	¿Cuál es la magnitud de los	<ul style="list-style-type: none"> Costos grandes Costos moderados

Criterio	Pregunta orientadora	Juicio
	requerimientos de recursos (costos)?	<ul style="list-style-type: none"> • Costos y ahorros negligibles • Ahorros moderados • Ahorros grandes • Varía • Desconocido
Certeza en la evidencia de los recursos requeridos	¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los requerimientos de recursos (costos)?	<ul style="list-style-type: none"> • Muy baja • Baja • Moderada • Alta • No se incluyeron estudios
Costo-efectividad	La relación costo-efectividad, ¿favorece a la intervención o a la comparación?	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la comparación • Probablemente favorece la comparación • No favorece la intervención o el comparador • Probablemente favorece la intervención • Favorece la intervención • Varía • Desconocido
Equidad	¿Cuál sería el impacto sobre la equidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Reducida • Probablemente reducida • Probablemente no impacta • Incrementada • Varía • Desconocido
Aceptabilidad	¿Es aceptable la intervención para los grupos de interés clave?	<ul style="list-style-type: none"> • No • Probablemente no • Probablemente sí • Sí • Varía • Desconocido
Factibilidad	¿Es factible implementar la intervención?	<ul style="list-style-type: none"> • No • Probablemente no • Probablemente sí

Criterio	Pregunta orientadora	Juicio
		<ul style="list-style-type: none"> • Sí • Varía • Desconocido

Fuente: Adaptado de Li et al. [3]

Una vez emitidos los juicios para cada dominio del marco EtD, el grupo desarrollador de la guía junto con los paneles de expertos deliberaron colectivamente sobre la fuerza (fuerte o condicional) y la dirección (a favor o en contra) de cada recomendación. Esta clasificación se realizó con base en el balance entre beneficios y riesgos, la certeza de la evidencia y su aplicabilidad al contexto colombiano. La siguiente tabla resume el significado de esta gradación:

Fuerza	Dirección	Significado
Fuerte	A favor	Los beneficios de la intervención superan claramente los efectos indeseables.
Condicional	A favor	Los beneficios de la intervención probablemente superan los efectos indeseables.
Fuerte	En contra	Los efectos indeseables superan claramente los beneficios de la intervención.
Condicional	En contra	Los efectos indeseables de la intervención probablemente superan los beneficios.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias [9].

2.6.7. Validación final y redacción definitiva

Los resultados de las deliberaciones y votaciones fueron incorporados por el equipo metodológico y el Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) en la versión final de cada recomendación. Este proceso garantizó la alineación de las recomendaciones con la evidencia científica disponible, los contextos clínicos y sociales nacionales, y los principios de equidad, inclusión y respeto por los derechos humanos.

Además, antes de consolidar la versión definitiva, se realizó una revisión interna por parte de diferentes áreas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de asegurar la coherencia normativa, programática y operativa del documento dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De manera complementaria, la guía fue sometida a una revisión externa independiente por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entidades que evaluaron la calidad técnica, la pertinencia de las recomendaciones y la incorporación del enfoque de derechos, género y equidad.

Las observaciones derivadas de estos procesos fueron analizadas, discutidas y, cuando correspondía, incorporadas en la versión final de la guía.

2.7. Independencia editorial

El Ministerio de Salud y Protección Social financió y lideró la coordinación metodológica de esta Guía de Práctica Clínica. El equipo metodológico, adscrito al mismo organismo financiador, fue responsable de la aplicación rigurosa del proceso técnico de adaptación: búsqueda y síntesis de evidencia, evaluación de certeza (GRADE), construcción de perfiles de evidencia, elaboración de marcos EtD y redacción técnica del documento.

No obstante, con el fin de garantizar independencia editorial en las decisiones clínicas y en la formulación de las recomendaciones, se implementaron los siguientes mecanismos:

- **Delimitación de roles:** el equipo metodológico del financiador participó únicamente como responsable de la conducción técnica del proceso, sin intervención en la votación ni en la definición final de la fuerza o dirección de las recomendaciones.
- **Autonomía de los expertos temáticos:** la toma de decisiones clínicas se confirió exclusivamente al panel de expertos y representantes comunitarios, quienes analizaron la evidencia, deliberaron y votaron cada recomendación sin influencia del financiador.
- **Gestión transparente de conflictos de interés:** todos los participantes declararon sus conflictos de interés, lo que permitió asignar la participación con voz y/o voto según criterios éticos previamente

establecidos.

Estos mecanismos garantizan que las recomendaciones contenidas en esta guía sean técnica y clínicamente independientes, basadas en la mejor evidencia disponible y orientadas al bienestar y la equidad en salud de las personas trans en Colombia.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Guía metodológica para la adopción–adaptación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Bogotá D.C.: MinSalud; 2016.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS); Ministerio de Salud y Protección Social. Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 3a ed. Bogotá, D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS); 2024.
3. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383-94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
4. Li S-A, Alexander PE, Reljic T, Cuker A, Nieuwlaat R, Wiercioch W, et al. Evidence to Decision framework provides a structured “roadmap” for making GRADE guidelines recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2018;104:103-12. doi:10.1016/j.jclinepi.2018.08.019.
5. Moher J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Res Policy Syst*. 2018;16(1):45.
6. Rehfuess EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 1):i. doi:10.1136/bmjgh-2018-000844.
7. Welch V, Petkovic J, Jull J, Hartling L, Klassen T, Kristjansson E, et al. Chapter 16: Equity and specific populations. In: Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Welch V, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 6.2 (updated February 2021). Cochrane; 2021.
8. Moher J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Res Policy Syst*. 2018;16(1):45. doi:10.1186/s12961-018-0320-2.

9. World Health Organization. *Managing conflicts of interest: a how-to guide for public pharmaceutical-sector committees in low- and middle-income countries*. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/363124>
10. Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias. Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con evaluación económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
11. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.
12. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644.
13. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022.
14. Oliphant J, Veale J, Macdonald J, Carroll R, Johnson R, Harte M, Stephenson C, Bullock J. Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand. Hamilton: Transgender Health Research Lab, University of Waikato; 2018.
15. Nieder TO, Strauß B. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung und Behandlung. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Hamburg/Jena: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018.
16. Elichiry M, Marzoa C, Capandegui C, Lamm E, Branca MV, et al. Guía de tratamientos de modificación corporal hormonal para personas trans. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2020.
17. Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorel A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgénero y de género diverso. *An Pediatr (Barc)*. 2022;96(5):349.e1-349.e11.
18. Silva BP, Schons AAN. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):2027.
19. AGREE Next Steps Consortium. Instrumento AGREE II: instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Versión en español [Internet]. Hamilton (ON): AGREE Research Trust; 2009 [cited 2025 Oct

27]. Available from:
https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf

20. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jul;66(7):726–35.

BORRADOR

3. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN

3.1 Recomendaciones atención inicial en afirmación de género en población trans

¿Cuáles son las intervenciones para la atención inicial de las personas trans, durante las etapas de tránsito y afirmación de género?

Recomendación 1

La Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género en adultos debe ser diagnosticada únicamente por profesionales de la salud, capacitados en salud mental y/o salud sexual, que cumplan con los siguientes criterios:

- Capacidad para el uso adecuado del DSM-5 y/o CIE-11 o las versiones más actualizadas, como herramientas diagnósticas, y
- Capacidad para diagnosticar Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, y
- Capacidad de distinguir la Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género de condiciones psiquiátricas que puedan tener características similares (p. Ej., trastorno dismórfico corporal), y
- Sensibilización y entrenamiento en enfoque diferencial y de género.

Fuerza de la recomendación:	Condiciona a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕○○ Baja

Consideraciones del panel:

- Se requiere fortalecimiento continuo de las capacidades del personal de salud mental y sexual, tanto en formación de pregrado como en educación continua, incluyendo temas como diversidad sexo-genérica, trauma complejo, discriminación estructural, historia del diagnóstico de disforia, y enfoques afirmativos.
- La recomendación enfatiza que el uso de herramientas diagnósticas como el DSM-5 o la CIE-11 no debe ser mecánico, sino contextualizado culturalmente, entendiendo las trayectorias identitarias y vitales de las personas trans en Colombia. El panel manifestó preocupación por el uso estandarizado sin lectura crítica, lo cual puede reforzar estigmas.
- Se identificó la necesidad de directrices nacionales para armonizar los criterios diagnósticos con los principios de autonomía progresiva, consentimiento informado y respeto por la identidad autopercibida.
- Aunque la recomendación se limita a población adulta, el grupo subrayó la importancia de continuar el debate sobre diagnósticos en adolescentes y jóvenes, especialmente en contextos donde no se busca una patologización, sino una vía para acceder a servicios de salud con garantías.
- Se propone que el Ministerio de Educación desarrolle un programa de certificación o entrenamiento acreditado, en coordinación con universidades, asociaciones científicas y organizaciones sociales, que

valide la idoneidad de los profesionales que intervienen en estas valoraciones.

- Se recomienda que la capacitación incluya competencias éticas, comunicativas y socioculturales, y no se limite a lo técnico. Esto permite un abordaje respetuoso, afirmativo y libre de sesgos.
- El fortalecimiento de capacidades también puede contribuir a reducir los tiempos de espera, mejorar la experiencia del usuario y evitar derivaciones innecesarias o revictimizantes.

Justificación:

La correcta identificación de la discordancia, incongruencia o disforia de género es un punto de partida crucial para la atención integral en salud de personas trans. La evidencia muestra que las personas trans y de género diverso, particularmente jóvenes, enfrentan barreras de acceso, experiencias negativas en los servicios de salud y procesos de atención tardíos o no afirmativos, con impacto en salud mental, bienestar y continuidad del cuidado [1–4]. Asimismo, múltiples estudios describen que la interacción con profesionales no capacitados puede derivar en actitudes estigmatizantes, desconocimiento del tránsito de género, demoras injustificadas y revictimización [5–7].

Aunque el cuerpo de evidencia es principalmente cualitativo y de certeza baja, el panel consideró de manera unánime que la calidad de la atención mejora cuando el diagnóstico es realizado por profesionales entrenados en diversidad sexo-genérica, salud mental y/o salud sexual. Esta formación es indispensable para diferenciar entre expresiones de género no normativas y otras condiciones clínicas como trastorno dismórfico corporal, evitando sobremedicalización, patologización arbitraria o exclusión de servicios de salud [10–13].

En coherencia con los principios de despatologización y derechos humanos, organismos internacionales como la WPATH (SOC-8), la OMS (ICD-11) y la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) promueven procesos diagnósticos respetuosos, centrados en la identidad autopercebida y en la eliminación de la discriminación institucional [10,11,13]. Esta recomendación también reconoce las trayectorias vitales diversas en la población trans adulta en Colombia, donde persisten inequidades territoriales, desconocimiento clínico y barreras de acceso que pueden perpetuar daños evitables.

De esta forma, asegurar que la valoración diagnóstica sea realizada por profesionales idóneos constituye una acción ética, técnica y socialmente responsable para garantizar acceso oportuno, respeto y continuidad de la atención afirmativa.

Marco de evidencia a la decisión

Juicio del panel de expertos

Balance riesgo-beneficio

Probablemente favorece la intervención

Recursos (costos) requeridos	Costos y ahorros negligibles
Valores y preferencias	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

Recomendación 2

El diagnóstico de Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género en menores de edad debe ser realizado exclusivamente por profesionales de la salud mental y/o sexual, con experiencia en población infantil, que cuenten con:

- Capacidad para el uso adecuado del DSM-5 y/o CIE-11 o las versiones más actualizadas, como herramientas diagnósticas, y
- Capacidad para diagnosticar Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, y
- Capacidad de distinguir la Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género de condiciones psiquiátricas que puedan tener características similares (p. Ej., trastorno dismórfico corporal), y
- Sensibilización y entrenamiento en enfoque diferencial y de género.

Fuerza de la recomendación:	Condicional a favor
-----------------------------	---------------------

Certeza de la evidencia:	⊕○○○ Muy baja
--------------------------	---------------

Consideraciones del panel:

- Se requiere una expansión urgente de la disponibilidad de profesionales en salud mental infantil y juvenil con formación en diversidad de género. En muchos territorios de Colombia, especialmente rurales y no capitales, hay una ausencia total de este perfil profesional, lo que deja a menores de edad trans sin rutas de atención adecuadas.
- El diagnóstico debe darse en un entorno protector, seguro, libre de estigmas y coerción familiar o institucional. Esto incluye garantizar la confidencialidad, promover la participación del menor de edad en las decisiones y aplicar el enfoque de autonomía progresiva conforme a su capacidad evolutiva.
- La formación especializada debe ir más allá de las categorías diagnósticas tradicionales. Es clave integrar saberes sobre desarrollo psicoemocional infantil, trayectorias de afirmación de género en la prepubertad, y comprensión del contexto familiar, escolar y social que rodea al menor.
- La evaluación diagnóstica debe incorporar técnicas lúdicas, narrativas y participativas, adaptadas a la edad, el nivel cognitivo y la cultura del menor de edad. El panel enfatizó que el modelo clínico adulto no puede ser replicado mecánicamente en menores.

- El proceso diagnóstico debe ser continuo y longitudinal, privilegiando el acompañamiento y evitando cualquier urgencia por "etiquetar". Esto permite valorar la persistencia, intensidad y consistencia de la vivencia de género, en lugar de tomar decisiones basadas en momentos puntuales.
- Se recomienda promover modelos de atención psicosocial familiar, en los cuales también se brinde apoyo a el/los padre/s, madre/s, cuidadora/es y/o tutora/es legales, permitiendo el fortalecimiento de redes de cuidado que afirmen la identidad de el/la menor de edad.
- Esta recomendación contribuye a reducir riesgos como la patologización indebida, el uso inapropiado de psicofármacos, la exposición a terapias de conversión disfrazadas de "acompañamiento", y el impacto psicosocial de una atención inexperta o moralizante.
- En términos de equidad, esta recomendación puede reducir barreras de acceso y mejorar el bienestar de una población altamente vulnerable, cuyas tasas de ideación suicida, abandono escolar y violencia familiar son significativamente superiores al promedio nacional.

Justificación:

El diagnóstico de discordancia, incongruencia o disforia de género en menores de edad implica retos éticos, clínicos y sociales que requieren un enfoque profundamente especializado. La literatura disponible muestra que la interacción con proveedores de salud no entrenados puede intensificar el estrés social, incrementar retrasos diagnósticos y exponer a las/los menores de edad trans a experiencias negativas dentro del sistema de salud [1–7]. Estas experiencias, sumadas a contextos familiares y educativos adversos, aumentan riesgos de depresión, ideación suicida, autolesión y abandono escolar [8–9].

La evidencia resalta la importancia de que la valoración diagnóstica incorpore dimensiones del desarrollo psicoemocional infantil y juvenil, y considere la consistencia, intensidad y persistencia de la vivencia del género, más allá de comportamientos asociados a estereotipos [3–4]. Asimismo, estudios cualitativos enfatizan la necesidad de acompañamiento psicosocial y del trabajo directo con la familia como estrategia de apoyo y protección frente a la discriminación y violencia estructural [1,3,7].

Organismos como WPATH, OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría posicionan la evaluación diagnóstica en menores de edad, como un proceso orientado al bienestar integral, respetando la autonomía progresiva, promoviendo expresiones identitarias libres de coerción y garantizando el derecho de la persona menor a participar en decisiones sobre su salud [10–13].

Por tanto, esta recomendación contribuye a evitar barreras, prevenir intervenciones inadecuadas, reducir el sufrimiento mental y avanzar en la

equidad en el acceso a los servicios afirmativos de salud para la población trans menor de edad en Colombia.	
Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos y ahorros negligibles
Valores y preferencias	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

TABLA 7. Criterios del DSM-5 para la disforia de género en adolescentes y adultos

Esta tabla presenta los criterios diagnósticos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), para la disforia de género en personas adolescentes y adultas. Su inclusión en esta guía busca proporcionar un marco clínico estandarizado que permita una mejor comprensión de la experiencia de incongruencia de género, reconociendo el impacto funcional y emocional que puede implicar. Aunque el diagnóstico de disforia de género no es un requisito para acceder a los procesos de afirmación, el conocimiento de estos criterios resulta útil para equipos de salud que trabajan en contextos clínicos o de certificación, especialmente en lo relativo al diseño de planes de atención individualizados, la gestión de barreras en el sistema de salud, y el abordaje del sufrimiento asociado cuando está presente. Esta herramienta debe ser aplicada con sensibilidad, evitando la patologización, y reconociendo la diversidad de trayectorias trans.

Criterios del DSM-5 TR para la disforia de género en menores de edad prepuberales

A. Marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el asignado, con una duración mínima de 6 meses, manifestada por al menos seis de los puntos siguientes (uno de los cuales debe ser el criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro género o insistencia en que él o ella es del género opuesto (o de algún género alternativo distinto del asignado).
2. En los chicos (género asignado), clara preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (género asignado), clara preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Clara preferencia por asumir papeles de otro género en los juegos de imaginación o fantasía.
4. Clara preferencia por los juguetes, juegos o actividades utilizados o practicados por el género opuesto de manera estereotipada.
5. Clara preferencia por los compañeros de juego del género opuesto.
6. En los chicos (género asignado), fuerte rechazo de los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, y clara habitación de los juegos bruscos o violentos; en las chicas (género asignado), fuerte rechazo de los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
7. Marcado descontento con la propia anatomía sexual.
8. Fuerte deseo de poseer los caracteres sexuales primarios y/o secundarios correspondientes al género experimentado.

Criterios del DSM-5 TR para la disforia de género en adolescentes y adultos

A. Marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado, con una duración mínima de 6 meses, manifestada por al menos dos de los puntos siguientes:

1. Marcada incongruencia entre el género experimentado/ expresado y los caracteres sexuales primarios y/o secundarios (o, en los adolescentes más jóvenes los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Fuerte deseo de desprenderse de los propios caracteres sexuales primarios y o secundarios a causa de una marcada incongruencia con

<p>el género experimentado expresado (o en adolescentes más jóvenes, deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fuerte deseo de poseer los caracteres sexuales primarios y los secundarios del otro género. 4. Fuerte deseo de ser del otro género (o de algún género alternativo distinto del género asignado). 5. Fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o algún género alternativo distinto del género asignado). 6. Fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro género (o de algún género alternativo distinto del género asignado). <p>El problema se acompaña de malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, en el laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>B. El problema se acompaña de malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, en el escolar o en otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

Tabla 1: Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría [14].

TABLA 8 y 9. Criterios diagnósticos del CIE-10 y CIE-11 para la incongruencia de género

Aunque en Colombia sigue vigente el uso del Clasificador Internacional de Enfermedades CIE-10 para la codificación diagnóstica en los sistemas oficiales de información en salud (como RIPS y SOAT), esta Guía de Práctica Clínica adopta, para fines clínicos y de evaluación diagnóstica, los criterios actualizados del CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en 2019. Esta adopción se fundamenta en su coherencia con los estándares internacionales en salud sexual y derechos humanos, y en su aporte a la despatologización de las experiencias trans, al reubicar la incongruencia de género fuera del capítulo de trastornos mentales, considerándola dentro de las condiciones relacionadas con la salud sexual.

La tabla presenta comparativamente los criterios del CIE-10 (categoría F64.0: Transexualismo), que aún se utilizan para efectos administrativos y de codificación, y los criterios del CIE-11, que ofrecen una visión más respetuosa y alineada con la autonomía de las personas trans. Se incluyen las definiciones para adolescentes y adultos (HA60), así como para menores de edad prepúberes (HA61), destacando el énfasis del CIE-11 en la persistencia, el

deseo de transición y la vivencia subjetiva del género, sin considerar por sí solas las variaciones en comportamientos de género como base diagnóstica. Este marco facilita una atención más ética, centrada en derechos y libre de prejuicios clínicos.

Criterios del CIE-10 para el transexualismo

El transexualismo (F64.0) tiene tres criterios:

1. El deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, generalmente acompañado del deseo de hacer que su cuerpo sea lo más congruente posible con el sexo preferido mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos.
2. La identidad transexual ha estado presente de manera persistente durante al menos 2 años.
3. El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental, ni de una condición genética, de desarrollo sexual (DSD) o anormalidad cromosómica.

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud [15].

Criterios del CIE-11 para la discordancia de género

HA60 Discordancia de género en la adolescencia o adultez

1. Presencia de una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado por la persona y el sexo asignado al nacer.
2. Deseo de realizar una transición para vivir y ser reconocido socialmente como una persona del género experimentado.
3. Deseo de modificar el cuerpo mediante tratamiento hormonal, cirugía u otras intervenciones de salud para alinearlos con el género experimentado (según deseo y posibilidades).
4. El diagnóstico no puede hacerse antes del inicio de la pubertad.

5. Las variaciones en comportamiento o preferencias de género por sí solas no son criterio suficiente para el diagnóstico.

HA61 Discordancia de género en menores prepuberales

1. Incongruencia marcada entre el género experimentado o expresado y el sexo asignado en menores prepúberes.
2. Fuerte deseo de ser de un género diferente al asignado al nacer.
3. Fuerte aversión hacia la propia anatomía sexual o hacia las características sexuales secundarias previstas.
4. Fuerte deseo de tener las características sexuales (primarias o secundarias) correspondientes al género experimentado.
5. Preferencia persistente por juegos simbólicos, juguetes, actividades y compañeros de juego típicos del género experimentado.
6. La incongruencia debe haberse mantenido durante aproximadamente dos años.
7. Las variaciones en comportamiento o preferencias de género no constituyen por sí solas una base para el diagnóstico.

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud [11]

¿Cuáles son las estrategias recomendadas relacionadas con el acompañamiento psicosocial en razón del tránsito y afirmación en el género de las personas trans?

