

La Responsabilidad Jurídica del Cirujano en el Manejo Quirúrgico de la Disforia De Género

The Legal Liability of The Surgeon in the Surgery of Gender Dysphoria

Julián Cohen Ríos

Médico

Egresado Maestría en Derecho Médico

Universidad Santiago de Cali

Correo: juliancohen@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0599-3821>

Juliana Sinisterra Quintero

Profesora

Universidad del Valle

Correo: juliana.sinisterra@correounivalle.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1000-6748>

Resumen

En el contexto colombiano existen especialidades que por vía jurisprudencial son catalogadas en sí mismas, de forma *a priori* como obligaciones de resultado, encuadrándose así en un régimen objetivo de responsabilidad, es así como la Sentencia C-7110 del 5 de noviembre de 2013 de la Corte Suprema de Justicia, indica que al encontrarse en

Cita este capítulo / Cite this chapter

Cohen Ríos, J. y Sinisterra Quintero, J. (2024). La Responsabilidad Jurídica del Cirujano en el Manejo Quirúrgico de la Disforia De Género. En: Marin Ordoñez, J. y Rincón Andreu, G. (ed. científicos). *Retos y Perspectivas del Derecho Médico*. (pp. 205-250). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

el caso de cirugía plástica con un cuerpo sano, se entiende que el deudor tiene todo bajo su control y por ello se cumplirá con la prestación prometida, muy a pesar de que existen casos en los que este tipo de especialidades pueden desarrollar actividades que alejados del fundamento de la medicina satisfactiva forman parte del tratamiento integral de una condición clínica, como lo es la disforia de género. Esta investigación tiene por objeto determinar la responsabilidad jurídica del cirujano en el manejo de la disforia de género a partir de los criterios de la responsabilidad civil y el régimen legal aplicable según la perspectiva teórica del profesor Javier Tamayo Jaramillo. Haciendo uso de un enfoque cualitativo a través del análisis documental y estudio de casos propuesto por Daniel Bertaux, pretende estudiar las sentencias de la corte constitucional en el periodo comprendido entre 2012 - 2020 que versen sobre disforia de género, para validar el reconocimiento de procedimientos quirúrgicos como parte del manejo integral de esta condición, para posteriormente hacer un estudio de la responsabilidad aplicable a los perjuicios derivados de su manejo.

Palabras clave: Responsabilidad civil médica, responsabilidad objetiva, disforia de género.

Abstract

In the Colombian context there are specialties that by jurisprudential means are cataloged in themselves, a priori as obligations of result, thus framing them in an objective regime of responsibility, this is how the SC7110 judgment of November 5, 2013 indicates that when In the case of plastic surgery with a healthy body, it is understood that the debtor has everything under his control and that is why the promised benefit will be fulfilled, despite the fact that there are cases in which this type of specialties can develop activities that are remote of the foundation of satisfactory medicine are part of the comprehensive treatment of a clinical condition, such is the case of the specialty in plastic surgery in the scenario of the patient with gender dysphoria. This research aims to determine the legal responsibility of the health

professional in the management of gender dysphoria based on the criteria of civil liability and the applicable legal regime according to the theoretical perspective of Professor Javier Tamayo Jaramillo. Using a qualitative approach through the documentary analysis and case study proposed by Daniel Bertaux, he intends to study the sentences of the constitutional court in the period between 2012 - 2020 that deal with gender dysphoria, to validate the recognition of surgical procedures as part of the comprehensive management of this condition, coupled with the scientific foundation supported by the current clinical practice guidelines on the matter, to later carry out a study of the responsibility applicable to them.

Keywords: Medical civil liability, strict liability, gender dysphoria.

Introducción

La responsabilidad en materia médica es un tema que cada día adquiere más relevancia como consecuencia de los avances científicos que ponen a disposición de la humanidad investigaciones de gran envergadura para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las diferentes patologías en aras de lograr el mejoramiento de la calidad de vida del hombre.

Los avances en materia de salud permiten incrementar las exigencias en cuanto a calidad del servicio prestado, esto gracias a los grandes recursos que se ponen a disposición del personal de la salud en apoyo de su actuar profesional.

La inconformidad de los usuarios ante las fallas en la prestación del servicio médico acarrea la atribución de responsabilidades, exigiendo del aparato judicial herramientas para determinar la clasificación de las obligaciones exigibles, que finalicen con la correcta imputación de las mismas (Vigil, 2004, p. 104).

Resulta entonces necesaria la valoración de la actuación del galeno, en aras de establecer