Recomendación 3

Antes de iniciar la supresión de la pubertad o la terapia hormonal de afirmación de género en cualquier persona, se debe informar y asesorar sobre las opciones de preservación de la fertilidad por el profesional tratante (endocrinología o endocrinología pediátrica en el abordaje inicial y si se requiere referir a ginecología o urología).

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- La asesoría sobre fertilidad debe ser individualizada, considerando la edad, madurez emocional, tipo de transición prevista, etapa del desarrollo puberal y valores personales de cada usuario/a. No debe asumirse que todos desean preservar gametos, ni que toda/os

comprenden los alcances de los tratamientos hormonales en este aspecto.

- En el caso de adolescentes, debe aplicarse el principio de autonomía progresiva, garantizando que su opinión sea escuchada y respetada, sin imponer decisiones parentales ni excluir su voz del proceso.
- Se recomienda que la asesoría inicial la brinde el equipo tratante (usualmente endocrinología o endocrinología pediátrica), pero que exista la posibilidad de derivación o consulta con ginecología, urología y reproducción asistida para profundizar en opciones específicas como criopreservación de espermatozoides, ovocitos, tejido ovárico o testicular.
- Aunque la cobertura de estos procedimientos por parte del sistema de salud colombiano es aún limitada, se reconoce que la entrega de información no representa un costo significativo, y que su omisión puede derivar en daños emocionales y quejas posteriores.
- En población preadolescente y adolescente temprana, el impacto psicológico de hablar sobre fertilidad puede variar. Por eso se sugiere que la conversación sea pausada, clara y adaptada al nivel de comprensión, evitando tecnicismos o explicaciones impositivas.
- La formación de profesionales tratantes debe incluir no solo los aspectos clínicos de la preservación de la fertilidad, sino también habilidades de comunicación, consentimiento informado y enfoque en derechos.
- En escenarios rurales o con escasos recursos, se recomienda establecer rutas de referencia claras hacia centros de mayor complejidad donde exista la capacidad técnica para ofrecer esta asesoría.
- La implementación de esta recomendación contribuye a incrementar la equidad dentro del sistema, evitando que solo quienes acceden a clínicas privadas o fuera del país cuenten con opciones reales de preservar su fertilidad.

Justificación:

La supresión puberal y la terapia hormonal de afirmación de género pueden afectar la capacidad reproductiva futura. Por ello, la Endocrine Society y los estándares internacionales de práctica recomiendan ofrecer asesoría anticipada y completa sobre preservación de la fertilidad antes del inicio de cualquier intervención médica relacionada con la transición [12]. La falta de información oportuna puede derivar en angustia, arrepentimiento posterior o barreras para la construcción de los proyectos de vida de las personas trans [12].

La literatura también evidencia que la necesidad insatisfecha de atención afirmativa, incluida la falta de acompañamiento anticipatorio en aspectos reproductivos, se relaciona con peores desenlaces emocionales y mayor riesgo de sufrimiento mental [8–9]. En adolescentes, esta asesoría debe realizarse aplicando el principio de autonomía progresiva, en entornos protectores y con rutas claras de referencia hacia servicios especializados cuando sea necesario.

Si bien existen barreras económicas y de disponibilidad de servicios de fertilidad en Colombia, proporcionar información adecuada no representa un costo relevante y sí contribuye al respeto de los derechos sexuales y reproductivos, a la toma de decisiones informadas y a la prevención de riesgos emocionales. Además, coincide con los estándares de atención de la WPATH SOC-8 y las orientaciones de la OMS sobre decisiones reproductivas en personas trans [10–11].

En consecuencia, la asesoría en preservación de la fertilidad forma parte esencial de una atención ética, equitativa y centrada en derechos, mejorando la experiencia y el bienestar de las personas trans y sus familias en procesos de afirmación de género en Colombia.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Probablemente sí

3.2. Recomendaciones manejo clínico para la supresión del desarrollo puberal

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas previo al inicio de la terapia de supresión puberal, en razón del tránsito en el género en púberes?

Recomendación 4

Las decisiones sobre la transición social de menores prepuberales deben ser tomadas como producto de un acompañamiento permanente de su/s padre/s, madre/s, cuidadora/es y/o tutora/es legales, y al menos un/a profesional capacitado en salud mental y /o sexual, como psiquiatría o psicología infantil, del equipo transdisciplinar, garantizando siempre el interés superior del menor de edad, respetando sus derechos y con base en su autonomía progresiva.

Fuerza de la recomendación:	Condicional a favor
Certeza de la evidencia:	⊕○○○ Muy baja

Consideraciones del panel:

- La transición social no debe entenderse como un "punto de no retorno", sino como un proceso dinámico, flexible y reversible, en el que la/el menor, puede explorar formas de expresión acordes a su vivencia de género sin presión ni expectativas. Esta comprensión evita alarmismos infundados y permite una aproximación más libre de juicios.
- El acompañamiento profesional no debe centrarse en la validación o invalidación de la identidad la/el menor de edad, sino en la creación de un entorno de confianza, escucha y contención emocional, que también fortalezca a los adultos responsables en su rol protector.
- Se recomienda que el proceso de transición social esté inscrito en un plan de atención integral, que contemple el entorno escolar, social y familiar del menor de edad. Esto incluye orientaciones para los equipos educativos, estrategias para enfrentar el estigma y protocolos para prevenir el acoso escolar o la discriminación institucional.
- Aunque esta intervención no implica costos significativos en términos presupuestales, sí requiere inversión en formación y sensibilización del talento humano, tanto en salud como en educación y protección infantil, para evitar barreras de acceso y brindar acompañamiento ético y afirmativo.
- En muchos contextos locales aún prevalecen narrativas que niegan la posibilidad de que un menor de edad exprese de forma consistente su identidad de género. Esta recomendación apunta a contrarrestar el adultocentrismo, reconociendo la capacidad del menor de edad para expresar vivencias legítimas sobre su identidad.
- El diálogo con las familias es fundamental. El panel identificó que una de las principales fuentes de sufrimiento para la/os menores trans no es su identidad en sí misma, sino la respuesta de su entorno. Por tanto, se recomienda que las decisiones sobre transición social estén siempre acompañadas de un proceso de educación, contención y apoyo familiar.

- En casos en que exista desacuerdo entre el/los padre/s, madre/s, cuidadora/es y/o tutora/es legales, el panel recomienda que se activen mecanismos de concertación o intervención desde Defensorías de Familia u otras instancias de protección y justicia, siempre guiados por el interés superior del/a menor.

Justificación:

La transición social en menores prepuberales —es decir, el uso de un nombre, pronombres, vestimenta o formas de expresión acordes a su identidad de género— no implica procedimientos médicos, pero sí constituye un proceso significativo en términos emocionales, identitarios y sociales para el/la menor de edad.

Aunque la evidencia científica disponible es de certeza muy baja y mayoritariamente cualitativa, el juicio del panel de expertos fue claro en que esta práctica, cuando es voluntaria, progresiva y acompañada por adultos responsables y profesionales competentes, puede generar beneficios sustanciales en términos de bienestar psicosocial, autoestima y reducción de riesgos asociados al rechazo o a la invisibilización de la identidad.

El acompañamiento familiar y clínico permite evaluar la consistencia, persistencia e intensidad de la vivencia identitaria sin imponer tiempos ni trayectorias, brindando un entorno seguro para la libre expresión de género y evitando la patologización. El principio de autonomía progresiva —consagrado tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño/a como en la Ley 1098 de 2006— establece que las y los menores de edad tienen derecho a participar en las decisiones que les afectan, de acuerdo con su edad y madurez, lo cual fundamenta esta recomendación desde una perspectiva ética, legal y de derechos.

Además, estudios observacionales en menores de edad trans socialmente afirmados y con apoyo familiar han mostrado niveles de depresión en el rango de la población general y solo un leve aumento en la ansiedad [16].

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos y ahorros negligibles
Valores y preferencias	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Probablemente incrementada
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

Recomendación 5

Se recomienda no realizar intervenciones de afirmación de género, como tratamientos farmacológicos de bloqueo o reemplazo hormonal y/o tratamientos quirúrgicos, en personas prepuberales (aquellas que no han alcanzado el Tanner 2, mamario en el caso de las menores de 18 años asignadas como mujeres y testicular en el caso de los menores de 18 años asignados como hombres)

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- Esta recomendación no excluye el acompañamiento psicosocial temprano, que debe estar centrado en el fortalecimiento de la autoestima, el reconocimiento de la identidad de la/el menor de edad, y el apoyo a la familia y entorno educativo. Esta es la única “intervención” indicada en esta etapa.
- Es clave que el sistema de salud colombiano diferencie con claridad entre acompañamiento afirmativo y medicalización. La falta de formación en salud sexual y de género puede llevar a confusiones, por lo que se recomienda generar lineamientos específicos para la atención en población prepuberal trans y de género diverso.
- En Colombia, aún existen prácticas que vulneran los derechos de menores de edad intersexuales o con expresiones de género diversas, por lo cual esta recomendación también actúa como garantía frente a posibles procedimientos no consensuados.
- En línea con recomendaciones recientes, se reafirma que las intervenciones médicas deben estar reservadas para etapas posteriores, bajo protocolos claros, equipos transdisciplinarios, y con participación activa del/a adolescente.
- La recomendación también responde a preocupaciones sobre la reversibilidad limitada de ciertos procedimientos y sus efectos a largo plazo en fertilidad, desarrollo óseo, salud cardiovascular y bienestar mental, especialmente si son iniciados antes de contar con suficiente madurez emocional.
- Se sugiere al Ministerio de Educación y a las instituciones educativas incorporar esta orientación en los programas de formación y actualización de especialistas en pediatría, endocrinología pediátrica, psiquiatría infantil, medicina familiar, sexología y psicología infantil, reforzando una atención afirmativa no intervencionista en menores de edad prepuberales.

Justificación:

Esta recomendación se fundamenta en la aplicación del principio de precaución clínica, el respeto por el desarrollo físico y emocional de los menores, y los principios éticos internacionales en atención pediátrica. Las intervenciones médicas irreversibles, como la hormonización o las cirugías de afirmación de género, no están justificadas en personas prepuberales por múltiples razones:

1. Desde el punto de vista biológico, las/los menores prepuberales no presentan características sexuales secundarias sobre las cuales intervenir. Las gonadotropinas y hormonas sexuales aún no están activas, por lo que no existe un fundamento clínico para el uso de bloqueadores hormonales (análogos de GnRH) en esta etapa [12].
2. Desde la perspectiva del desarrollo emocional, esta etapa es de exploración identitaria, donde el juego simbólico, la imaginación y las pruebas de roles sociales son parte integral del crecimiento. Si bien algunos menores prepuberales pueden expresar una identidad trans con persistencia, la intervención clínica debe enfocarse exclusivamente en el acompañamiento psicosocial [12].
3. La evidencia disponible, aunque creciente, coincide en que las intervenciones médicas deben reservarse para fases posteriores (a partir de Tanner 2), cuando hay un mayor grado de madurez, consistencia en la vivencia identitaria, y capacidad para el consentimiento informado [17].

En términos éticos y de derechos, tanto la Convención sobre los derechos del Niño/a, como la Ley 1098 de 2006 establecen que toda intervención en la prepubertad, debe respetar el interés superior del menor de edad, su derecho a un desarrollo saludable, y su derecho a participar progresivamente en las decisiones que le afectan. Iniciar intervenciones médicas irreversibles sin que exista capacidad de consentimiento informado vulnera estos principios.

El panel fue enfático en que esta recomendación no implica negar la vivencia de género ni limitar la expresión de género, sino proteger a la/os menores de riesgos clínicos y psicosociales derivados de decisiones irreversibles tomadas de forma prematura.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos y ahorros negligibles
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Sí

TABLA 10. Etapas de Tanner del desarrollo mamario y genital externo masculino

La evaluación del desarrollo puberal es un componente esencial en la atención en salud de adolescentes, particularmente en el contexto del acompañamiento clínico a personas trans. Las etapas de Tanner constituyen un sistema clínico

de clasificación que describe los cambios físicos relacionados con la pubertad, permitiendo una valoración estandarizada del grado de maduración sexual. Esta información es especialmente relevante en la toma de decisiones clínicas relacionadas con el inicio de tratamientos hormonales de afirmación de género, los cuales dependen del estado puberal alcanzado.

Esta tabla presenta de forma resumida las cinco etapas de Tanner tanto para el desarrollo mamario como para el desarrollo genital masculino externo, detallando las características morfológicas y los volúmenes testiculares asociados a cada fase. Su uso clínico permite establecer criterios objetivos para la elegibilidad de intervenciones médicas, garantizando una atención basada en el desarrollo fisiológico real de la persona, y no en su edad cronológica exclusivamente.

Etapas de Tanner del desarrollo mamario y genital externo masculino

Descripción de las etapas de Tanner para el desarrollo mamario:

1. Prepuberal
2. Mama y papila elevadas como una pequeña prominencia; diámetro areolar aumentado
3. Mama y areola agrandadas, sin separación en el contorno
4. Areola y papila forman una segunda prominencia
5. Madura; el pezón sobresale, la areola pasa a formar parte del contorno general del seno

Para pene y testículos:

1. Prepuberal, volumen testicular < 4 mL
2. Ligera ampliación del pene; escroto agrandado, rosado, con textura alterada; testículos de 4–6 mL
3. Pene más largo, testículos más grandes (8–12 mL)
4. Pene y glande más grandes, incluyendo aumento en el grosor; testículos más grandes (12–15 mL), escroto oscurecido
5. Tamaño adulto del pene; volumen testicular > 15 mL

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12]

Recomendación 6

Las personas que muestren los primeros signos físicos de pubertad (Tanner 2, mamario en el caso de las menores de 18 años asignadas como mujeres y testicular en el caso de los menores de 18 años asignados como hombres), con discordancia, incongruencia y/o disforia de género que cumplan los criterios establecidos para su diagnóstico y soliciten acompañamiento pueden ser considerada/os para la supresión del desarrollo puberal, en conjunto con un equipo transdisciplinario.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- El uso de análogos de GnRH debe estar precedido por una evaluación psicosocial rigurosa, que confirme la presencia de incongruencia, discordancia y/o disforia de género persistente, intensa y consistente, realizada por profesionales capacitados en salud mental infantil y diversidad de género.
- La intervención debe formar parte de un modelo de atención integral, que contemple salud mental afirmativa, acompañamiento familiar, educación sexual integral y preparación para la toma de decisiones futuras (como el inicio de hormonación cruzada o la posibilidad de discontinuar el tratamiento).
- El panel enfatizó que la supresión puberal no “decide” el tránsito de género, sino que suspende temporalmente los cambios físicos para permitir una evaluación más pausada, libre de presión por los cambios corporales no deseados.
- Se sugiere incorporar a los equipos transdisciplinarios una mirada ética y legal, que garantice el respeto por los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía progresiva y el consentimiento informado.
- Si bien los costos de los análogos de GnRH son moderados, y actualmente pueden representar una barrera en muchos territorios, el Ministerio de Salud y Protección Social debe liderar estrategias para su inclusión efectiva en el PBS (Plan de Beneficios en Salud) y garantizar su disponibilidad en todo el país, sin discriminación geográfica.
- Se recomienda la evaluación de los medicamentos (análogos de GnRH) por parte del INVIMA para incluir los diagnósticos correspondientes como indicaciones de tratamiento.
- El seguimiento debe incluir controles periódicos de densidad ósea, estado nutricional, salud mental, nivel de desarrollo puberal y estado emocional, documentando cambios físicos y subjetivos relevantes.
- Se deben proteger las decisiones de adolescentes trans ante presiones externas, incluyendo contextos familiares, religiosos o escolares que dificulten el acceso a la atención. La Defensoría de Familia debe actuar como garante en casos de conflicto o desacuerdo.
- La implementación de esta recomendación aumenta la equidad en el acceso a tecnologías de salud reproductiva y endocrinológica para

personas trans jóvenes, actualmente excluidas o invisibilizadas en muchos niveles del sistema.

Justificación:

El inicio de la pubertad puede representar una etapa de profunda angustia para adolescentes trans con Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, al provocar la aparición de características sexuales secundarias no deseadas que pueden consolidar una vivencia corporal contraria a su identidad de género. Por ello, la suspensión temporal del desarrollo puberal mediante análogos de GnRH constituye una herramienta terapéutica que permite ganar tiempo para la exploración identitaria, reducir el malestar psíquico y prevenir intervenciones más invasivas en el futuro [18,19].

La evidencia disponible, aunque no exenta de incertidumbres, apoya la factibilidad y seguridad de la supresión puberal bajo protocolos especializados; los estudios observacionales han documentado supresión hormonal efectiva y perfiles de seguridad esperados, con seguimiento clínico y psicológico estructurado [17,19]. Si bien los desenlaces de salud mental reportados son heterogéneos, la evaluación integral dentro de equipos especializados es el estándar recomendado por guías internacionales [12].

Si bien existen preocupaciones legítimas respecto a efectos secundarios a largo plazo, como la reducción de la densidad mineral ósea, estos riesgos pueden ser monitoreados mediante controles periódicos, nutrición adecuada y seguimiento endocrinológico [17,19]. El panel consideró que el balance riesgo-beneficio es favorable, siempre que el tratamiento sea prescrito por especialistas y con acompañamiento transdisciplinario que incluya salud mental, salud sexual y apoyo familiar.

Esta recomendación se enmarca en los principios de autonomía progresiva, el interés superior del/a menor y el acceso a tecnologías disponibles en salud para preservar el bienestar integral de adolescentes transgénero.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varia
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

Recomendación 7

La supresión de la pubertad debe iniciarse únicamente cuando se presenten los primeros signos físicos de pubertad (Tanner 2, mamario en el caso de las menores de 18 años asignadas como mujeres y testicular en el caso de los menores de 18 años asignados como hombres).

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- Se debe asegurar que la evaluación del estadio Tanner sea realizada por personal capacitado, idealmente endocrinología pediátrica, ya que errores de clasificación pueden llevar a intervenciones inadecuadas o a la pérdida de oportunidad terapéutica.
- La transición clínica entre la prepubertad y la pubertad requiere un protocolo claro, en el que se establezca cómo monitorear los signos puberales, cómo comunicar al menor y a la familia el momento ideal para iniciar la intervención, y cómo garantizar un proceso de toma de decisiones informado y respetuoso.
- Esta recomendación refuerza el límite inferior de edad para el inicio del tratamiento médico y evita prácticas prematuras que pueden ser impulsadas por presión familiar o estereotipos, en lugar de una necesidad clínica comprobada.
- También contribuye a un marco legal más claro para la intervención, alineado con el principio de “madurez suficiente” para decidir, sin patologizar a menores prepuberales ni retrasar tratamientos necesarios.
- El uso de Tanner 2 como criterio clínico se relaciona con mejores resultados funcionales y psicosociales, ya que interviene justo antes de que se consoliden cambios irreversibles, sin interferir en el desarrollo temprano del menor de edad prepuberal.
- El tratamiento en este momento permite ajustar de manera personalizada el acompañamiento psicosocial, los controles médicos y la asesoría sobre decisiones futuras, incluyendo la hormonación cruzada o la preservación de la fertilidad.
- Se sugiere que las instituciones prestadoras elaboren protocolos para la identificación de Tanner 2, incluyendo guías visuales, entrenamiento en habilidades clínicas pediátricas y rutas para el inicio de tratamiento oportuno.

Justificación:

El momento de inicio de la supresión puberal constituye un aspecto clínico y ético fundamental para el manejo afirmativo y seguro de adolescentes trans.

El estadio Tanner 2 marca el umbral biológico en el que comienzan a manifestarse las características sexuales secundarias; por tanto, representa el punto clínico adecuado para considerar la supresión puberal en casos de disforia/incongruencia persistente, intensa y consistente [12]. Iniciar la supresión antes de Tanner 2 carece de sustento clínico (no hay actividad

gonadal sobre la cual actuar) y puede interferir con la evaluación del desarrollo identitario [12,13].

Por otro lado, iniciar el tratamiento mucho después de Tanner 2 puede significar la exposición del/a adolescente a transformaciones corporales irreversibles (como vello facial, cambio de voz, desarrollo mamario o menstruación), que suelen ser vividas con alta carga de sufrimiento emocional y, en muchos casos, conducen a disforia severa, depresión, aislamiento social o conductas autolesivas.

El panel de expertos señaló que actuar en el momento adecuado mejora la adherencia, el pronóstico emocional y la posibilidad de evitar procedimientos quirúrgicos invasivos más adelante, como mastectomías o tratamientos para feminización facial.

Esta decisión se enmarca en los principios de no maleficencia, oportunidad terapéutica y autonomía progresiva, y está respaldada por organismos, que recomiendan el inicio exclusivamente a partir de la pubertad inicial.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

Recomendación 8

En los casos en que sea indicado, se deben iniciar análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para suprimir las hormonas puberales, por parte de la especialidad médica de endocrinología pediátrica (haciendo uso de las herramientas de telemedicina de ser requeridas) y el seguimiento y reformulación podrá realizarse por profesionales de medicina especializada con experiencia y/o capacitación demostrable en atención de personas trans.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- Se recomienda que los profesionales responsables del diagnóstico de salud mental de personas trans y del acompañamiento en procesos de hormonización participen en programas de formación estructurados que incluyan: 1) módulos teórico-prácticos sobre identidades de género, expresión de género, disforia de género, evaluación psicosocial afirmativa y trayectorias diversas trans; 2) formación especializada en

hormonización afirmativa de género (tanto en criterios de inicio como en seguimiento clínico y de laboratorio); 3) rotaciones o mentorías clínicas supervisadas en unidades con experiencia afirmativa de género; y 4) educación continua en actualización de evidencia, ética, consentimiento informado, autonomía progresiva y enfoque de derechos. Esta formación debe adaptarse al contexto colombiano incorporando contenidos sobre rutas de atención locales, normatividad nacional, interseccionalidad y enfoque diferencial, y promover alianzas entre instituciones académicas, servicios de salud y organizaciones de la población trans para asegurar que los profesionales no solo reciban conocimientos, sino que desarrollen habilidades de práctica afirmativa, culturalmente competente y centrada en la persona.

- La telemedicina debe usarse como un complemento que garantice calidad, continuidad y oportunidad en la atención, especialmente en regiones donde no hay endocrinología pediátrica presencial. Esto implica disponer de plataformas seguras, interoperables, con conectividad estable y con personal auxiliar entrenado para apoyar el proceso clínico.
- La formulación y monitoreo de GnRH debe incluir protocolos de evaluación inicial, consentimiento informado, control de efectos adversos, apoyo psicosocial y articulación con servicios de salud mental.
- En muchos territorios, el acceso a los análogos de GnRH sigue siendo una barrera estructural. Se sugiere revisar las rutas de inclusión de estos medicamentos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y facilitar la disponibilidad a través de mecanismos como compra centralizada, inclusión en regímenes subsidiados y adaptación de presupuestos regionales.
- Esta recomendación mejora la equidad, ya que flexibiliza el modelo tradicional de atención especializada en grandes centros urbanos, permitiendo que más puberes accedan a una intervención segura sin necesidad de desplazamientos prolongados o judicialización del derecho a la salud.
- En términos clínicos, esta medida también favorece una mejor continuidad del tratamiento, evitando interrupciones por dificultad para agendar con endocrinología pediátrica y permitiendo la articulación con especialistas como medicina familiar, medicina adolescente, ginecología o urología, si tienen formación suficiente.
- Se recomienda crear registros clínicos unificados o historias clínicas compartidas, para facilitar el seguimiento, reducir riesgos por cambios de profesional tratante y evaluar resultados en salud trans a nivel nacional.

Justificación:

El uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) constituye el tratamiento estándar recomendado a nivel internacional para la supresión puberal en adolescentes con Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género. Esta intervención permite detener temporalmente el desarrollo de características sexuales secundarias no deseadas, brindando un

espacio seguro para la exploración identitaria y facilitando la planificación de tratamientos posteriores (como hormonación cruzada o preservación de la fertilidad)[12,19].

La evidencia observacional documenta supresión hormonal efectiva y perfiles de seguridad esperados; los cambios en densidad mineral ósea requieren seguimiento porque tienden a disminuir en los primeros meses, con posibilidades de recuperación posterior al ajustar el plan terapéutico [17,19].

El juicio del panel de expertos coincidió en que el tratamiento debe ser iniciado por endocrinología pediátrica —por su conocimiento del desarrollo puberal y capacidad para identificar signos clínicos complejos—, pero reconoció que en el contexto colombiano existe una distribución desigual de esta especialidad, lo que genera barreras de acceso, especialmente en zonas rurales o no capitales.

Por ello, la inclusión explícita de la telemedicina como vía complementaria amplía la factibilidad de la intervención, permitiendo consultas sincrónicas con especialistas que no se encuentren en la región del adolescente. De igual forma, se habilita que el seguimiento clínico y la reformulación del tratamiento pueda ser asumida por otra/os especialistas con formación acreditada en salud trans, lo que flexibiliza la continuidad de cuidados en el sistema.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

Recomendación 9

La terapia hormonal cruzada para adolescentes debe implementarse gradualmente bajo los criterios de una inducción puberal y solo después de confirmar la persistencia de la discordancia, incongruencia y/o disforia de género. Esto requiere una junta por parte de un equipo transdisciplinar (compuesto por al menos los profesionales de las siguientes especialidades: endocrinología pediátrica, psiquiatría infantil, psicología, y a disponibilidad en la institución los profesionales en psiquiatría, endocrinología, sexología, medicina familiar, ginecología, urología), el asentimiento y/o consentimiento informado, basándose en el nivel de desarrollo cognitivo y el principio de autonomía progresiva del adolescente, especialmente a partir de los 16 años, y en casos excepcionales en menores de esa edad.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
-----------------------------	----------------

Certeza de la evidencia:

⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- La autonomía progresiva debe ser evaluada de forma estructurada, teniendo en cuenta no solo la edad cronológica, sino la capacidad para comprender los beneficios, riesgos y consecuencias del tratamiento. Se recomienda el uso de herramientas estandarizadas o entrevistas clínicas con enfoque evolutivo y afirmativo.
- La edad de 16 años no debe verse como un umbral rígido. En casos excepcionales, podría valorarse el inicio antes de esa edad si se cuenta con una historia clínica bien documentada, diagnóstico sostenido en el tiempo, apoyo familiar y madurez suficiente para el consentimiento.
- La recomendación reconoce que el acceso a equipos transdisciplinarios es desigual en Colombia. Por tanto, se propone que el Ministerio de Salud y Protección Social impulse estrategias como la telejunta clínica transdisciplinaria, donde profesionales de distintas regiones puedan evaluar en conjunto la situación, apoyados en tecnologías de la información.
- Es fundamental contar con rutas claras para el consentimiento informado, incluyendo el consentimiento del/a adolescente, la información a el/los padre/s, madre/s, cuidadora/es y/o tutora/es legales, y en caso de conflicto o desacuerdo, la intervención de Defensorías de Familia o jueces de familia, respetando el interés superior del/a menor.
- Se recomienda iniciar con dosis bajas y progresivas de hormonas sexuales (estrógenos o testosterona), monitorear indicadores clínicos y bioquímicos periódicamente, y ajustar según respuesta clínica, efectos secundarios y evolución del bienestar emocional.
- El tratamiento debe ir acompañado de una evaluación integral de salud mental, seguimiento del entorno familiar y escolar, y prevención de factores de riesgo asociados como trastornos de la alimentación, autolesiones, consumo de sustancias psicoactivas o violencia.
- La implementación de esta recomendación contribuye a una atención más segura, planificada y humanizada, que reduce el sufrimiento y previene procedimientos quirúrgicos irreversibles realizados a edades inadecuadas.

Justificación:

La terapia hormonal cruzada (THC) representa una fase crítica en el proceso de afirmación de género para adolescentes trans. A diferencia de la supresión puberal, la THC induce cambios físicos irreversibles o parcialmente reversibles, por lo que su implementación requiere de criterios clínicos estrictos, un proceso de evaluación exhaustiva y una toma de decisiones plenamente informada y ética [10,12].

La evidencia y las guías internacionales respaldan su uso en adolescentes con diagnóstico confirmado y persistente, cuando la evaluación integral demuestra preparación para el inicio gradual de tratamiento, con dosis progresivas y

monitoreo clínico y bioquímico que permitan minimizar riesgos cardiovasculares y metabólicos y mejorar la adherencia [12,19]. La participación de un equipo con experiencia en salud mental, endocrinología y salud sexual y reproductiva fortalece la seguridad y solidez ética del proceso [10,12].

El panel de expertos subrayó que este tratamiento debe entenderse como una inducción puberal individualizada, y no como un esquema estándar, adaptándose a cada caso según la historia clínica, el desarrollo del/a adolescente y su contexto familiar y social. Su implementación gradual permite reducir los riesgos clínicos (trombosis, hipertensión, dislipidemias, desmineralización ósea) y mejorar la adherencia terapéutica.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

TABLA 11. Criterios para la terapia hormonal de afirmación de género en adolescentes

La terapia hormonal de afirmación de género en adolescentes requiere un abordaje altamente cuidadoso, ético y multidisciplinario, que reconozca tanto la autonomía progresiva como las complejidades del desarrollo físico, cognitivo y emocional en esta etapa vital. La octava versión de los Estándares de Cuidado de WPATH (2022) establece lineamientos clínicos para dos tipos de intervenciones hormonales: el uso de agonistas de GnRH para detener temporalmente la pubertad, y el inicio de hormonas sexuales cruzadas.

Esta tabla sintetiza los criterios necesarios para cada tipo de intervención, considerando las capacidades diagnósticas del equipo de salud mental o sexual, la madurez emocional y cognitiva del/de la adolescente, la existencia o no de comorbilidades que puedan interferir con el tratamiento, el consentimiento informado y el apoyo familiar. También se exige la valoración de profesionales especializados en endocrinología pediátrica para asegurar que se ha iniciado la pubertad (al menos estadio Tanner 2) y que no existan contraindicaciones médicas.

El enfoque descrito busca asegurar que toda decisión esté sustentada en evidencia, sensibilidad clínica y respeto por los derechos de los y las

adolescentes trans, garantizando su bienestar integral en un contexto legal, médico y ético seguro.

Criterios para la terapia hormonal de afirmación de género en adolescentes

Los adolescentes son elegibles para tratamiento con agonistas de GnRH si:

1. Un/a profesional de la salud (medicina o psicología clínica), capacitada/o en salud mental y/o salud sexual, que cumplan con los siguientes criterios: Capacidad para el uso adecuado del DSM-5 y/o CIE-11 o las versiones más actualizadas, como herramientas diagnósticas, y Capacidad para diagnosticar Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, y Capacidad de distinguir la Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género de condiciones psiquiátricas que puedan tener características similares (p. Ej., trastorno dismórfico corporal), y Sensibilización y entrenamiento en enfoque diferencial y de género, ha confirmado que:

- La diversidad, disforia, incongruencia y/o discordancia de género es marcada y sostenida en el tiempo,
- Se han abordado cualquier problema psicológico, médico o social coexistente que pueda interferir con el tratamiento (por ejemplo, que comprometa la adherencia al tratamiento), y la situación y el funcionamiento del adolescente son lo suficientemente estables para comenzar el tratamiento,
- El/la adolescente tiene suficiente madurez emocional y cognitiva para otorgar consentimiento informado o asentimiento para este tratamiento (reversible).

2. Y el/la adolescente:

- Ha sido informado sobre los efectos reproductivos, incluida la posible pérdida de fertilidad y las opciones para preservarla,
- Ha otorgado consentimiento informado (y, particularmente si el/la adolescente no ha alcanzado la edad legal para consentir tratamientos médicos, según la legislación aplicable), los padres o cuidadores han consentido el tratamiento y están involucrados en apoyar al adolescente durante todo el proceso.

3. Y un/a endocrinóloga/o pediátrica/o u otra/o clínica/o con experiencia en evaluación puberal:

- Está de acuerdo con la indicación del tratamiento con agonistas de GnRH,
- Ha confirmado que la pubertad ha comenzado en el adolescente (estadio de Tanner \geq G2/B2),

- Ha confirmado que no existen contraindicaciones médicas para el tratamiento con agonistas de GnRH.

Los adolescentes son elegibles para tratamiento hormonal sexual posterior si:

1. Un/a profesional de la salud (medicina o psicología clínica), capacitado en salud mental y/o salud sexual, que cumplan con los siguientes criterios: Capacidad para el uso adecuado del DSM-5 y/o CIE-11 o las versiones más actualizadas, como herramientas diagnósticas, y Capacidad para diagnosticar Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, y Capacidad de distinguir la Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género de condiciones psiquiátricas que puedan tener características similares (p. Ej., trastorno dismórfico corporal), y Sensibilización y entrenamiento en enfoque diferencial y de género, ha confirmado:

- La persistencia de la disforia, incongruencia y/o discordancia de género,
- Que se han abordado cualquier problema psicológico, médico o social coexistente que pueda interferir con el tratamiento (por ejemplo, que comprometa la adherencia al tratamiento), y que la situación y el funcionamiento del adolescente son lo suficientemente estables para iniciar el tratamiento hormonal,
- Que el/la adolescente tiene madurez emocional y cognitiva para comprender los efectos del tratamiento (parcialmente) irreversible, evaluar los beneficios y riesgos, y otorgar consentimiento informado.

2. Y el/la adolescente:

- Ha sido informada/o de los efectos (irreversibles) y los efectos secundarios del tratamiento (incluida la posible pérdida de fertilidad y opciones para preservar la fertilidad),
- Ha otorgado consentimiento informado (y, particularmente si no ha alcanzado la edad legal de consentimiento médico, según la legislación aplicable), los padres o cuidadora/es han consentido el tratamiento y están involucrados en apoyar al adolescente durante todo el proceso.

3. Y un/a endocrinóloga/o pediátrica/o u otra/o clínica/o con experiencia en inducción puberal:

- Está de acuerdo con la indicación para el tratamiento hormonal de sexo,
- Ha confirmado que no existen contraindicaciones médicas para dicho tratamiento.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12]

TABLA 12. Protocolo para la inducción de la pubertad

La inducción de la pubertad en adolescentes trans que han recibido tratamiento previo con bloqueadores hormonales o que presentan incongruencia de género y desean alinear su desarrollo puberal con su identidad de género, debe realizarse de manera cuidadosa, gradual y basada en evidencia científica. Esta intervención tiene implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales relevantes, por lo que requiere un protocolo que permita ajustar dosis progresivamente, garantizar seguridad clínica y alcanzar niveles hormonales comparables con los observados en la pubertad cisgénero.

La presente tabla resume las pautas para la inducción puberal en adolescentes transfemeninas y transmasculinos, utilizando 17β -estradiol o ésteres de testosterona según el caso. Se incluyen dosis iniciales, esquemas de aumento gradual, rutas de administración (oral, transdérmica o intramuscular/subcutánea), y se hace referencia a otras tablas complementarias para la transición a dosis de mantenimiento. Estas recomendaciones se alinean con los estándares internacionales de cuidado para la afirmación de género y deben ser adaptadas a la disponibilidad farmacológica en el país, así como al contexto clínico individual de cada paciente.

Protocolo para la inducción de la pubertad
<p>La molécula a utilizarse y su vía de administración dependerá de la presentación disponible en el país y de acuerdo al protocolo actualizado y vigente:</p> <p>Inducción de la pubertad femenina con 17β-estradiol oral, aumentando la dosis cada 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 $\mu\text{g/kg/día}$ • 10 $\mu\text{g/kg/día}$ • 15 $\mu\text{g/kg/día}$ • 20 $\mu\text{g/kg/día}$ • Dosis en adultos: 2–6 mg/día <p>En adolescentes transfemeninas postpuberales, la dosis de 17β-estradiol puede aumentarse más rápidamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 mg/día durante 6 meses • 2 mg/día <p>Inducción de la pubertad femenina con 17β-estradiol transdérmico, aumentando la dosis cada 6 meses (el parche nuevo se coloca cada 3,5 días):</p>

- 6,25–12,5 µg/24 h (cortar parche de 25 µg en cuartos, luego en mitades)
- 25 µg/24 h
- 37,5 µg/24 h
- Dosis en adultos: 50–200 µg/24 h

Para alternativas una vez alcanzada la dosis adulta, ver Tabla 11.

Ajustar la dosis de mantenimiento para imitar los niveles fisiológicos de estradiol (ver Tabla 15).

Inducción de la pubertad masculina con ésteres de testosterona, aumentando la dosis cada 6 meses (vía intramuscular (IM) o subcutánea (SC)):

- 25 mg/m²/semana (o, alternativamente, la mitad de esta dosis semanalmente, o el doble cada 4 semanas)
- 50 mg/m²/semana
- 75 mg/m²/semana
- 100 mg/m²/semana
- Dosis en adultos: 100–200 mg cada 2 semanas

En adolescentes transmasculinos postpuberales la dosis de ésteres de testosterona puede aumentarse más rápidamente:

- 75 mg/semana durante 6 meses
- 125 mg/semana

Para alternativas una vez alcanzada la dosis adulta, ver Tabla 11.

Ajustar la dosis de mantenimiento para imitar los niveles fisiológicos de testosterona (ver Tabla 14).

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12]

Recomendación 10

Se debe realizar un seguimiento clínico y paraclínico cada 3 meses durante el primer año de tratamiento con hormonas (bloque puberal o terapia hormonal cruzada) monitoreando tanto el desarrollo puberal como su bloqueo según corresponda, y posteriormente cada 6 meses, o según criterio médico.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- El seguimiento debe incluir una valoración integral, más allá de los parámetros bioquímicos, que contemple el estado emocional, el desarrollo psicosocial, la experiencia escolar, la relación familiar, y la percepción del/a adolescente sobre los cambios físicos.
- Se recomienda que en cada control se realicen, como mínimo, las siguientes acciones según el tipo de tratamiento:

- Con GnRH: control de LH/FSH, estradiol/testosterona, talla, peso, IMC, edad ósea.
- Con THC: hemograma, perfil lipídico, función hepática, niveles hormonales, tensión arterial, peso, mineralización ósea y evaluación de efectos físicos deseados o adversos.
- En lugares donde no haya endocrinología pediátrica disponible, el seguimiento puede ser asumido por medicina familiar, sexología clínica, medicina sexual, medicina adolescente o medicina interna con formación suficiente, apoyándose en teleconsultoría si es necesario.
- La periodicidad de los controles debe ajustarse a la evolución clínica, permitiendo mayor frecuencia si se identifican complicaciones, y una transición progresiva a controles anuales en etapas posteriores bajo terapia estable.
- Se deben desarrollar formatos clínicos estandarizados para el registro de seguimiento, que sirvan tanto para auditoría institucional como para la generación de evidencia nacional sobre salud trans adolescente.
- El seguimiento regular también permite reforzar estrategias de educación sexual y reproductiva, prevención de ITS, salud mental afirmativa y derechos sexuales y reproductivos, integrando el enfoque biopsicosocial.

Justificación:

El seguimiento clínico y paraclínico frecuente es una medida esencial para garantizar la seguridad, eficacia y oportunidad terapéutica en el manejo de adolescentes trans en tratamiento hormonal. Tanto los análogos de GnRH como las hormonas sexuales exógenas (estrógenos o testosterona) pueden generar efectos adversos potenciales o requerir ajustes según la respuesta fisiológica del cuerpo.

La periodicidad del seguimiento recomendada en la práctica clínica (por ejemplo, cada 3 a 6 meses en el primer año y posteriormente cada 6 a 12 meses) se basa en las mejores prácticas descritas por la Endocrine Society, que enfatiza la necesidad de monitoreo periódico de los niveles hormonales, parámetros metabólicos y estado óseo, así como de la evaluación continua de la experiencia subjetiva, efectos deseados y adversos del tratamiento [12].

Este esquema permite:

- Evaluar la progresión (o detención) del desarrollo puberal.
- Monitorear parámetros bioquímicos claves (hematocrito, lípidos, enzimas hepáticas, densidad ósea, hormonas sexuales).
- Identificar signos clínicos de sobreexposición hormonal, desmineralización ósea o efectos indeseados a nivel cardiovascular, reproductivo o emocional.
- Ajustar la dosis y modalidad de administración según edad, índice de masa corporal, madurez ósea y evolución del cuadro clínico.

El seguimiento continuo también favorece la adherencia terapéutica, permite resolver dudas del/al adolescente y su familia, y promueve la construcción de una relación médico-paciente basada en la confianza, especialmente relevante en personas trans, quienes frecuentemente han sido objeto de experiencias clínicas estigmatizantes.

El panel resaltó que, aunque existen barreras para implementar este seguimiento de manera uniforme en todos los territorios del país, la inclusión progresiva de estrategias como la telemedicina, el fortalecimiento de capacidades clínicas locales y la articulación con equipos de atención primaria pueden facilitar su aplicación.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Probablemente sí

TABLA 13. Protocolo basal y de seguimiento durante la supresión de la pubertad

El acompañamiento clínico de adolescentes trans que inician supresión puberal mediante agonistas de GnRH requiere un monitoreo riguroso, ético y sostenido en el tiempo, que permita garantizar la seguridad, eficacia y reversibilidad del tratamiento. La supresión hormonal interfiere con procesos fisiológicos fundamentales del desarrollo, por lo cual el seguimiento debe considerar tanto parámetros físicos como endocrinológicos y óseos.

Esta tabla resume el protocolo recomendado para la valoración basal y el seguimiento periódico de adolescentes en tratamiento de supresión puberal. Incluye mediciones antropométricas, análisis hormonales, evaluación del desarrollo puberal (etapas de Tanner), así como estudios complementarios para monitorear el estado óseo y la salud metabólica. La periodicidad sugerida para cada examen se basa en las guías clínicas internacionales y permite una intervención oportuna ante cualquier alteración, garantizando la protección integral de los derechos en salud de las personas menores de edad en procesos de afirmación de género.

Protocolo basal y de seguimiento durante la supresión de la pubertad

Cada 3–6 meses:

- Antropometría: talla, peso, IMC (índice de masa corporal), presión arterial, etapas de Tanner

Cada 6–12 meses:

- Laboratorios: LH (hormona luteinizante), FSH (hormona foliculoestimulante), E2 (estradiol) / T (testosterona)

Cada 1–2 años:

- 25-OH vitamina D
- Densidad ósea por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA)
- Edad ósea mediante radiografía de la mano izquierda (si está clínicamente indicado)

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12]

TABLA 14. Protocolo de evaluación inicial y seguimiento durante la inducción de la pubertad

La inducción de la pubertad en personas trans adolescentes exige un acompañamiento clínico riguroso que permita evaluar la respuesta al tratamiento, detectar posibles efectos adversos y asegurar una transición segura hacia la adolescencia y adultez. Este protocolo de seguimiento complementa el esquema de administración hormonal y establece una periodicidad para controles antropométricos, clínicos y paraclínicos según el sexo asignado al nacer y el tratamiento recibido.

La presente tabla organiza las acciones clínicas recomendadas durante este proceso: desde mediciones básicas como peso, talla y estadios puberales, hasta análisis hormonales específicos según el tipo de tratamiento (testosterona o estradiol), exámenes de laboratorio complementarios y evaluaciones de salud ósea. Se enfatiza la necesidad de continuar el monitoreo de la densidad mineral ósea incluso hasta la adultez, y se remite a las Tablas 14 y 15 para la transición al seguimiento en fases de mantenimiento. Este protocolo tiene como fin garantizar la seguridad, eficacia y bienestar integral de las personas trans que inician afirmación hormonal durante la pubertad.

Protocolo de evaluación inicial y seguimiento durante la inducción de la pubertad

Cada 3–6 meses

- Antropometría: talla, peso, IMC (índice de masa corporal), presión arterial, estadios de Tanner

Cada 6–12 meses

- En hombres transgénero: hemoglobina/hematocrito, lípidos, testosterona
- En mujeres transgénero: prolactina, estradio

Cada 1–2 años

- Vitamina D 25OH
Densidad mineral ósea (DMO) mediante DXA (absorciometría por rayos X de energía dual)
- Edad ósea por radiografía de la mano izquierda (si está clínicamente indicado)

La DMO debe monitorearse hasta la adultez (hasta los 25–30 años o hasta que se haya alcanzado la masa ósea máxima).

Para recomendaciones sobre el seguimiento una vez completada la inducción de la pubertad, consultar las Tablas 20 y 21.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12]

3.3 Recomendaciones manejo clínico para la afirmación de género

¿Cuáles son las intervenciones más seguras para disminuir los síntomas asociados a la disforia de género en la población trans por sexo y curso de vida?

Recomendación 11

Antes de iniciar cualquier tratamiento hormonal, se debe confirmar el diagnóstico de Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género (por profesionales de la salud, capacitados en salud mental y/o salud sexual) y evaluar si la persona cumple con los criterios necesarios para la transición endocrina.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- La evaluación diagnóstica debe considerar la historia de vida, el entorno social y familiar, la estabilidad emocional, las experiencias previas con el sistema de salud y las expectativas frente a la transición.
- Es fundamental que esta evaluación no reproduzca prácticas patologizantes, ni imponga exigencias estigmatizantes o normativas de género binarias. Debe ser afirmativa, empática y respetuosa de las trayectorias diversas.
- La confirmación diagnóstica debe quedar debidamente documentada en la historia clínica, incluyendo la fecha, profesional responsable, criterios utilizados y recomendaciones para la transición endocrina.
- Esta recomendación podría generar inequidades si no se cuenta con personal capacitado en regiones apartadas. Por ello, se propone que el Ministerio de Educación garantice formación continua y el uso de telepsiquiatría o telepsicología, para permitir la evaluación remota en zonas sin cobertura especializada.
- Se recomienda integrar esta etapa dentro de una ruta de atención específica, como parte del protocolo de inicio de tratamiento hormonal, de modo que no dependa del criterio individual de cada institución o profesional.

- La evaluación puede complementarse con intervenciones breves en salud mental que fortalezcan la toma de decisiones, la preparación emocional para los cambios corporales y la adaptación a los efectos esperados de la THR.
- Aunque el enfoque debe ser clínico, no se requiere tiempo excesivo ni herramientas complejas: una entrevista clínica bien estructurada, con enfoque afirmativo, puede ser suficiente para confirmar el diagnóstico y avanzar en la atención oportuna.

Justificación:

El inicio de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) es un paso clínico relevante con efectos físicos y psicosociales que pueden ser parcialmente o totalmente irreversibles. Por tanto, es indispensable que esté precedido por una evaluación estructurada y ética, que acompañe la vivencia de género, explore el bienestar emocional y asegure que las condiciones de salud integral que coexistan estén adecuadamente atendidas, siempre desde un enfoque afirmativo de derechos [10,11,13].

Este proceso no se concibe como una validación externa, sino como una medida que promueve una atención segura, informada y respetuosa, optimizando los resultados esperados [10,12]. Al confirmar la persistencia y consistencia de la vivencia de género, se favorece la adherencia terapéutica y se obtienen mejores desenlaces en bienestar general y salud mental [20,21].

La evaluación debe ser realizada por profesionales capacitados en diversidad de género, con enfoque diferencial y experiencia en acompañamiento en salud de personas trans, sin prácticas restrictivas que limiten el acceso a la afirmación médica [10].

La recomendación se alinea con los lineamientos internacionales y los principios bioéticos de no maleficencia, autonomía y justicia. Si bien la evidencia cuantitativa es limitada, el juicio experto, los estudios cualitativos y la experiencia clínica acumulada respaldan su inclusión como una medida protectora del proceso terapéutico.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

TABLA 15. Criterios para la terapia hormonal de afirmación de género en adultos

La octava versión de los *Estándares de Cuidado de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero* (WPATH, por sus siglas en inglés) establece criterios clínicos claros para la indicación de terapia hormonal de afirmación de género en personas adultas. Estos criterios buscan garantizar que el inicio del tratamiento se fundamente en una evaluación integral, respetuosa de la autonomía de la persona, pero también informada por el estado de salud física, mental y reproductiva.

La presente tabla resume los criterios propuestos por WPATH, enfatizando la necesidad de una incongruencia de género marcada y sostenida, la capacidad de otorgar un consentimiento informado, la exclusión de otras posibles causas de incongruencia, y la comprensión de los efectos del tratamiento sobre la salud y la fertilidad. Si bien algunas jurisdicciones aún exigen un diagnóstico formal para acceder a la atención, los lineamientos internacionales priorizan un enfoque centrado en la persona, libre de obstáculos patologizantes. Esta orientación constituye una base esencial para una atención ética, segura y afirmativa en el contexto colombiano.

Criterios para la terapia hormonal de afirmación de género en adultos
<ol style="list-style-type: none">1. La incongruencia de género es marcada y sostenida.2. Cumple con los criterios diagnósticos para la incongruencia de género antes del tratamiento hormonal de afirmación de género en regiones donde se requiere un diagnóstico para acceder a la atención médica.3. Demuestra capacidad para consentir el tratamiento hormonal específico de afirmación de género.4. Se han identificado y excluido otras posibles causas de la aparente incongruencia de género.5. Se han evaluado las condiciones de salud mental y física que podrían afectar negativamente los resultados del tratamiento, y se han discutido los riesgos y beneficios.6. Comprende el efecto del tratamiento hormonal de afirmación de género sobre la reproducción y ha explorado las opciones reproductivas.

Fuente: Adaptado de WPATH – Coleman et al. [10]

¿Cuáles son las intervenciones más seguras y efectivas para la terapia de reemplazo hormonal (TRH), en razón del tránsito en el género de las personas trans por sexo y curso de vida?

Recomendación 12

Cualquier condición médica preexistente debe identificarse y tratarse, así como considerar la posibilidad de que ésta se vea afectada por el tratamiento hormonal, a fin de minimizar riesgos y propender por la seguridad de la persona.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- Se recomienda realizar una valoración médica integral inicial que incluya historia clínica detallada, examen físico completo y exámenes de laboratorio básicos (hemograma, pruebas hepáticas, función renal, lípidos, glucemia, perfil hormonal, función tiroidea), con interconsultas según riesgo individual.
- Para mejorar la equidad en el acceso, el Ministerio de Salud debe asegurar que estos estudios estén incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y que no se exijan como trámites extraordinarios o costosos, especialmente en población trans con barreras estructurales de acceso.
- Es importante que esta evaluación no se convierta en una barrera innecesaria o en una forma encubierta de aplazar la atención. El mensaje debe ser claro: se trata de un paso para favorecer la seguridad del tratamiento, no de una forma de validación o negación de la identidad.
- En contextos rurales o con baja capacidad resolutive, se debe promover el uso de telemedicina para interconsultas médicas y establecer rutas de referencia claras para pruebas diagnósticas.
- En personas jóvenes y aparentemente sanas, no debe asumirse la ausencia de riesgo. Algunas condiciones pueden ser asintomáticas, como dislipidemias familiares, hipertensión inicial o alteraciones tiroideas, que pueden descompensarse con la terapia hormonal si no se detectan.
- El monitoreo continuo de las condiciones identificadas también forma parte del seguimiento longitudinal de la THR, por lo que deben documentarse desde el inicio y ser parte del plan de manejo integral.
- Esta recomendación también permite identificar condiciones de salud mental o consumo de sustancias psicoactivas que puedan interferir con la adherencia al tratamiento, permitiendo abordajes paralelos que mejoran los desenlaces.

Justificación:

La identificación y el manejo de condiciones de salud preexistentes antes de iniciar la terapia hormonal de afirmación (THA) permiten optimizar la seguridad y la respuesta clínica individual, reduciendo riesgos prevenibles durante el proceso de transición médica [12].

Las guías internacionales recomiendan una valoración clínica integral que incluya historia de salud, examen físico y estudios de laboratorio basados en los factores de riesgo de cada persona, como hemograma, perfil metabólico, lipídico y función hepática y renal, cuando corresponda [12]. Esta evaluación no implica negar el acceso a la THA, sino adaptar el tratamiento para proteger el bienestar de cada persona.

El juicio del panel de expertos concluyó que esta práctica mejora los desenlaces en salud y reduce riesgos clínicos graves como tromboembolismo venoso, infarto agudo de miocardio, toxicidad hepática, o descompensación de patologías crónicas. Al mismo tiempo, fortalece la relación entre usuaria/o y equipo tratante, al demostrar un compromiso real con el bienestar integral de la persona trans.

Esta recomendación es coherente con el enfoque de atención centrada en la persona, que reconoce la complejidad clínica y social de cada situación, y promueve una transición segura y sostenible.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

TABLA 16. Riesgos médicos asociados con la terapia hormonal sexual

La terapia hormonal de afirmación de género, si bien es altamente efectiva y segura cuando se administra bajo supervisión médica, puede asociarse a ciertos riesgos médicos que deben ser evaluados y monitoreados de forma individualizada. Esta tabla resume los principales eventos adversos identificados en mujeres y hombres transgénero en tratamiento con estrógenos o testosterona, diferenciando aquellos con riesgo muy alto de aparición y los de riesgo moderado.

En mujeres transgénero, el uso de estrógenos puede aumentar significativamente el riesgo de eventos tromboembólicos, y en menor medida, de condiciones como prolactinomas, cáncer de mama o alteraciones

cardiovasculares y metabólicas. En hombres transgénero, la testosterona puede conllevar un riesgo elevado de eritrocitosis y, en algunos casos, afectaciones hepáticas, cardiovasculares o hipertensivas.

Esta información resulta clave para el diseño de protocolos de evaluación inicial, seguimiento clínico y educación en salud, asegurando que las personas trans puedan tomar decisiones informadas sobre su proceso de afirmación de género, con el acompañamiento de profesionales sensibilizados y capacitados.

Riesgos médicos asociados con la terapia hormonal sexual

Mujer transgénero: estrógenos

- Riesgo muy alto de eventos adversos:
 - o Enfermedad tromboembólica
- Riesgo moderado de eventos adversos:
 - o Macroprolactinoma
 - o Cáncer de mama
 - o Enfermedad de las arterias coronarias
 - o Enfermedad cerebrovascular
 - o Colelitiasis (piedras en la vesícula)
 - o Hipertrigliceridemia

Hombre transgénero: testosterona

- Riesgo muy alto de eventos adversos:
 - o Eritrocitosis (hematocrito > 50%)
- Riesgo moderado de eventos adversos:
 - o Disfunción hepática grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de lo normal)
 - o Enfermedad de las arterias coronarias
 - o Enfermedad cerebrovascular
 - o Hipertensión
 - o Cáncer de mama o de útero

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

Recomendación 13

El inicio de la terapia de afirmación hormonal debe realizarse por la especialidad médica de endocrinología o ginecología endocrinológica (o el profesional en medicina con la mayor experiencia y entrenamiento en manejo hormonal de personas trans disponible, en caso de no contar con los especialistas anotados) y el seguimiento y reformulación podrá realizarse por

profesionales de medicina con experiencia y/o capacitación demostrable en atención de personas trans.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- El profesional responsable del inicio del tratamiento debe tener competencia en diferencias entre esquemas de feminización y masculinización, indicaciones, contraindicaciones, interacciones farmacológicas, y monitoreo clínico y paraclínico.
- Se recomienda que el Ministerio de Salud promueva un programa nacional de formación y certificación en THA, dirigido a profesionales en medicina general, medicina familiar, sexología, medicina interna y otras especialidades, para facilitar la implementación segura en todo el país.
- La formulación y seguimiento pueden hacerse en el marco de equipos transdisciplinarios, con participación de profesionales de salud mental, enfermería, trabajo social y sexología, fortaleciendo el abordaje integral.
- Para garantizar seguridad y respaldo clínico, los profesionales no especialistas deben contar con acceso a guías técnicas, acompañamiento por parte de referentes regionales en endocrinología, y herramientas de teleconsulta para situaciones complejas.
- Esta recomendación es altamente costo-efectiva: evita complicaciones clínicas, mejora la adherencia al tratamiento, reduce el uso empírico de hormonas y disminuye las judicializaciones por barreras de acceso.
- Debe evitarse que las instituciones interpreten esta recomendación como una restricción que condicione el inicio de tratamiento exclusivamente a especialistas, ya que eso afectaría gravemente el acceso en regiones sin cobertura.
- En los procesos de seguimiento, se debe garantizar una relación médico-paciente basada en confianza, sensibilidad, lenguaje inclusivo y respeto por la identidad de género de la persona.

Justificación:

El inicio de la terapia hormonal de afirmación (THA) implica decisiones clínicas complejas que requieren conocimientos específicos sobre endocrinología, farmacología, fisiología sexual y particularidades del proceso de tránsito de género. Por ello, se recomienda que esta etapa sea liderada por profesionales especialistas en endocrinología o ginecología endocrinológica [12], o —en su defecto— por el profesional en medicina con mayor experiencia y formación específica disponible en el territorio.

Esta recomendación parte de la necesidad de garantizar una atención técnica segura, afirmativa y basada en evidencia, evitando errores en la elección de los esquemas hormonales, las dosis, la vía de administración o el monitoreo clínico. También responde a los hallazgos del grupo desarrollador y la literatura, que documentan la frecuencia de prescripciones inadecuadas o el uso empírico de hormonas en personas trans ante la ausencia de especialistas, lo que incrementa el riesgo de efectos adversos.

No obstante, se reconoce que la disponibilidad de endocrinología en Colombia es limitada y concentrada en grandes ciudades, por lo que se habilita expresamente que profesionales en medicina general o de especialidades con capacitación demostrable puedan realizar seguimiento y ajustes, siempre que exista formación técnica adecuada y respaldo institucional.

La recomendación también fortalece la continuidad del cuidado: el tratamiento puede iniciarse por un/a especialista vía presencial o telemedicina, y mantenerse en el primer nivel de atención con apoyo técnico, rutas de derivación y vigilancia sistemática. Este modelo híbrido mejora la cobertura territorial y la equidad en el acceso a la THA, especialmente en zonas rurales o con menor densidad de especialistas.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

TABLA 17. Regímenes hormonales en personas transgénero

Esta tabla resume los regímenes hormonales comúnmente utilizados en los procesos de afirmación de género para personas transgénero, tanto transfemeninas como transmasculinas. Incluye las principales moléculas, dosis, vías de administración y frecuencias, con base en la evidencia clínica y las recomendaciones internacionales más recientes, como los Standards of Care de WPATH, versión 8 (2022).

En mujeres transgénero, se presentan diversas opciones de estrógenos —orales, transdérmicos o inyectables— que pueden combinarse con antiandrógenos o análogos de GnRH para lograr una supresión efectiva de la testosterona. En hombres transgénero, los esquemas con testosterona incluyen formulaciones inyectables de distintas duraciones, así como opciones transdérmicas en gel o parches.

La selección del régimen debe basarse en factores clínicos individuales, acceso a medicamentos disponibles en el país (incluyendo registros INVIMA), preferencias de la persona y posibles contraindicaciones. Esta tabla busca orientar la prescripción informada y contextualizada en los servicios de salud que brindan atención a personas trans.

Regímenes hormonales en personas transgénero

Mujeres transgénero

Estrógenos

- Vía oral
 - o Estradiol: 2.0–6.0 mg/día
- Vía transdérmica
 - o Parche transdérmico de estradiol: 0.025–0.2 mg/día (Se coloca un nuevo parche cada 3–5 días)*
 - o Estradiol gel: 0.75 - 1.5 mg/día - VARIOS
 - o Estradiol transdérmico pulverizado: 1-3 pulverizaciones/día (1.53 mg/pulverización) - LENZETTO 1.53 MG/DOSIS SOLUCIÓN TOPICA
- Vía parenteral
 - o Valerato o cipionato de estradiol:
 - 5–30 mg intramuscular (IM) cada 2 semanas
 - 2–10 mg IM cada semana

Antiandrógenos

- Espironolactona: 100–300 mg/día -
- Acetato de ciproterona^b: 25–50 mg/día - DISPONIBLE TAB 100 MG

Agonistas de GnRH

- Pamoato de Triptorelina ampolla de 11.25 mg intramuscular cada 84 días
Pamoato de Triptorelina ampolla de 22.5 mg intramuscular cada 168 días
- Acetato de leuprolide ampolla de 22.5 mg subcutánea trimestral
Acetato de leuprolide ampolla de 45 mg subcutáneo cada 6 meses

Hombres transgénero

Testosterona

- Vía parenteral
 - o Enantato o cipionato de testosterona:
 - 100–200 mg IM cada 2 semanas o SC 50% semanal - DISPONIBLE POR 250
 - o Undecanoato de testosterona^c:
 - 1000 mg cada 12 semanas
- Vía transdérmica
 - o Gel de testosterona al 1.6%^d: 50–100 mg/día*
 - o Parche transdérmico de testosterona: 2.5–7.5 mg/día*

Abreviaturas:IM: intramuscular, SQ: secuencial, SC: subcutáneo

^a Los estrógenos pueden utilizarse con o sin antiandrógenos o agonistas de GnRH.

- ^b Mil miligramos inicialmente, seguidos por una inyección a las 6 semanas y luego cada 12 semanas.
- ^c Evitar la transferencia cutánea a otras personas.
- * Medicamentos sin registro sanitario INVIMA vigente o sin disponibilidad actual en Colombia; incluidos por su recomendación en guías internacionales.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

¿Cuál es la eficacia y seguridad de las terapias farmacológicas en el proceso de construcción corporal identitaria, para el tránsito en el género de las personas trans por sexo y curso de vida?

Recomendación 14

Durante la terapia de afirmación hormonal, se debe realizar un seguimiento clínico y paraclínico cada 3 meses o según criterio médico, durante el primer año, para asegurar la supresión de hormonas endógenas y que las hormonas administradas se mantengan dentro de rangos fisiológicos seguros para el género afirmado, monitoreando el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios según corresponda; y posteriormente cada 6 meses, o según criterio médico.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- El seguimiento debe incluir una evaluación integral, más allá de los niveles hormonales: salud mental, imagen corporal, experiencia social de género, satisfacción con los cambios físicos, vida sexual y funcionamiento general.
- Los exámenes sugeridos incluyen: hemograma, perfil lipídico, función hepática, hormonas sexuales (estradiol o testosterona), gonadotropinas (LH, FSH), tensión arterial, glicemia, índice de masa corporal y, si está indicado, función tiroidea.
- Se recomienda documentar cada seguimiento en la historia clínica con enfoque afirmativo, evitando juicios normativos sobre el ritmo o grado de desarrollo corporal, y enfocándose en la respuesta y bienestar percibido por la persona.
- En zonas rurales o donde el acceso a laboratorios es limitado, se sugiere implementar estrategias móviles, convenios con laboratorios cercanos,

telemonitoreo clínico, y entrega de resultados vía virtual con interpretación médica.

- El seguimiento debe evitar transformarse en un trámite excesivamente burocrático. No debe ser usado como mecanismo de control punitivo ni como requisito para continuar el tratamiento si la persona no puede asistir exactamente cada 3 meses.
- Para personas en situación de movilidad, migración o sin afiliación regular al sistema de salud, se deben garantizar rutas diferenciales que les permitan realizar los controles con cobertura por parte de los entes territoriales o convenios interinstitucionales.
- Se debe formar al talento humano en interpretación de resultados hormonales en personas trans, ya que los rangos de referencia deben adaptarse al sexo afirmado y no al sexo asignado al nacer, lo que suele causar errores clínicos y confusión.

Justificación:

El seguimiento clínico y paraclínico frecuente durante la terapia de afirmación hormonal (TAH) es una práctica esencial para garantizar su eficacia, seguridad y adecuación individualizada. Esta intervención permite:

- Verificar que las hormonas administradas se mantengan en rangos fisiológicos seguros para el género afirmado (estrógenos y testosterona) [20,21].
- Confirmar la supresión adecuada de las hormonas endógenas, especialmente cuando se utilizan antiandrógenos o GnRH [12].
- Monitorear el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, tanto para documentar avances deseados como para detectar signos de sobreexposición o efectos no deseados [10,12].
- Identificar de forma temprana alteraciones metabólicas, hepáticas, cardiovasculares o hematológicas derivadas del tratamiento [20,21].

Esta recomendación es coherente con las guías de la WPATH SOC-8 (2022) y de la Endocrine Society (2017), que establecen una periodicidad trimestral durante el primer año (cuando hay más ajustes y variabilidad interindividual), y luego controles semestrales si la persona se encuentra estable [10,12].

Aunque supone costos moderados relacionados con consultas, laboratorios y disponibilidad de profesionales entrenados, el balance riesgo-beneficio y el perfil de costo-efectividad son claramente favorables. Además, la evidencia disponible sugiere que la afirmación médica se asocia con mejoras en bienestar, salud mental y satisfacción de la persona con la atención recibida [22,23].

Además de su beneficio clínico, el seguimiento favorece la adherencia al tratamiento, reduce el riesgo de abandono por efectos adversos no explicados, y constituye un espacio clave para la comunicación continua entre la persona y

el equipo tratante, fortaleciendo la confianza y el abordaje integral de salud [22,23].	
Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Varía
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Probablemente sí

TABLA 18. Efectos masculinizantes en hombres transgénero

Esta tabla describe los principales efectos fisiológicos inducidos por la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero, en particular aquellos derivados del uso de testosterona en sus diversas presentaciones. Se detalla el tiempo estimado de aparición inicial de cada efecto, así como el periodo aproximado hasta alcanzar el efecto máximo, reconociendo que existe variabilidad individual en la respuesta al tratamiento.

Los efectos incluyen cambios físicos visibles como el crecimiento de vello facial y corporal, engrosamiento de la voz y redistribución del tejido adiposo, así como modificaciones en órganos sexuales como el agrandamiento del clítoris y la atrofia vaginal. Otros efectos esperados son el cese de la menstruación, el aumento de la masa muscular y la oleosidad cutánea, con posibilidad de acné.

Es importante destacar que algunos efectos —como la alopecia androgénica— pueden depender de la predisposición genética, y que la velocidad o intensidad del cambio puede variar según el régimen terapéutico, la edad de inicio y la presencia de condiciones de salud coexistentes. Esta información es clave para el acompañamiento clínico, la toma de decisiones informadas y el respeto por los objetivos individuales de cada persona trans en su proceso de afirmación.

Efectos masculinizantes en hombres transgénero		
Efecto	Inicio	Tiempo hasta alcanzar el efecto máximo
Oleosidad de la piel/acné	1–6 meses	1–2 años

Crecimiento de vello facial/corporal	6–12 meses	4–5 años
Pérdida de cabello en el cuero cabelludo	6–12 meses	— ^a
Aumento de masa muscular/fuerza	1–6 meses	2–5 años
Redistribución de grasa corporal	1–6 meses	2–5 años
Cese de la menstruación	1–6 meses	— ^b
Agrandamiento del clítoris	1–6 meses	1–2 años
Atrofia vaginal	6–12 meses	1–2 años
Engrosamiento de la voz		1–2 años

^a La pérdida de cabello puede ser progresiva y depende de la predisposición genética.

^b El cese de la menstruación ocurre generalmente de manera temprana, pero el efecto máximo puede depender del régimen hormonal utilizado.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

TABLA 19. Efectos feminizantes en mujeres transgénero

Esta tabla resume los principales efectos fisiológicos observables en mujeres transgénero que reciben terapia hormonal de afirmación de género, basada en estrógenos (con o sin antiandrógenos y/o agonistas de GnRH). Se detallan los tiempos aproximados de aparición de los cambios y el periodo estimado para alcanzar su efecto máximo, teniendo en cuenta la variabilidad individual y las particularidades del régimen terapéutico.

Entre los efectos esperados se encuentran la redistribución de la grasa corporal, el crecimiento mamario, la disminución de la masa muscular, el afinamiento de la piel, la reducción de la función eréctil y del volumen testicular, así como la disminución progresiva del vello terminal. Algunos efectos, como los cambios en la voz o el patrón capilar del cuero cabelludo, no responden significativamente a la terapia hormonal y pueden requerir intervenciones complementarias como la terapia vocal, la depilación médica o procedimientos quirúrgicos.

Es importante comunicar que la reducción de la fertilidad puede ser irreversible, aunque varía según el tiempo de exposición al tratamiento. La evaluación de estos efectos debe considerar los objetivos de afirmación de cada persona y realizarse en un entorno clínico informado, ético y libre de prejuicios, que facilite la toma de decisiones autónomas.

Efectos feminizantes en mujeres transgénero		
Efecto	Inicio	Tiempo hasta alcanzar el efecto máximo
Redistribución de la grasa corporal	3–6 meses	2–3 años
Disminución de la masa y fuerza muscular	3–6 meses	1–2 años
Suavizado de la piel / reducción de oleosidad	3–6 meses	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1–3 meses	3–6 meses
Disminución de erecciones espontáneas	1–3 meses	3–6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3–6 meses	2–3 años
Disminución del volumen testicular	3–6 meses	2–3 años
Disminución en la producción de esperma	Desconocido	> 3 años
Disminución del vello terminal	6–12 meses	> 3 años ^a
Cabello del cuero cabelludo	Variable	— ^b
Cambios en la voz	Ninguno	— ^c

^a El crecimiento de vello corporal puede no eliminarse por completo sin métodos adicionales como depilación láser o electrólisis.

^b Puede mejorar si hay una predisposición genética, pero generalmente no cambia sin intervenciones médicas.

^c Los cambios en la voz generalmente no ocurren con terapia hormonal; se puede requerir terapia vocal o intervención quirúrgica.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

Recomendación 15

Las personas transgénero deben recibir información completa, clara y específica sobre los efectos temporales y permanentes de la terapia de afirmación hormonal, así como de los efectos secundarios y adversos de la terapia. El consentimiento informado debe ser de obligatorio cumplimiento

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Certeza de la evidencia: ⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- El consentimiento informado debe cubrir, como mínimo:
 - Efectos reversibles y permanentes del tratamiento (ej. redistribución grasa, voz, crecimiento mamario, infertilidad).
 - Tiempos esperados para los efectos.
 - Riesgos y efectos secundarios posibles (ej. trombosis, dislipidemia, alteraciones hepáticas, disfunción sexual).

- Necesidad de monitoreo y controles periódicos.
- Opciones alternativas o acompañamientos complementarios (psicosociales, no médicos).
- En personas adolescentes, se debe aplicar el principio de autonomía progresiva. El consentimiento debe incluir la participación del/la adolescente y sus cuidadores, con intervenciones diferenciadas para asegurar que cada parte entienda los alcances del tratamiento.
- El proceso debe adaptarse a condiciones de diversidad funcional, barreras de lectoescritura, comprensión, idioma o discapacidad, mediante materiales audiovisuales, lenguaje sencillo, interpretación en lengua de señas o herramientas de apoyo.
- Se recomienda que el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolle y publique formatos estandarizados de consentimiento informado para TAH, con enfoque afirmativo, lenguaje claro y estructura comprensible.
- La información debe entregarse por parte del profesional tratante, no como trámite administrativo. Esto garantiza que la persona pueda resolver dudas directamente con quien prescribirá y monitoreará la terapia.
- El consentimiento debe ser renovable o reafirmado en fases del tratamiento, especialmente si hay cambios en la dosis, el tipo de hormona o si se avanza hacia intervenciones quirúrgicas.
- Se recomienda incluir materiales de apoyo educativos (infografías, videos, cartillas) que refuercen el contenido de forma autónoma y accesible, disponibles también en canales digitales o institucionales.

Justificación:

El consentimiento informado no es solo un requisito legal y ético, sino una herramienta clave para proteger la autonomía, la seguridad y la confianza de las personas trans en el proceso de transición médica [10,12]. La terapia de afirmación hormonal (TAH) implica decisiones sobre el cuerpo que pueden generar cambios irreversibles (como la masculinización de la voz o el cese permanente de la fertilidad), por lo que es indispensable que toda persona comprenda plenamente sus implicaciones antes de iniciar el tratamiento.

Brindar información clara, accesible y adaptada al nivel de comprensión de cada persona permite tomar decisiones libres, responsables y sostenidas en el tiempo. También reduce el riesgo de arrepentimiento, malentendidos, abandono del tratamiento o judicialización por mala praxis o negligencia informativa.

El panel de experta/os fue unánime en afirmar que el consentimiento informado no debe verse como un simple formulario, sino como un proceso comunicativo, que incluye espacios para preguntas, diálogo abierto y validación del entendimiento. Este principio se alinea con los estándares como los de la WPATH, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), y las mejores prácticas clínicas en endocrinología afirmativa [10,12].

Esta práctica es altamente costo-efectiva, con requerimientos logísticos mínimos, y fortalece tanto la seguridad jurídica del equipo tratante como la experiencia clínica de la persona. Asimismo, constituye una oportunidad para reforzar el vínculo terapéutico y prevenir falsas expectativas sobre los efectos físicos, emocionales o sociales de la TAH [22,23].

La implementación del consentimiento informado, junto con información clara y específica sobre la terapia hormonal, es fundamental para garantizar el respeto a la autonomía, los derechos humanos y la toma de decisiones informada en salud. Esta práctica está ampliamente respaldada por los principios éticos y legales, así como por las guías internacionales de atención a personas trans. No requiere costos significativos adicionales más allá de lo rutinario en la práctica clínica. Su incorporación universal puede reducir inequidades en la atención, especialmente al empoderar a personas con menor acceso previo a información médica. Es altamente aceptada por la/os usuarios y factible de implementar.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos y ahorros negligibles
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

3.4 Recomendaciones prevención de eventos adversos y atención a largo plazo de la afirmación de género

¿Cuáles son las actividades de seguimiento (clínico, paraclínico) en personas trans por curso de vida y sexo al nacer, en etapas de exploración, transición y afirmación en el género?

Recomendación 16

Debe realizarse tanto en hombres como en mujeres trans, seguimiento clínico y bioquímico cada 3 meses durante el primer año de tratamiento y posteriormente cada 6 meses, o según criterio médico, que permitan la detección temprana de efectos adversos de variables físicas y psicosociales.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕○○ Baja

Consideraciones del panel:

- Aunque se sugiere una frecuencia estándar, la periodicidad puede ajustarse a criterio clínico, teniendo en cuenta la edad, presencia de comorbilidades (diabetes, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia hepática, salud ósea), tipo de hormonoterapia (oral vs parenteral), esquema específico y antecedentes de efectos adversos.
- Los exámenes paraclínicos mínimos recomendados incluyen: hemograma, perfil lipídico, función hepática, creatinina, glucosa, niveles hormonales (estradiol o testosterona según el caso), y eventualmente densitometría ósea o perfil de coagulación si hay factores de riesgo.

- Se debe garantizar que las personas trans en territorios apartados tengan acceso a laboratorios clínicos o estrategias de referencia, evitando que esta recomendación derive en inequidades de acceso.
- La implementación del seguimiento debe acompañarse de un enfoque afirmativo y no punitivo, en el que se evite suspender o limitar el acceso a la TAH como castigo por no cumplir exactamente la periodicidad sugerida.
- El seguimiento debe incluir espacios para abordar variables psicosociales clave, como impacto del tránsito de género en las relaciones familiares, situaciones de violencia, exclusión educativa o laboral, barreras institucionales o estrés por expectativas sociales.
- Se recomienda al Ministerio de Salud incluir esta recomendación como parte de las rutas integrales de atención trans, con formatos clínicos estandarizados y guías para el personal de salud en todos los niveles de complejidad.
- La capacitación del talento humano debe enfatizar que el monitoreo no es idéntico al que se hace en personas cisgénero con desórdenes endocrinos, sino que responde a trayectorias afirmativas específicas y objetivos de salud integral.

Justificación:

El seguimiento clínico y bioquímico periódico durante el tratamiento hormonal de afirmación (THA) es una medida fundamental para la prevención y detección temprana de efectos adversos, tanto en hombres trans (terapia con testosterona) como en mujeres trans (terapia con estrógenos y antiandrógenos) [24,25]. Aunque la certeza de la evidencia disponible es baja, existe un consenso clínico robusto respaldado por la experiencia acumulada de centros especializados.

La frecuencia sugerida (cada 3 meses en el primer año y luego cada 6 meses) se justifica por la necesidad de evaluar:

- Cambios en parámetros bioquímicos como hemoglobina y hematocrito, lípidos, enzimas hepáticas, glucosa, prolactina y niveles hormonales [24,25].
- Efectos físicos progresivos, incluyendo distribución de grasa, vello corporal, tono de voz, crecimiento mamario o masa muscular [24,25].
- Respuesta emocional y salud mental, incluyendo impacto psicosocial, disforia residual, satisfacción con el tratamiento o aparición de síntomas de ansiedad o depresión [26,27].
- Adherencia y tolerancia al tratamiento, así como efectos adversos relacionados con la vía de administración (oral, transdérmica, inyectable) [24].
- Identificar y corregir tempranamente alteraciones como dislipidemia, eritrocitosis, trastornos óseos o deterioro en salud mental [24,25].

El seguimiento regular también favorece la educación continua, refuerza la confianza con el equipo tratante y previene decisiones abruptas de suspensión del tratamiento o automedicación, comunes en contextos donde el acceso a la atención es limitado o donde las expectativas no son adecuadamente gestionadas [24].

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Probablemente no impacta
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Probablemente sí

TABLA 20. Monitoreo de personas transgénero en terapia hormonal de afirmación de género: Hombre transgénero

Esta tabla presenta las recomendaciones clínicas para el seguimiento de hombres transgénero en tratamiento con testosterona como parte de su proceso de afirmación de género. El monitoreo riguroso durante la terapia hormonal es esencial para garantizar la efectividad del tratamiento, verificar la virilización esperada, prevenir efectos adversos y promover la salud integral de cada persona.

El seguimiento incluye evaluaciones clínicas periódicas, mediciones de testosterona sérica y controles hematológicos y metabólicos. Las indicaciones varían según el tipo de testosterona utilizada (inyectable o transdérmica) y se ajustan para asegurar niveles hormonales dentro del rango fisiológico masculino. También se incluye la vigilancia de posibles efectos secundarios, como la eritrocitosis, la pérdida de densidad ósea o el aumento del riesgo cardiovascular.

De forma complementaria, se abordan aspectos de salud sexual y reproductiva, incluyendo la vigilancia ginecológica en personas con tejidos cervicales u ováricos remanentes, y el examen mamario posterior a mastectomía. El enfoque aquí descrito responde al principio de atención centrada en la persona, desde una perspectiva afirmativa, respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos, y basada en la mejor evidencia disponible.

Monitoreo de personas transgénero en terapia hormonal de afirmación de género: Hombre transgénero

1. Evaluar a la persona cada 3 meses durante el primer año, y luego una o dos veces al año para vigilar signos adecuados de virilización y posibles reacciones adversas.
2. Medir la testosterona sérica cada 3 meses hasta que los niveles estén dentro del rango fisiológico masculino normal:
 - a. Para inyecciones de enantato/cipionato de testosterona, medir a mitad del intervalo entre inyecciones. El rango objetivo es de 400–700 ng/dL. Alternativamente, se pueden medir los niveles pico y valle para asegurar que se mantengan dentro del rango normal.
 - b. Para testosterona undecanoato parenteral, medir justo antes de la siguiente inyección. Si el nivel es <400 ng/dL, ajustar el intervalo de dosis.
 - c. Para testosterona transdérmica, los niveles pueden medirse no antes de una semana después de comenzar la aplicación diaria (al menos 2 horas después de la aplicación).
3. Medir hematocrito o hemoglobina al inicio y luego cada 3 meses durante el primer año, y después una o dos veces por año. También se debe controlar peso IMC y presión arterial cada 3 a 6 meses y lípidos cada 6-12 meses.
4. Realizar tamizaje para osteoporosis en personas que suspenden la testosterona, no siguen la terapia, o tienen factores de riesgo para pérdida ósea.
5. Si hay tejido cervical presente, realizar monitoreo según las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecóloga/os (ACOG).
6. Considerar la ooforectomía (extirpación de ovarios) después de completar la transición hormonal.
7. Realizar examen mamario subareolar y periareolar anual si se realizó mastectomía. Si no se realizó mastectomía, considerar mamografías según las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

TABLA 21. Monitoreo de personas transgénero en terapia hormonal de afirmación de género: Mujer transgénero

Esta tabla presenta las pautas clínicas recomendadas para el monitoreo de mujeres transgénero en tratamiento con estrógenos, con o sin antiandrógenos, como parte del proceso de afirmación hormonal. El seguimiento médico regular es fundamental para asegurar una feminización adecuada, minimizar riesgos asociados al tratamiento y promover la salud integral a lo largo del tiempo.

Se establecen evaluaciones clínicas periódicas para verificar los signos de feminización, así como la medición de niveles séricos de estradiol y testosterona. El objetivo es alcanzar concentraciones hormonales en rangos fisiológicos seguros para mujeres cisgénero, evitando tanto niveles insuficientes como excesivos. En personas que utilizan espironolactona como antiandrógeno, se requiere vigilancia adicional de los electrolitos, en especial del potasio, para prevenir complicaciones metabólicas.

Asimismo, se recomiendan exámenes preventivos de salud que se alinean con las pautas generales de tamizaje para cáncer, adaptadas a las características individuales de cada paciente. Se sugiere realizar estudios de densidad mineral ósea en caso de factores de riesgo, seguimiento irregular de la terapia o en edades mayores, como medida preventiva frente a la osteoporosis. Estas prácticas responden a un enfoque de salud afirmativa, basada en la evidencia y centrada en la dignidad, el bienestar y la autonomía de las personas trans.

Monitoreo de personas transgénero en terapia hormonal de afirmación de género: Mujer transgénero

- 1.** Evaluar a la persona cada 3 meses durante el primer año, y luego una a dos veces por año para monitorear signos adecuados de feminización y la aparición de reacciones adversas.
- 2.** Medir testosterona sérica y estradiol cada 3 meses.
 - a. Los niveles de testosterona sérica deben ser <50 ng/dL.
 - b. El estradiol sérico no debe superar el rango fisiológico máximo: 100–200 pg/mL.
- 3.** En personas que usan espironolactona, se deben medir electrolitos séricos, especialmente potasio, cada 3 meses durante el primer año, y luego anualmente.
- 4.** Se recomienda tamizaje rutinario de cáncer, igual que en personas cisgénero, acorde con los riesgos de la población general.
- 5.** Considerar la prueba de densidad mineral ósea (DMO) al inicio. En individuos de bajo riesgo, el tamizaje para osteoporosis debe realizarse a los 60 años, o antes en quienes no cumplan adecuadamente con la terapia hormonal.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

Recomendación 17

En las mujeres transgénero en manejo con estrógenos se debe realizar control de niveles de prolactina previo inicio del tratamiento y posteriormente con periodicidad anual, o según criterio médico.

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Certeza de la evidencia: ⊕⊕○○ Baja

Consideraciones del panel:

- La prolactina debe medirse antes de iniciar la hormonoterapia con estrógenos para establecer un valor basal, especialmente si se utilizarán antiandrógenos con potencial de interferir en el eje dopaminérgico.
- Se recomienda realizar el control una vez al año si no se detectan síntomas clínicos. Sin embargo, en presencia de signos sugestivos de hiperprolactinemia (galactorrea, cefalea, alteraciones visuales, disminución de la libido), el examen debe repetirse y complementarse con imágenes diagnósticas (como resonancia magnética de hipófisis) si lo amerita.
- La elevación leve de prolactina es común y en muchos casos no requiere interrupción del tratamiento. Es más importante evaluar la tendencia en el tiempo y la aparición de síntomas.
- En contextos con limitaciones en disponibilidad de laboratorios, esta prueba puede priorizarse en mujeres trans que usen ciproterona o en quienes reporten síntomas sugestivos.
- La interpretación del resultado debe hacerse con enfoque afirmativo, evitando alarmismos o decisiones clínicas precipitadas, como la suspensión innecesaria de estrógenos.
- Se debe incluir la educación de las personas trans sobre los signos y síntomas de hiperprolactinemia, como parte de la información entregada al momento de iniciar la TAH.
- Esta recomendación no impacta negativamente la equidad, su inclusión puede realizarse en cualquier nivel de atención con laboratorio básico.
- Es deseable que esta práctica se incluya en los protocolos institucionales de seguimiento de la TAH, para garantizar su estandarización y su adecuado registro clínico.

Justificación:

El monitoreo de la prolactina sérica en mujeres trans que reciben estrógenos, especialmente cuando se usan combinaciones con antiandrógenos, es una medida preventiva que permite identificar posibles elevaciones asociadas al tratamiento hormonal [28]. Aunque en la mayoría de los casos estas elevaciones son leves y asintomáticas, su vigilancia facilita reconocer oportunamente alteraciones persistentes o clínicamente relevantes [28].

La evidencia sobre desenlaces adversos graves relacionados con elevaciones leves de prolactina en esta población es limitada, por lo cual la recomendación de control anual (o según criterio médico) equilibra precaución con uso racional de recursos. Esta práctica está respaldada por estudios y por experiencias clínicas recogidas en la implementación de la THA en mujeres trans.

El juicio del panel fue claro en que este control debe formar parte del esquema básico de evaluación bioquímica, pero sin convertirse en una barrera innecesaria ni en un requisito inflexible, especialmente si no hay síntomas clínicos asociados como galactorrea, cefaléas o alteraciones visuales.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos y ahorros negligibles
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 18

Deben evaluarse los factores de riesgo cardiovascular y metabólicos mediante seguimiento clínico y análisis paraclínicos, al menos una vez al año o según criterio médico.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
-----------------------------	----------------

Certeza de la evidencia:	⊕⊕○○ Baja
--------------------------	-----------

Consideraciones del panel:

- La frecuencia mínima sugerida es una vez al año, pero puede aumentarse en presencia de:
 - Edad mayor de 40 años.
 - Comorbilidades como obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia.
 - Antecedentes personales o familiares de enfermedad cardiovascular.
 - Terapias de alta dosis o uso prolongado de estrógenos orales o testosterona inyectable.
- En mujeres trans, se recomienda mayor precaución en presencia de factores de riesgo trombotico, como tabaquismo, sedentarismo o, especialmente si se utilizan estrógenos orales.
- En hombres trans, debe monitorearse el hematocrito y la presión arterial, especialmente con testosterona inyectable, para prevenir eritrocitosis y sus consecuencias cardiovasculares.
- Las pruebas necesarias están disponibles en la mayoría de los laboratorios del sistema de salud, por lo que no se prevén barreras estructurales relevantes para su aplicación si se incluyen en las rutas integrales de atención.
- Esta práctica debe ser parte del plan regular de seguimiento de la TAH, sin convertirse en un prerrequisito restrictivo para acceder o continuar con el tratamiento, a menos que se identifique un riesgo inmediato.

- El monitoreo cardiovascular y metabólico debe complementarse con orientación en hábitos de vida saludables, promoción de actividad física, reducción del tabaquismo y control del estrés crónico, factores clave en el cuidado integral de la salud trans.
- Se recomienda la estandarización de estas evaluaciones en todos los niveles de atención, incorporándolas en los protocolos clínicos, historias clínicas electrónicas y planes de manejo transcompetentes.

Justificación:

La terapia hormonal de afirmación (THA) puede producir modificaciones fisiológicas importantes con impacto directo sobre el sistema cardiovascular y el metabolismo. En hombres trans, se han descrito aumentos en presión arterial, hematocrito y lípidos durante el tratamiento con testosterona [24,29]. En mujeres trans, se han reportado alteraciones del perfil lipídico asociadas al uso de estrógenos [25].

Los estudios disponibles, en su mayoría observacionales, muestran asociaciones entre el uso prolongado de hormonas sexuales y condiciones como síndrome metabólico, dislipidemia, resistencia a la insulina, tromboembolismo venoso y eventos cardiovasculares mayores [24,25].

Aunque la evidencia no es concluyente, estos hallazgos justifican evaluaciones anuales del riesgo que permitan detectar alteraciones prevenibles y tomar decisiones clínicas oportunas —como ajustar dosis, cambiar la vía de administración o acompañar la THA con intervenciones en estilos de vida [24,25].

El panel de expertos coincidió en que esta evaluación debe incluir, como mínimo: peso, índice de masa corporal, presión arterial, glicemia, perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos) y, en algunos casos, marcadores inflamatorios, función hepática o creatinina, dependiendo del riesgo individual. Esta información permite tomar decisiones clínicas más seguras, como ajustar dosis, cambiar la vía de administración o acompañar el tratamiento hormonal con intervenciones nutricionales, actividad física o medicamentos coadyuvantes.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	No importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Probablemente no impacta
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 19

La densidad mineral ósea debe ser evaluada en personas con riesgo de osteoporosis, o si existe el riesgo de fractura por osteoporosis, especialmente en quienes hayan suspendido la terapia hormonal, tras una gonadectomía, o según criterio médico.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕○○ Baja

Consideraciones del panel:

- Se considera indicar densitometría ósea (DXA) en personas trans que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:
 - Historial de gonadectomía y suspensión de la TAH por más de 6–12 meses.
 - Edad ≥ 50 años.
 - Bajo índice de masa corporal (IMC < 18.5).
 - Estilo de vida sedentario o inmovilidad prolongada.
 - Historia familiar de fractura osteoporótica.
 - Uso prolongado de corticoesteroides o antiepilépticos.
 - Tabaquismo o consumo excesivo de alcohol.
 - Signos clínicos sugestivos de osteoporosis (dolor óseo, pérdida de estatura, fractura por fragilidad).
- En ausencia de DXA disponible, se puede utilizar el índice FRAX para estimar el riesgo de fractura, aunque no está validado específicamente para personas trans.
- La evaluación de DMO debe ir acompañada de recomendaciones sobre nutrición rica en calcio, exposición solar segura, actividad física con carga ósea y suplementación con vitamina D si se requiere.
- En caso de detección de osteopenia u osteoporosis, debe garantizarse el acceso a tratamiento farmacológico específico (bifosfonatos u otros) y valorar la reanudación o ajuste de la terapia hormonal si fue suspendida sin indicación médica.
- Dado que el acceso a DXA está limitado en muchas regiones de Colombia, se recomienda al Ministerio de Salud establecer rutas de priorización y acceso subsidiado para personas trans con factores de riesgo, y promover el uso de telemedicina para la interpretación de resultados y decisiones terapéuticas.
- Esta recomendación es costo-efectiva en población de riesgo, pero puede generar inequidades si no se garantiza el acceso oportuno y universal a los servicios de diagnóstico.

Justificación:

Las hormonas sexuales desempeñan un papel esencial en el mantenimiento de la densidad mineral ósea (DMO), ya que tanto el estrógeno como la testosterona participan en la regulación del remodelado óseo. En mujeres trans sometidas a gonadectomía, la interrupción de la terapia estrogénica podría conducir a un estado de deficiencia hormonal que favorezca la pérdida de masa ósea [25]. De manera similar, en hombres trans que suspenden la

administración de testosterona puede presentarse una disminución del estímulo anabólico sobre el hueso. Si bien la evidencia disponible sobre el riesgo de fracturas en estas poblaciones aún es limitada, diversos estudios han señalado la importancia de mantener niveles hormonales adecuados para preservar la salud ósea [25].

Dado que estas alteraciones pueden ser asintomáticas durante largos periodos, la evaluación mediante densitometría ósea (DXA) permite prevenir complicaciones osteoarticulares graves y ajustar la terapia si es necesario [25].

El panel de expertos fue claro en que esta medida no debe aplicarse de forma generalizada a todas las personas trans, sino en contextos específicos donde se documente la ausencia prolongada de hormonas sexuales tras gonadectomía, o cuando existan otros factores de riesgo asociados.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Probablemente reducida
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 20

Las mujeres y hombres transgénero sin factores de riesgo requieren seguimiento de acuerdo con las recomendaciones nacionales para la detección de cáncer de mama, y deberá ajustarse según el riesgo, el seguimiento individual, o a criterio médico.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕○○ Baja

Consideraciones del panel:

- En mujeres trans:
 - Se recomienda iniciar mamografía bianual a partir de los 50 años si han estado en tratamiento con estrógenos por más de 5 años, o antes si existen factores de riesgo (antecedente familiar, BRCA, etc.).
 - La decisión debe tomarse en consulta con el equipo médico, teniendo en cuenta la duración, tipo y dosis de la terapia hormonal.
- En hombres trans:

- Si no han realizado mastectomía o han tenido una cirugía parcial, deben seguir las mismas recomendaciones que la población cisgénero con tejido mamario.
- Si realizaron mastectomía subcutánea (cirugía de afirmación torácica), el riesgo se reduce significativamente, pero no es nulo. Debe evaluarse individualmente la situación, especialmente si existen antecedentes familiares u otros factores de riesgo.
- En todos los casos, debe priorizarse la educación sobre autoexploración mamaria o vigilancia de signos de alerta, sin imponer prácticas invasivas o no consensuadas.
- Se recomienda que las instituciones de salud ajusten los formatos de tamizaje para incluir lenguaje no binario y preguntas sobre identidad de género y procedimientos quirúrgicos, garantizando que la decisión clínica no se base en el sexo registral.
- El tamizaje debe realizarse en entornos respetuosos, libres de discriminación y con personal sensibilizado sobre diversidad de género, ya que muchas personas trans han reportado experiencias de rechazo o trato inadecuado en servicios de imagenología.
- En el contexto colombiano, esta recomendación se enmarca en los lineamientos del Ministerio de Salud sobre Detección Temprana y Protección Específica y debe integrarse a las rutas de atención primaria con enfoque diferencial.

Justificación:

Aunque la evidencia directa sobre la incidencia y tamizaje de cáncer de mama en personas trans es limitada, existen datos observacionales y series de casos que muestran que el riesgo persiste en personas con tejido mamario, incluso si han realizado tratamientos hormonales o cirugías [24].

En mujeres trans en tratamiento con estrógenos se ha identificado una posible elevación del riesgo de cáncer de mama con relación a hombres cis, aunque este sigue siendo menor que en mujeres cis. Por otro lado, en hombres trans que no han realizado mastectomía, el riesgo de cáncer de mama persiste, aunque su prevalencia es baja. En quienes sí han tenido mastectomía subcutánea, el riesgo es bajo pero no nulo, debido a la persistencia de tejido mamario residual [24].

El panel de expertos coincidió en que excluir a las personas trans de los programas regulares de tamizaje por su identidad de género o tratamiento médico es una forma de inequidad, y que se deben seguir los lineamientos nacionales, ajustando las decisiones clínicas a las características individuales de cada persona.

Esta recomendación también protege contra el sobrediagnóstico o procedimientos innecesarios cuando se toman en cuenta factores como edad, antecedentes familiares, densidad mamaria, tipo de hormonoterapia y procedimientos quirúrgicos previos.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Probablemente reducida
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 21

A las mujeres transgénero tratadas con estrógenos se les debe realizar seguimiento periódico individualizado para detectar enfermedades prostáticas y cáncer de próstata.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
-----------------------------	----------------

Certeza de la evidencia:	⊕⊕○○ Baja
--------------------------	-----------

Consideraciones del panel:

- La evaluación prostática debe incluir:
 - Historia clínica orientada a síntomas urinarios o pélvicos.
 - PSA total (teniendo en cuenta que sus niveles pueden estar más bajos de lo habitual).
 - Tacto rectal, solo cuando sea estrictamente necesario y explicando cuidadosamente el procedimiento para evitar experiencias invasivas o revictimizantes.
- La periodicidad debe definirse por criterio médico, considerando factores como edad mayor de 50 años, historia familiar de cáncer de próstata, y duración del uso de estrógenos.
- La evaluación debe realizarse en un entorno afirmativo, con enfoque de género y lenguaje adecuado, dado que muchas mujeres trans reportan sentirse incómodas, avergonzadas o discriminadas al tratar temas relacionados con anatomía residual o procedimientos que pueden vivirse como invasivos.
- En Colombia, esta recomendación debe alinearse con los lineamientos de medicina preventiva para hombres cis, ajustados a personas con próstata independientemente de su identidad de género, promoviendo su inclusión en las rutas de atención integral para la población trans.
- La inclusión de mujeres trans en tamizaje prostático requiere ajustar sistemas de información para no excluir a personas con próstata por su sexo registral.
- Debe evitarse la patologización de cuerpos diversos; el enfoque debe centrarse en el derecho a una atención integral y sensible, que reconozca la anatomía residual sin definir a la persona por ella.

Justificación:

Las mujeres trans que han sido asignadas hombre al nacer y que no han sido sometidas a cirugía de extirpación prostática continúan teniendo próstata, aunque el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos puede modificar su fisiología, generando atrofia prostática y disminución de los niveles de PSA [28].

Si bien el riesgo de cáncer de próstata parece ser menor en mujeres trans en tratamiento hormonal, no es nulo, y se han documentado casos en la literatura, incluso con presentaciones clínicas atípicas que pueden retrasar el diagnóstico [28].

La supresión androgénica también puede enmascarar valores elevados de PSA que, en un contexto cisgénero, motivarían una evaluación más temprana, lo que resalta la necesidad de contextualizar este biomarcador de acuerdo con la terapia recibida [28]. Por estas razones, es clave mantener un seguimiento individualizado, en el que el criterio médico considere edad, duración de la THA, síntomas urológicos, antecedentes familiares y otras comorbilidades relacionadas.

El seguimiento preventivo no solo debe orientarse al cáncer, sino también a otras afecciones prostáticas como hiperplasia benigna o prostatitis, que pueden presentarse de forma diferente en mujeres trans y que a menudo son subestimadas o mal diagnosticadas por desconocimiento del personal médico.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Probablemente reducida
Aceptabilidad	Varía
Factibilidad	Probablemente sí

3.5 Recomendaciones manejo quirúrgico para reasignación de sexo y confirmación de género

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas previas al abordaje quirúrgico en razón del tránsito en el género de las personas trans?

Recomendación 22

La cirugía genital de afirmación de género debe realizarse después de que el equipo tratante y/o junta transdisciplinaria confirme que es médicamente necesaria y beneficiosa para la salud integral, el bienestar y teniendo en cuenta las preferencias de la persona.

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Certeza de la evidencia: ⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- Esta recomendación aplica siempre que exista evaluación de capacidad de decisión y acompañamiento profesional. Se sugiere mayor énfasis en la progresividad de derechos y evaluación de madurez psicológica, según normativas nacionales e internacionales.
- El acceso debe contemplar criterios clínicos y no ser obstaculizado por requisitos administrativos que contradigan el enfoque de derechos o que impidan decisiones informadas.
- En contextos donde la cirugía no está disponible en el sistema de salud, debe garantizarse la referencia oportuna y cobertura integral de procedimientos, incluyendo manejo del dolor.
- No debe asumirse que toda persona trans desea una cirugía genital; forzar o retrasar procedimientos con base en juicios personales o administrativos contraviene el enfoque afirmativo en salud.
- Las personas con disforia de género pueden beneficiarse significativamente de procedimientos quirúrgicos de afirmación cuando estos son deseados, informados y realizados bajo condiciones seguras.
- Se deben crear mecanismos para la constitución de equipos transdisciplinarios funcionales en el sistema de salud, incluso por vía remota o mediante redes de apoyo interinstitucional, para garantizar decisiones compartidas y respetuosas.
- La implementación de esta recomendación requiere superar barreras estructurales como el desabastecimiento de cirujanos especializados, los prejuicios en el sector salud y la exclusión de estos procedimientos de planes de beneficios.

Justificación:

La cirugía genital de afirmación de género —incluyendo procedimientos como la vaginoplastia, faloplastia, metoidioplastia u orquidectomía, entre otros— se considera una intervención médicamente necesaria cuando forma parte del proceso de atención integral para personas trans

que así lo deseen, y ha demostrado efectos positivos sostenidos en el bienestar emocional, salud mental y calidad de vida[30-33].

Estudios de cohorte y revisiones sistemáticas indican que estas cirugías están asociadas con reducciones significativas en disforia de género, angustia psicológica, ansiedad, depresión e ideación suicida, así como con mejoras en autoestima, satisfacción corporal y funcionamiento biopsicosocial [31-33]. Asimismo, los resultados clínicos reportan una alta satisfacción con los procedimientos cuando son realizados en el momento oportuno, por equipos entrenados y con adecuada preparación prequirúrgica y seguimiento posoperatorio [33,34-36].

El rol del equipo transdisciplinario (conformado por profesionales en medicina, salud mental, trabajo social, enfermería y otras disciplinas) no es de validación, sino de acompañamiento y garantía de acceso informado y seguro, considerando el estado de salud general, la capacidad para consentir, las expectativas realistas del procedimiento y las condiciones psicosociales que puedan incidir en el resultado o en la adherencia al cuidado posquirúrgico.

En todos los casos, la decisión debe centrarse en el principio de autonomía personal, sin exigir requisitos excesivos o patologizantes. La cirugía no debe ser vista como el fin del tránsito de género, sino como una de las posibles rutas para el bienestar, dependiendo de las necesidades de cada persona.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

TABLA 22. Criterios para la cirugía de afirmación de género que afecta la fertilidad

La cirugía de afirmación de género es una intervención médica relevante y profundamente significativa en el proceso de tránsito para muchas personas trans. Esta tabla establece los criterios clínicos, psicosociales y éticos requeridos para acceder a procedimientos quirúrgicos que pueden afectar la fertilidad, tales como vaginoplastia, faloplastia, metoidioplastia, histerectomía

o gonadectomía. Estos criterios tienen como objetivo garantizar que la decisión quirúrgica sea informada, segura y basada en un proceso de acompañamiento continuo y reflexivo.

Se considera fundamental que la persona haya experimentado una disforia, incongruencia o discordancia de género persistente, que haya recibido acompañamiento especializado y haya vivido en el rol de género afirmado de forma consistente durante al menos un año. Asimismo, se requiere haber iniciado y sostenido una terapia hormonal de afirmación de género durante al menos 12 meses, salvo contraindicación médica documentada, lo cual permite observar los efectos esperados, reafirmar la decisión y preparar física y emocionalmente el cuerpo para la cirugía.

Además, se enfatiza la necesidad de contar con información clara sobre los aspectos médicos, económicos y funcionales del procedimiento quirúrgico, así como con un consentimiento informado robusto. Si no se cumple con todos los requisitos, el caso debe ser evaluado por un equipo interdisciplinario, que valore de manera individualizada los factores contextuales y de salud. Estos criterios buscan asegurar que cada intervención sea coherente con los deseos, la autonomía progresiva y el bienestar integral de la persona trans, en el marco de una atención ética, afirmativa y basada en estándares internacionales de calidad.

Criterios para la cirugía de afirmación de género, que afecta la fertilidad

- 1.** Disforia, incongruencia y/o discordancia de género persistente y bien documentada.
- 2.** Edad legal de mayoría de edad en el país.
- 3.** Uso continuo y responsable de hormonas de afirmación de género durante al menos 12 meses (si no existe una contraindicación médica para recibir dicha terapia).
- 4.** Experiencia de vida real en el nuevo rol de género durante al menos 12 meses.
- 5.** Si existen problemas médicos o de salud mental significativos, deben estar bien controlados.
- 6.** Conocimiento demostrable de todos los aspectos prácticos de la cirugía (por ejemplo, costos, duración esperada de hospitalización, posibles complicaciones, rehabilitación postquirúrgica).
- 7.** Consentimiento informado aceptando el manejo médico y quirúrgico correspondiente.

8. En caso de que la persona no cumpla con alguno/s de estos requisitos, deberá ser evaluada por parte el equipo tratante y/o junta multidisciplinaria.

Fuente: Adaptado de Hembree et al. [12].

Recomendación 23

En casos de procedimientos quirúrgicos genitales, el equipo tratante y/o junta transdisciplinaria debe garantizar la evaluación médica prequirúrgica y coordinar con el equipo quirúrgico el manejo hormonal e integral antes y después de la cirugía.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- El trabajo en red entre los servicios de salud mental, endocrinología, medicina sexual y cirugía es esencial para asegurar una atención transdisciplinaria real y continua.
- En contextos donde aún no existen juntas transdisciplinarias formalizadas, debe promoverse la creación de rutas colaborativas entre servicios, con protocolos mínimos para la evaluación prequirúrgica.
- Es recomendable que la persona reciba también orientación clara sobre autocuidados, higiene postoperatoria, signos de alarma, adherencia al tratamiento y cambios esperables en la imagen corporal y función sexual.
- La implementación de esta recomendación puede fortalecerse mediante la elaboración de guías institucionales, capacitaciones clínicas y articulación con redes de apoyo comunitarias.
- Garantizar una evaluación prequirúrgica adecuada es una expresión del principio de no maleficencia, al minimizar riesgos y complicaciones.
- La coordinación de equipos contribuye a una atención centrada en la persona, individualizada y ética, que respeta sus tiempos y procesos.
- Esta recomendación promueve la consolidación de un modelo de atención integral y continuo, más allá de la atención fragmentada o episódica.
- Se alinea con los principios de la atención primaria en salud, la pertinencia clínica y el enfoque diferencial y afirmativo en salud.

Justificación:

Los procedimientos quirúrgicos genitales de afirmación de género son intervenciones complejas que requieren una preparación médica y psicosocial cuidadosa, así como un seguimiento integral. La evidencia disponible y la experiencia clínica coinciden en señalar que la evaluación prequirúrgica exhaustiva y la coordinación entre los equipos tratantes y quirúrgicos son factores determinantes para el éxito de la intervención [34,35].

Este tipo de cirugía implica modificaciones anatómicas mayores y requiere considerar no sólo la condición clínica actual de la persona, sino también su

estado hormonal, sus antecedentes quirúrgicos, la salud mental, el apoyo social, y las expectativas en relación con los resultados funcionales, estéticos y psicológicos.

La evaluación médica prequirúrgica permite:

- Identificar comorbilidades que puedan aumentar el riesgo quirúrgico (diabetes, hipertensión, VIH no controlado, etc.).
- Establecer protocolos de suspensión o ajuste temporal de la terapia hormonal, particularmente en el caso de estrógenos, por su potencial riesgo trombótico.
- Coordinar con anestesiología, urología, ginecología o cirugía plástica según el procedimiento.
- Garantizar una preparación física y emocional óptima.
- Planificar el seguimiento postoperatorio para disminuir complicaciones, identificar infecciones tempranas, problemas funcionales u otras dificultades en la recuperación.

Además, el manejo hormonal en el contexto quirúrgico no debe improvisarse ni suspenderse abruptamente sin evaluación especializada [12]. En especial, deben valorarse cuidadosamente los tiempos de suspensión prequirúrgica, las estrategias de reemplazo o soporte si se requiere, y la reintroducción progresiva de las hormonas tras la intervención.

Este enfoque coordinado no solo mejora los resultados clínicos y la experiencia de el/la usuario/a, sino que también disminuye costos por complicaciones, reintervenciones u hospitalizaciones innecesarias, y fortalece la adherencia al proceso de afirmación [34].

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

¿Cuál es la eficacia y seguridad de las intervenciones quirúrgicas en el proceso de construcción corporal identitaria, para el tránsito en el género de las personas trans?

Recomendación 24

Los procedimientos quirúrgicos genitales deben realizarse tras al menos un año de terapia hormonal continua y adecuada, de acuerdo con el criterio médico y según la técnica a utilizar, salvo contraindicación médica o decisión de la persona de no hormonizarse como parte de la afirmación.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
-----------------------------	----------------

Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada
--------------------------	---------------

Consideraciones del panel:

- En personas que se han hormonizado menos de 12 meses, o que no lo han hecho por decisión autónoma o razones médicas, la cirugía puede ser indicada tras evaluación del equipo tratante, siempre que se garanticen condiciones de seguridad clínica y preparación emocional adecuada.
- La técnica quirúrgica elegida también puede influir en la necesidad o no de hormonización previa. Por ejemplo, algunas variantes de metoidioplastia o faloplastia pueden ser viables en ausencia de cambios hormonales extensos, mientras que otros procedimientos pueden requerir tejidos modificados por hormonas para un mejor resultado funcional o estético.
- En todos los casos, se debe garantizar el acceso a acompañamiento informado, preparación emocional y seguimiento posoperatorio adecuado, independientemente del historial hormonal.
- Esta recomendación permite armonizar la práctica clínica con la realidad de trayectorias diversas dentro de las experiencias trans, sin imponer rutas únicas.
- Favorece una implementación gradual, segura y contextualizada de las cirugías de afirmación genital, mientras se garantiza el respeto por las decisiones personales.
- Requiere que los servicios quirúrgicos sean articulados con equipos de salud mental y medicina general, sexual, familiar o endocrinología con formación en tránsito de género.
- Se recomienda desarrollar protocolos institucionales de consentimiento quirúrgico informativo que incluya información clara sobre los beneficios de la hormonización, sin presentarla como condición excluyente.

Justificación:

El requerimiento de un periodo previo de terapia hormonal antes de realizar cirugías genitales de afirmación de género tiene como base una lógica de preparación corporal y emocional. La hormonización previa contribuye a mejorar la congruencia corporal, reducir la disforia y favorecer la satisfacción postoperatoria [31-33].

La hormonización previa contribuye a:

- Mejorar la congruencia corporal general.
- Desarrollar características sexuales secundarias que preparan física y estéticamente el cuerpo para la cirugía.
- Reducir la disforia de género de forma significativa.
- Aumentar la satisfacción postoperatoria.
- Permitir un periodo adecuado para consolidar el deseo quirúrgico y su sostenibilidad emocional.

Asimismo, este tiempo favorece una preparación integral, incluyendo evaluación de salud mental, condiciones médicas asociadas, apoyo psicosocial y toma de decisiones informadas, todo lo cual reduce el riesgo de arrepentimiento, complicaciones y disfuncionalidad postquirúrgica.[30-33].

Sin embargo, la recomendación también reconoce de forma explícita que no todas las personas trans desean hormonizarse ni deben ser obligadas a hacerlo para acceder a intervenciones quirúrgicas. Existen personas con contraindicaciones médicas absolutas o relativas, con trayectorias de tránsito no hormonales, o con decisiones autónomas de no modificar su sistema endocrino. Imponer la hormonización como requisito universal iría en contra de los principios de autonomía, diversidad de trayectorias identitarias, y consentimiento informado.

Por tanto, el enfoque debe ser flexible, basado en evidencia y centrado en la persona. La indicación de la cirugía debe ser tomada en conjunto entre la persona y el equipo tratante, considerando los beneficios clínicos del tiempo de hormonización, pero sin que este represente una barrera estructural para quienes no pueden o no desean acceder a terapia hormonal.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos quirúrgicos de reafirmación de género en personas trans que buscan modificar características sexuales secundarias?

Recomendación 25

La derivación a procedimientos quirúrgicos genitales por parte del equipo tratante y/o junta transdisciplinaria debe realizarse teniendo en cuenta: (1) cambios satisfactorios en la función social, (2) haber alcanzado los cambios esperados a partir de la hormonización (si ha sido una decisión parte de la afirmación) y (3) el deseo de cambios quirúrgicos definitivos e irreversibles.

Las situaciones de las personas trans que no deseen o no pueden recibir tratamiento hormonal previo a los procedimientos quirúrgicos, podrán ser evaluadas en junta de salud transdisciplinaria, para acompañar la toma de decisiones, buscando siempre el bienestar integral y respetando la autonomía de la persona y el grupo de atención en salud.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- La función social afirmada puede manifestarse de múltiples formas: en el entorno laboral, familiar, educativo o comunitario. No debe exigirse una "prueba de vida real" como requisito obligatorio, sino comprenderla como parte del proceso afirmativo de cada persona.
- El deseo de cambios quirúrgicos irreversibles debe surgir de una construcción autónoma, informada y acompañada, sin presiones externas, patologización o estigmatización.
- El acompañamiento en estos procesos puede requerir varios encuentros, abordajes progresivos y materiales educativos accesibles.
- La evaluación debe incluir el abordaje de expectativas realistas, información sobre posibles complicaciones, implicaciones sobre fertilidad y sexualidad, así como alternativas en caso de no desear o no poder acceder a la cirugía.
- Esta recomendación reafirma el principio de autonomía progresiva y consentimiento informado como ejes centrales en las decisiones de salud. Garantiza que las personas trans puedan acceder a procedimientos quirúrgicos sin ser obligadas a cumplir estándares biomédicos homogéneos, y promueve una atención centrada en la persona, afirmativa y libre de discriminación.
- También reconoce que los procesos de afirmación son diversos y que las personas pueden transitar de manera parcial, con tiempos propios y motivaciones múltiples, sin que esto invalide su derecho a acceder a procedimientos quirúrgicos.

Justificación:

Esta recomendación responde a la necesidad de garantizar que las decisiones sobre procedimientos quirúrgicos genitales de afirmación de género sean

tomadas en un marco de reflexión profunda, acompañamiento integral y pleno respeto a la autonomía de las personas trans. La derivación no debe basarse únicamente en criterios biomédicos, sino en una evaluación comprehensiva del estado emocional, funcional y social de la persona, alineada con sus deseos y su proceso personal de tránsito.

La evidencia muestra que realizar estas cirugías cuando se han alcanzado determinados hitos psicosociales —como la consolidación de una función social afirmada y el logro de cambios físicos esperados— se asocia con mayor satisfacción, mejor adaptación al cambio corporal y menor incidencia de arrepentimiento postoperatorio [30-33].

Sin embargo, no todas las personas trans desean o pueden acceder a terapia hormonal. Condiciones de salud, efectos adversos, falta de acceso, convicciones personales o enfoques no binarios de género pueden hacer que la hormonización no sea parte de su afirmación. En estos casos, es esencial que exista una junta transdisciplinaria que pueda valorar la situación con perspectiva afirmativa, ética y personalizada, sin imponer modelos hegemónicos de tránsito ni condicionar el acceso quirúrgico a la hormonización.

Esta junta debe integrar profesionales de salud mental, salud sexual, medicina general, medicina familiar o endocrinología, y profesionales quirúrgicos, con capacidad para ofrecer una evaluación contextualizada, y un acompañamiento informado, respetuoso y libre de coerción. Deben respetarse los derechos sexuales y reproductivos, la diversidad de trayectorias y la autodeterminación de género.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 26

En la atención de hombres trans, la necesidad de histerectomía total y ooforectomía, y en el caso de mujeres trans la de gonadectomía, debe ser evaluada en cada caso, en junta transdisciplinaria, priorizando la salud integral y las preferencias de la persona.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
-----------------------------	----------------

Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada
<p>Consideraciones del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La decisión no debe entenderse como obligatoria dentro de un proceso de afirmación. Existen múltiples trayectorias válidas y afirmativas de tránsito de género que no incluyen cirugía reproductiva. • En todos los casos, estas intervenciones deben valorarse bajo criterios estrictos de autonomía progresiva, madurez psicológica y acompañamiento familiar y clínico, cumpliendo el marco legal vigente en Colombia. • El proceso debe incluir consejería clara sobre las implicaciones en fertilidad, acceso a tecnologías de preservación gamética (cuando esté disponible), y alternativas no quirúrgicas cuando así se prefiera. • Esta recomendación refuerza el principio de autonomía y consentimiento informado, reconociendo que la decisión de realizar procedimientos quirúrgicos reproductivos debe emanar del deseo individual y no de exigencias normativas o institucionales. También implica la necesidad de que el sistema de salud colombiano garantice acceso seguro, informado, y respetuoso a este tipo de intervenciones, dentro del marco del derecho a la salud, la no discriminación y el enfoque de derechos. 	
<p>Justificación:</p> <p>Los procedimientos de extirpación quirúrgica de órganos reproductivos —como la histerectomía y ooforectomía en hombres trans y la gonadectomía en mujeres trans— pueden contribuir al bienestar psicológico, la congruencia corporal y la calidad de vida cuando responden a un deseo explícito de la persona y se realizan en condiciones seguras y acompañadas [31-33].</p> <p>La evaluación individualizada de estas intervenciones en el marco de una junta transdisciplinaria —que incluya profesionales de salud física, salud mental, salud sexual, especialistas quirúrgicos y, cuando sea necesario, especialistas en endocrinología o medicina interna— permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de salud física y mental. • Considerar comorbilidades o factores de riesgo quirúrgico. • Asegurar la comprensión informada de los efectos irreversibles y posibles complicaciones. • Respetar plenamente la autodeterminación y los deseos de cada persona. <p>Además de su función afirmativa, estos procedimientos pueden tener indicaciones clínicas adicionales, como la prevención de efectos adversos hormonales, el control de sangrado genital persistente, la reducción del riesgo de cáncer de endometrio u ovario en personas en tratamiento hormonal prolongado, o el manejo de condiciones ginecológicas específicas en hombres trans [35,36].</p> <p>En mujeres trans, tras la gonadectomía (por motivos médicos o afirmativos) es importante asegurar y monitorizar la continuidad de la hormonización y realizar</p>	

seguimiento de la salud ósea, dado que la supresión hormonal prolongada se asocia con disminuciones de densidad ósea en personas gonadectomizadas con hormonización insuficiente [10,12].	
Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 27

Las cirugías irreversibles como la gonadectomía, la histerectomía y otras relacionadas con la afirmación de género, deben realizarse únicamente en personas mayores de edad, (para el contexto colombiano, mayores de 18 años), debido a su carácter permanente y definitivo.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- Esta recomendación no impide el acompañamiento clínico ni el inicio de otras intervenciones afirmativas en menores de edad, como bloqueadores hormonales, hormonización progresiva en adolescentes con desarrollo puberal, acompañamiento en salud mental y apoyo familiar.
- En adolescentes cercanos a la mayoría de edad con alta adherencia al proceso de afirmación, podrá iniciarse la preparación prequirúrgica bajo acompañamiento transdisciplinario, siempre que la cirugía en sí misma se realice tras cumplir los 18 años.
- La junta transdisciplinaria puede tener un rol crucial en el acompañamiento a adolescentes y sus familias, asegurando un proceso ético, gradual y centrado en el bienestar integral, sin apurar decisiones ni obstaculizar trayectorias de afirmación.
- Esta recomendación busca salvaguardar los derechos de las/los menores de edad, promoviendo una transición afirmativa y ética basada en etapas. Protege tanto la autonomía progresiva como el principio de no maleficencia, evitando decisiones prematuras que podrían tener repercusiones futuras.
- A su vez, previene la exclusión de adolescentes trans del sistema de salud, incentivando su acompañamiento clínico sin requerir procedimientos irreversibles como requisito de validación identitaria. En

este sentido, la guía promueve trayectorias diversas, legítimas y seguras de afirmación de género, compatibles con los estándares internacionales y el marco legal colombiano.	
<p>Justificación:</p> <p>Las cirugías de afirmación de género con carácter irreversible —como la gonadectomía, la histerectomía, la ooforectomía, la metoidioplastia, la faloplastia o la vaginoplastia— implican modificaciones corporales permanentes que requieren un alto grado de autonomía y consentimiento informado [30-33,35,36]. Por esta razón, la presente recomendación establece su realización únicamente en personas mayores de edad, conforme a la definición legal de mayoría de edad en Colombia (18 años), en coherencia con el marco jurídico y los principios bioéticos que rigen la práctica médica en el país.</p> <p>Esta restricción se fundamenta en el principio de autonomía plena, que exige la capacidad jurídica y psicológica para comprender y consentir procedimientos con consecuencias definitivas. Si bien las tasas de arrepentimiento en población trans adulta son bajas [30,33], existe consenso internacional en que las decisiones quirúrgicas irreversibles deben postergarse hasta la mayoría de edad, incluso en contextos donde se reconoce la autonomía progresiva en adolescentes.</p>	
Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Probablemente favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Probablemente no impacta
Aceptabilidad	Probablemente sí
Factibilidad	Sí

Recomendación 28

La cirugía mamaria en hombres trans debe evaluarse de manera individual, por el equipo tratante y/o junta transdisciplinar, considerando el estado de salud física y mental de la persona, sin un requisito de edad mínima establecido.

Fuerza de la recomendación:	Fuerte a favor
Certeza de la evidencia:	⊕⊕⊕○ Moderada

Consideraciones del panel:

- La evaluación prequirúrgica debe incluir valoración médica, salud mental, dinámica familiar y análisis de riesgos y beneficios.
- Se recomienda que el procedimiento sea realizado por equipos quirúrgicos con experiencia en atención a personas trans y que cuente con acompañamiento posoperatorio integral.
- No es obligatorio haber recibido terapia hormonal para acceder a la mastectomía, dado que esta intervención puede ser beneficiosa independientemente del uso de testosterona.
- El acompañamiento de la junta transdisciplinaria no busca restringir el acceso, sino asegurar un proceso ético, informado y centrado en la persona.
- Esta recomendación reconoce que la cirugía de afirmación mamaria no tiene las mismas implicaciones clínicas ni legales que otros procedimientos irreversibles como la gonadectomía. Por tanto, permite una mayor flexibilidad para su indicación, sin desproteger los principios de autonomía progresiva, consentimiento informado y evaluación ética.
- Su implementación adecuada permitirá reducir el sufrimiento psicosocial de transmasculinos que presentan disforia de género significativa asociada al desarrollo mamario, sin incurrir en riesgos innecesarios, y promoviendo la inclusión, la equidad y la salud integral.
- Aunque no se establece un umbral rígido de edad, el equipo tratante debe tener en cuenta que, en general, la edad recomendada para considerar este tipo de intervención quirúrgica debe estar interrelacionada con el principio de autonomía progresiva y la necesidad de un nivel suficiente de madurez y comprensión por parte de la persona, dado su carácter irreversible. Esto se soporta en las diferentes Sentencias de la Corte Constitucional en las que se ha pronunciado sobre las y los menores de edad trans y debe contar con el asentimiento de la persona y el consentimiento de el/los padre/s, madre/s y/o tutor/es legal/es.

Justificación:

La mastectomía o cirugía de afirmación mamaria ha demostrado ser una de las intervenciones quirúrgicas con mayor impacto positivo en la salud integral de hombres trans, particularmente en la reducción de la disforia de género, el aumento del bienestar psicosocial y la mejora significativa de la calidad de vida [30-33]. A diferencia de otros procedimientos irreversibles como la

gonadectomía, la mastectomía tiene menor riesgo quirúrgico, mayor tasa de satisfacción y mínima incidencia de arrepentimiento postoperatorio [30].

La presente recomendación no fija un umbral etario específico para la realización de este procedimiento, permitiendo que personas menores de edad puedan ser evaluadas de manera individualizada bajo criterios clínicos, psicosociales y éticos, con acompañamiento familiar y del equipo tratante. Esta medida busca reconocer la autonomía progresiva, evitando barreras innecesarias para el acceso a una intervención que puede mejorar significativamente la salud mental y la funcionalidad social de adolescentes trans masculinos.

La evidencia internacional y los principios de atención centrada en la persona respaldan la evaluación individualizada de la madurez psicológica, la comprensión del procedimiento, la persistencia de la identidad de género y el estado de salud física y emocional. De esta manera, se garantiza una decisión informada, voluntaria y sostenida en el tiempo.

Marco de evidencia a la decisión	Juicio del panel de expertos
Balance riesgo-beneficio	Favorece la intervención
Recursos (costos) requeridos	Costos moderados
Valores y preferencias	Probablemente no importante incertidumbre o variabilidad
Costo efectividad	Probablemente favorece la intervención
Equidad	Incrementada
Aceptabilidad	Sí
Factibilidad	Sí

TABLA DE RECOMENDACIONES POR MÓDULO Y MOMENTO DE VIDA

ETAPA	PREPÚBERES	PÚBERES		POSTPÚBERES	
INTERVENCIÓN	ACOMPañAMIENTO	SUPRESIÓN	TERAPIA HORMONAL CRUZADA	TERAPIA HORMONAL CRUZADA	
SEXO	TODOS	TODOS		MUJERES	HOMBRES
Módulo 1: Atención inicial en afirmación de género en población trans	Recomendación 2 El diagnóstico de Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género en menores de edad debe ser realizado exclusivamente por profesionales de la salud mental y/o sexual, con experiencia en población infantil, que cuenten con: Capacidad para el uso adecuado del DSM-5 y/o CIE-11 o las versiones más actualizadas, como herramientas diagnósticas, y Capacidad para diagnosticar Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, y Capacidad de distinguir la Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género de condiciones psiquiátricas que puedan tener características similares (p. Ej., trastorno dismórfico corporal), y Sensibilización y entrenamiento en enfoque diferencial y de género.			Recomendación 1 La Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género en adultos debe ser diagnosticada únicamente por profesionales de la salud, capacitados en salud mental y/o salud sexual, que cumplan con los siguientes criterios: Capacidad para el uso adecuado del DSM-5 y/o CIE-11 o las versiones más actualizadas, como herramientas diagnósticas, y Capacidad para diagnosticar Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género, y Capacidad de distinguir la Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género de condiciones psiquiátricas que puedan tener características similares (p. Ej., trastorno dismórfico corporal), y Sensibilización y entrenamiento en enfoque diferencial y de género.	
		Recomendación 3 Antes de iniciar la supresión de la pubertad o la terapia hormonal de afirmación de género en cualquier persona, se debe informar y asesorar sobre las opciones de preservación de la fertilidad por el profesional tratante (endocrinología o endocrinología pediátrica en el abordaje inicial y si se requiere referir a ginecología o urología).			
Módulo 2: Manejo clínico para la supresión del desarrollo puberal	Recomendación 4 Las decisiones sobre la transición social de menores prepuberales deben ser tomadas como producto de un acompañamiento permanente de su/s padre/s, madre/s, cuidadora/es y/o tutora/es legales, y al menos un/a profesional capacitado en salud mental y /o sexual, como psiquiatría o psicología infantil, del equipo transdisciplinar, garantizando siempre el interés superior del menor de edad, respetando sus derechos y con base en su autonomía progresiva.				
	Recomendación 5 Se recomienda no realizar intervenciones de afirmación de género, como tratamientos farmacológicos de bloqueo o reemplazo hormonal y/o tratamientos quirúrgicos, en personas	Recomendación 6 Las personas que muestren los primeros signos físicos de pubertad (Tanner 2, mamario en el caso de las menores de 18 años asignadas como mujeres y testicular en el caso de los menores de 18			

	prepuberales (aquellas que no han alcanzado el Tanner 2, mamario en el caso de las menores de 18 años asignadas como mujeres y testicular en el caso de los menores de 18 años asignados como hombres).	años asignados como hombres), con discordancia, incongruencia y/o disforia de género que cumplan los criterios establecidos para su diagnóstico y soliciten acompañamiento pueden ser considerada/os para la supresión del desarrollo puberal, en conjunto con un equipo transdisciplinario.			
		Recomendación 7 La supresión de la pubertad debe iniciarse únicamente cuando se presenten los primeros signos físicos de pubertad (Tanner 2, mamario en el caso de las menores de 18 años asignadas como mujeres y testicular en el caso de los menores de 18 años asignados como hombres).			
		Recomendación 8 En los casos en que sea indicado, se deben iniciar análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para suprimir las hormonas puberales, por parte de la especialidad médica de endocrinología pediátrica (haciendo uso de las herramientas de telemedicina de ser requeridas) y el seguimiento y reformulación podrá realizarse por profesionales de medicina especializada	Recomendación 9 La terapia hormonal cruzada para adolescentes debe implementarse gradualmente bajo los criterios de una inducción puberal y solo después de confirmar la persistencia de la discordancia, incongruencia y/o disforia de género. Esto requiere una junta por parte de un equipo transdisciplinario (compuesto por al menos los profesionales de las siguientes especialidades:		

		con experiencia y/o capacitación demostrable en atención de personas trans.	endocrinología pediátrica, psiquiatría infantil, psicología, y a disponibilidad en la institución los profesionales en psiquiatría, endocrinología, sexología, medicina familiar, ginecología, urología), el consentimiento informado y basarse en el nivel de desarrollo cognitivo y el principio de autonomía progresiva del adolescente, especialmente a partir de los 16 años, y en casos excepcionales en menores de esa edad.		
		Recomendación 10 Se debe realizar un seguimiento clínico y paraclínico cada 3 meses durante el primer año de tratamiento con hormonas (bloque puberal o terapia hormonal cruzada) monitoreando tanto el desarrollo puberal como su bloqueo según corresponda, y posteriormente cada 6 meses, o según criterio médico.			
Módulo 3: Manejo clínico para la afirmación de género		Recomendación 11 Antes de iniciar cualquier tratamiento hormonal, se debe confirmar el diagnóstico de Discordancia, Incongruencia y/o Disforia de género (por profesionales de la salud, capacitados en salud mental y/o salud sexual) y evaluar si la persona cumple con los criterios necesarios para la transición endocrina.			
		Recomendación 12 Cualquier condición médica preexistente debe identificarse y tratarse, así como considerar la posibilidad de que ésta se vea afectada por el tratamiento hormonal, a fin de minimizar riesgos y propender por la seguridad de la persona.			
			Recomendación 13 El inicio de la terapia de afirmación hormonal debe realizarse por la especialidad médica de endocrinología o ginecología endocrinológica (o el profesional en medicina con la mayor experiencia y entrenamiento en manejo hormonal de personas trans disponible, en caso de no contar con los especialistas anotados) y el seguimiento y reformulación podrá realizarse por profesionales de medicina con experiencia y/o capacitación demostrable en atención de personas trans.		

			Recomendación 14 Durante la terapia de afirmación hormonal, se debe realizar un seguimiento clínico y paraclínico cada 3 meses o según criterio médico, durante el primer año, para asegurar la supresión de hormonas endógenas y que las hormonas administradas se mantengan dentro de rangos fisiológicos seguros para el género afirmado, monitoreando el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios según corresponda; y posteriormente cada 6 meses, o según criterio médico.		
			Recomendación 15 Las personas transgénero deben recibir información completa, clara y específica sobre los efectos temporales y permanentes de la terapia de afirmación hormonal, así como de los efectos secundarios y adversos de la terapia. El consentimiento informado debe ser de obligatorio cumplimiento		
Módulo 4: Prevención de eventos adversos y atención a largo plazo de la afirmación de género				Recomendación 16 Debe realizarse tanto en hombres como en mujeres trans, seguimiento clínico y bioquímico cada 3 meses durante el primer año de tratamiento y posteriormente cada 6 meses, o según criterio médico, que permitan la detección temprana de efectos adversos de variables físicas y psicosociales.	
				Recomendación 17 En las mujeres transgénero en manejo con estrógenos se debe realizar control de niveles de prolactina previo inicio del tratamiento y posteriormente con periodicidad anual, o según criterio médico.	
				Recomendación 18 Deben evaluarse los factores de riesgo cardiovascular y metabólicos mediante seguimiento clínico y análisis paraclínicos, al menos una vez al año o según criterio médico.	
				Recomendación 19 La densidad mineral ósea debe ser evaluada en personas con riesgo de osteoporosis, o si existe el riesgo de fractura por osteoporosis, especialmente en quienes hayan suspendido la terapia hormonal, tras una gonadectomía, o según criterio médico.	
				Recomendación 20 Las mujeres y hombres transgénero sin factores de riesgo requieren seguimiento de acuerdo con las recomendaciones nacionales para la detección de cáncer de mama, y deberá ajustarse según el riesgo, el seguimiento individual, o a criterio médico.	
				Recomendación 21 A las mujeres	

				transgénero tratadas con estrógenos se les debe realizar seguimiento periódico individualizado para detectar enfermedades prostáticas y cáncer de próstata.	
Módulo 5: Manejo quirúrgico para reasignación de sexo y confirmación de género				Recomendación 22 La cirugía genital de afirmación de género debe realizarse después de que el equipo tratante y/o junta transdisciplinaria confirme que es médicamente necesaria y beneficiosa para la salud integral, el bienestar y teniendo en cuenta las preferencias de la persona.	
				Recomendación 23 En casos de procedimientos quirúrgicos genitales, el equipo tratante y/o junta transdisciplinaria debe garantizar la evaluación médica prequirúrgica y coordinar con el equipo quirúrgico el manejo hormonal e integral antes y después de la cirugía.	
				Recomendación 24 Los procedimientos quirúrgicos genitales deben realizarse tras al menos un año de terapia hormonal continua y adecuada, de acuerdo con el criterio médico y según la técnica a utilizar, salvo contraindicación médica o decisión de la persona de no hormonizarse como parte de la afirmación.	
				Recomendación 25 La derivación a procedimientos quirúrgicos genitales por parte del equipo tratante y/o junta transdisciplinaria debe realizarse teniendo en cuenta: (1) cambios satisfactorios en la función social, (2) haber alcanzado los cambios esperados a partir de la hormonización (si ha sido una decisión parte de la afirmación) y (3) el deseo de cambios quirúrgicos definitivos e irreversibles. Las situaciones de las personas trans que no deseen o no pueden recibir tratamiento hormonal previo a los procedimientos quirúrgicos, podrán ser evaluadas en junta de salud transdisciplinaria, para acompañar la toma de decisiones, buscando siempre el bienestar integral y respetando la autonomía de la persona y el grupo de atención en salud.	
				Recomendación 26 En la atención de hombres trans, la necesidad de histerectomía total y ooforectomía, y en el caso de mujeres trans	

				la de gonadectomía, debe ser evaluada en cada caso, en junta transdisciplinaria, priorizando la salud integral y las preferencias de la persona.
				Recomendación 27 Las cirugías irreversibles como la gonadectomía, la histerectomía y otras relacionadas con la afirmación de género, deben realizarse únicamente en personas mayores de edad, (para el contexto colombiano, mayores de 18 años), debido a su carácter permanente y definitivo.
				Recomendación 28 La cirugía mamaria en hombres trans debe evaluarse de manera individual, por el equipo tratante y/o junta transdisciplinar, considerando el estado de salud física y mental de la persona, sin un requisito de edad mínima .

BORR

4. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

4.1. Objetivos

Objetivo general

Asegurar la implementación efectiva, sostenible y territorialmente pertinente de la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de las Personas Trans, promoviendo la adopción de sus recomendaciones clínicas, éticas y de gestión en los servicios de salud del país, con un enfoque diferencial, interseccional y basado en derechos humanos.

Objetivos específicos

1. Incorporar la guía en los procesos de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), priorizando el primer nivel de atención y la articulación con redes de servicios especializados.
2. Fortalecer las capacidades institucionales y del talento humano para la atención afirmativa en salud, garantizando competencias clínicas, comunicativas y culturales.
3. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial y comunitaria que aseguren la integralidad de la atención y el abordaje de determinantes sociales de la salud.
4. Generar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejora continua que garanticen la sostenibilidad técnica y social de la guía.
5. Promover la participación activa de las personas trans, sus organizaciones y redes comunitarias en la implementación, monitoreo y evaluación de la guía.

4.2. Alcance

El presente plan aplica a todas las entidades, instituciones y profesionales del sector salud involucrados en la atención de personas trans, en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal. Incluye la adopción de las recomendaciones de la guía tanto en servicios públicos como privados, priorizando la Atención Primaria en Salud, como puerta de entrada y eje de coordinación del cuidado.

El alcance se extiende además a:

- Entidades aseguradoras (EPS, ARL y EOC), responsables de garantizar el acceso y la continuidad del tratamiento.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en todos los niveles de complejidad.
- Secretarías de Salud Territoriales, responsables de adaptar la implementación a los contextos locales.
- Organizaciones sociales y comunitarias trans, como aliadas en los procesos de apropiación social del conocimiento.
- Entidades formadoras en salud, encargadas de incluir la atención afirmativa en sus currículos.

El horizonte temporal propuesto es de tres años (2026–2028), con evaluación intermedia y revisión al quinto año para actualización y ajustes conforme a nueva evidencia.

4.3. Fases y estrategias que constituyen el plan de implementación

Fase 1. Difusión y apropiación institucional (0–6 meses)

Objetivo: Garantizar la divulgación nacional de la guía y su posicionamiento como instrumento técnico de referencia.

Estrategias:

- Publicación oficial y accesible de la GPC en el portal del Ministerio y en el Sistema GPC Colombia.
- Socialización en espacios científicos, gremiales y comunitarios, priorizando el enfoque de diversidad.
- Desarrollo de materiales pedagógicos multiformato (guías breves, infografías, cápsulas educativas, podcasts, videos).
- Sensibilización de directivos y responsables de calidad en IPS y EPS.
- Designación de puntos focales en cada entidad territorial.

Fase 2. Fortalecimiento de capacidades y formación del talento humano (6–18 meses)

Objetivo: Mejorar las competencias clínicas, técnicas y culturales del personal de salud para brindar atención afirmativa.

Estrategias:

- Diseño e implementación de un programa nacional de capacitación continua sobre afirmación de género en salud.
- Articulación con universidades, colegios profesionales y asociaciones científicas para incorporar la guía en sus programas curriculares.
- Desarrollo de módulos virtuales autogestionables y diplomados certificados en atención afirmativa.
- Formación de equipos de referencia (en endocrinología, salud mental, medicina general, enfermería y trabajo social) en hospitales de segundo y tercer nivel.

Fase 3. Implementación operativa en los servicios de salud (12–36 meses)

Objetivo: Incorporar las recomendaciones de la guía en los procesos asistenciales, administrativos y de gestión clínica.

Estrategias:

- Integración de las recomendaciones clínicas en los protocolos institucionales de atención.
- Revisión y adecuación de rutas integrales de atención (RIAS) con enfoque de género y diversidad.
- Establecimiento de mecanismos de referencia y contrarreferencia para atención integral de personas trans.
- Creación de servicios diferenciados o franjas horarias inclusivas para la atención afirmativa.
- Inclusión de criterios de atención trans en los estándares de habilitación y auditoría de calidad.

Fase 4. Monitoreo, evaluación y mejora continua (18–48 meses)

Objetivo: Asegurar el cumplimiento, calidad y sostenibilidad del proceso de implementación.

Estrategias:

- Diseño de un sistema de indicadores con variables cuantitativas (cobertura, adherencia, capacitación, accesibilidad) y cualitativas (satisfacción, percepción de trato digno, seguridad).
- Evaluaciones anuales coordinadas por el Ministerio y las Secretarías Territoriales.
- Publicación de informes de avance y espacios de rendición de cuentas con participación comunitaria.
- Actualización periódica de la guía según nueva evidencia y necesidades emergentes.

Fase 5. Sostenibilidad y escalamiento (a partir del año 4)

Objetivo: Consolidar la guía como instrumento permanente dentro del sistema de salud.

Estrategias:

- Incorporar los contenidos de la guía en el Plan Nacional de Salud Pública 2031 y en los planes territoriales de salud.
- Fortalecer alianzas con agencias de cooperación internacional (OPS, ONU Mujeres, UNFPA, PNUD).
- Generar incentivos para IPS que demuestren buenas prácticas en atención afirmativa.
- Promover la investigación aplicada y la producción de evidencia local sobre resultados en salud de personas trans.

4.4. Estrategias transversales

1. Participación comunitaria: inclusión activa de organizaciones trans en todas las etapas.
2. Comunicación inclusiva: materiales adaptados, lenguaje afirmativo y traducción intercultural.
3. Enfoque diferencial: adaptación territorial, étnica y etaria.
4. Gestión del conocimiento: repositorio digital con materiales y buenas prácticas.
5. Evaluación de impacto: seguimiento al cumplimiento de los indicadores y análisis de sostenibilidad.

Tabla de Implementación Operativa de la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de las Personas Trans

Fase / Estrategia	Productos esperados	Actores responsables	Indicadores de cumplimiento	Periodo estimado
Fase 1. Difusión y apropiación institucional				0-6 meses
Publicación oficial de la GPC y distribución digital y física	Documento publicado y disponible en portales institucionales	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Oficina de Promoción Social, Dirección de Regulación	Publicación disponible en línea; número de descargas y citaciones oficiales	1-2 meses
Socialización con entidades territoriales y redes de salud	Talleres virtuales y presenciales realizados	MSPS, Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	Número de talleres y participantes; cobertura territorial	3-6 meses
Elaboración de materiales pedagógicos multiformato	Infografías, cápsulas, videos, cartillas divulgativas	MSPS, cooperación internacional, equipo de comunicaciones	Número y tipo de materiales divulgados; difusión en medios y redes	3-6 meses
Designación de puntos focales institucionales	Resoluciones o circulares de designación	MSPS y entes territoriales	Número de puntos focales designados y activos	6 meses
Fase 2. Fortalecimiento				6-18 meses

de capacidades y formación				
Programa nacional de formación en atención afirmativa	Módulos virtuales y diplomado certificado	MSPS, UNFPA, OPS, asociaciones científicas	Número de personas capacitadas; módulos completados; certificaciones otorgadas	6–18 meses
Inclusión del enfoque trans en currículos académicos	Lineamientos para universidades y escuelas de salud	MSPS, MEN, universidades aliadas	Número de instituciones que incorporan contenidos sobre diversidad de género	12–18 meses
Capacitación a equipos de referencia hospitalaria	Equipos conformados en endocrinología, salud mental y APS	MSPS, hospitales de referencia	Número de equipos operativos; reportes de atención diferenciada	12–18 meses
Fase 3. Implementación operativa de servicios salud				12–36 meses
Incorporación de recomendaciones en protocolos y RIAS	Protocolos institucionales actualizados	IPS, EPS, secretarías de salud	Porcentaje de IPS con protocolos adaptados; cumplimiento de estándares	12–24 meses
Creación de servicios o franjas horarias inclusivas	Servicios afirmativos en hospitales y	IPS, hospitales públicos, redes comunitarias	Número de servicios o franjas habilitadas;	18–36 meses

	centros de salud		satisfacción del usuario	
Fortalecimiento de auditorías de calidad con enfoque diferencial	Guías internas de auditoría adaptadas	MSPS, Superintendencia de Salud	Porcentaje de auditorías con enfoque de género aplicado	24-36 meses
Fase 4. Monitoreo, evaluación y mejora continua				18-48 meses
Sistema de indicadores de seguimiento	Matriz de indicadores cualitativos y cuantitativos	MSPS, entes territoriales, observatorios de salud	Matriz implementada y reportes trimestrales activos	18-36 meses
Evaluación anual de avance	Informes nacionales y territoriales de cumplimiento	MSPS, OPS, redes académicas	Publicación anual de informe; número de territorios evaluados	24-48 meses
Actualización periódica de la guía	Informe técnico de actualización cada 5 años	MSPS, Comité de Expertos GPC Trans	Publicación del informe; actualización formal de la versión de la GPC	48-60 meses
Fase 5. Sostenibilidad y escalamiento				A partir del año 4
Inclusión en políticas y planes	Incorporación en Plan Decenal de Salud Pública	MSPS, CNSSS, entes territoriales	Guía incluida en planes nacionales;	48-60 meses

nacionales de salud	y planes territoriales		seguimiento presupuestal	
Fortalecimiento de cooperación internacional	Acuerdos con OPS, UNFPA, PNUD y ONU Mujeres	MSPS, Cancillería, agencias ONU	Número de convenios o proyectos apoyados	48–60 meses
Generación de incentivos a IPS inclusivas	Lineamientos para buenas prácticas y certificación	MSPS, Supersalud, asociaciones médicas	Número de IPS reconocidas por buenas prácticas afirmativas	60 meses en adelante
Investigación aplicada y difusión de evidencia local	Estudios, publicaciones y foros académicos	MSPS, universidades, redes de salud pública	Número de investigaciones publicadas; participación en eventos científicos	Permanente

4.5. Indicadores de seguimiento y resultados esperados

Indicadores clave:

- Porcentaje de IPS que implementan las recomendaciones de la GPC.
- Porcentaje de talento humano capacitado en atención afirmativa.
- Número de casos de atención reportados con enfoque diferencial.
- Nivel de satisfacción de personas trans usuarias de los servicios.
- Cumplimiento de los plazos de monitoreo y actualización de la guía.

Resultados esperados:

- Adopción integral de la GPC en al menos el 70 % del territorio nacional.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica y cultural del sistema de salud.
- Disminución documentada de barreras de acceso y discriminación institucional.
- Reconocimiento del modelo colombiano de atención afirmativa como referente regional.

Referencias

1. Paceley MS, Ananda J, Thomas MMC, Sanders I, Hiebert D, Monley TD. "I Have Nowhere to Go": A Multiple-Case Study of Transgender and Gender Diverse Youth, Their Families, and Healthcare Experiences. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9219. doi:10.3390/ijerph18179219.
2. Sequeira GM, Bocek KM, Azulay-Chertok IR, et al. Barriers pediatric PCPs identify to providing gender-affirming care for adolescents. *J Adolesc Health*. 2023;73(2):367–374. doi:10.1016/j.jadohealth.2023.04.007.
3. Kearns S, Kroll T, O'Shea D, Neff K. Experiences of transgender and non-binary youth accessing gender-affirming care: A systematic review and meta-ethnography. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257194. doi:10.1371/journal.pone.0257194.
4. Goulding R, Goodwin J, O'Donovan A, Saab MM. Healthcare experiences of transgender and gender diverse youth: A systematic review of qualitative studies. *J Child Health Care*. 2023. doi:10.1177/13674935231222054.
5. Kamran R, Jackman L, Chan C, et al. Implementation of patient-reported outcome measures for gender-affirming care worldwide: A systematic review. *JAMA Netw Open*. 2023;6(4):e236425. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.6425.
6. Kearns S, Hardie P, O'Shea D, Neff K. Instruments used to assess gender-affirming healthcare access: A scoping review. *PLoS One*. 2024;19(6):e0298821. doi:10.1371/journal.pone.0298821.
7. Ross MB, Jahouh H, Mullender MG, Kreukels BPC, van de Grift TC. Voices of a multidisciplinary healthcare center: Barriers in gender-affirming care. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(14):6367. doi:10.3390/ijerph20146367.
8. Tan KKH, Byrne JL, Treharne GJ, Veale JF. Unmet need for gender-affirming care as a social determinant of mental health inequities for transgender youth in Aotearoa/New Zealand. *J Public Health*. 2023;45(2):e225-e233. doi:10.1093/pubmed/fdac131.
9. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youth receiving gender-affirming care. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e220978. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.0978.
10. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644.

11. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Gender incongruence and related categories. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int>
12. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658.
13. World Psychiatric Association (WPA). Position Statement on Gender Identity and Gender Variations. Geneva: WPA; 2016, actualizado 2021. Disponible en: <https://www.wpanet.org/>
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. 947 p.
15. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
16. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics.* 2016;137(3):e20153223. doi:10.1542/peds.2015-3223.
17. Carmichael P, Butler G, Masic U, Cole TJ, De Stavola BL, Davidson S, et al. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year-old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One.* 2021;16(2):e0243894. doi:10.1371/journal.pone.0243894.
18. Nos AL, Klein DA, Adirim TA, Schvey NA, Hisle-Gorman E, Susi A, Roberts CM. Association of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogue Use With Subsequent Use of Gender-Affirming Hormones Among Transgender Adolescents. *JAMA Netw Open.* 2022;5(11):e2239758. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.39758.
19. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Irwin L, Visnitchi D, Sämford A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 3) treatment. *PLOS Glob Public Health.* 2023;3(8):e0001478. doi:10.1371/journal.pgph.0001478.
20. Carlson ML, Cobb DS, Johnson EJ, Mark C, Horton H, Lavin P. Estradiol concentrations among transgender and nonbinary adults receiving feminizing hormone therapy: An evaluation of guideline-based dosing. *J Endocr Soc.* 2024;8(1):bvae205. doi:10.1210/js.2023-00205.
21. Nolan BJ, Cheung AS. Laboratory monitoring in transgender and gender-diverse individuals. *Clin Chem.* 2025;71(3):358-377. doi:10.1093/clinchem/hvaf001.

22. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA, Rucker JJ. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *J Endocr Soc.* 2021;5(4):bvab011. doi:10.1210/jendso/bvab011.
23. Mahfouda S, Moore JK, Kidd KM, Lin A, Zwickl S, Cheung AS, et al. A systematic review of psychosocial outcomes associated with gender-affirming hormone therapy for transgender people. *Nat Hum Behav.* 2023;7:1337–1349. doi:10.1038/s41562-023-01656-6.
24. Mwamba RN, Ekwonu A, Guimaraes PVB, Raheem OA. The efficacy, safety, and outcomes of testosterone use among transgender men patients: A review of the literature. *Neurourol Urodyn.* 2023;42(5):921-930. doi:10.1002/nau.25094.
25. Chan NC, Ahmed S, Eid M, Poretsky L, Gianos E, Cusano NE. The effects of gender-affirming hormone therapy on cardiovascular and skeletal health: a literature review. *Metabolism Open.* 2022;13:100173. doi:10.1016/j.metop.2022.100173.
26. Doyle DM, Lewis TOG, Barreto M. A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. *Nat Hum Behav.* 2023;7:1320-1331. doi:10.1038/s41562-023-01605-w.
27. Morssinkhof MWL, Noorlander CWC, de Vries AL, Bahrami S, Denys D, Tjindink JK, et al. Changes in depression symptom profile with gender-affirming hormone use in transgender persons. *J Affect Disord.* 2024;348:323-332. doi:10.1016/j.jad.2023.12.056.
28. Sehgal I. Review of adult gender transition medications: mechanisms, efficacy measures and pharmacogenomic considerations. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023;14:1184024. doi:10.3389/fendo.2023.1184024.
29. Hamid R, Güllüce A, Kargın OA, Karagöz SH, Adaletli İ, Çepni İ, et al. Assessing the influence of long-term gender-affirming hormone therapy on cardiovascular risk in transgender men through carotid intima-media thickness. *J Clin Med.* 2024;13(19):6001. doi:10.3390/jcm13196001.
30. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, et al. Regret after gender-affirmation surgery: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021;9(3):e3477. doi:10.1097/GOX.0000000000003477.
31. Javier C, Crimston CR, Barlow FK. Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *Int J*

- Transgend Health. 2022;23(3):255-73. doi:10.1080/26895269.2022.2038334.
- 32.** Almazan AN, Keuroghlian AS. Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surg.* 2021;156(7):611-8. doi:10.1001/jamasurg.2021.0952.
- 33.** Swan J, Phillips TM, Sanders T, Mullens AB, Debattista J, Brömdal A. Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2023;27(1):2-45. doi:10.1080/19359705.2021.2016537.
- 34.** Aquino NJ, Boskey ER, Staffa SJ, Ganor O, Crest AW, Gemmill KV, et al. A single center case series of gender-affirming surgeries and the evolution of a specialty anesthesia team. *J Clin Med.* 2022;11(7):1943. doi:10.3390/jcm11071943.
- 35.** Meece MS, Weber LE, Hernandez AE, Danker SJ, Paluvoi NV. Major complications of sigmoid vaginoplasty: A case series. *J Surg Case Rep.* 2023;2023(6):rjad333. doi:10.1093/jscr/rjad333.
- 36.** Alba B, Nolan IT, Weinstein B, O'Neill E, Fritsch A, Jacobs KM, et al. Gender-affirming phalloplasty: A comprehensive review. *J Clin Med.* 2024;13(19):5972. doi:10.3390/jcm13195972.
- 37.** Shah V, Hassan B, Hassan R, Alexis M, Bhoopalam M, Agandi L, et al. Gender-affirming surgery in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Clin Med.* 2024;13(12):3580. doi:10.3390/jcm13123580.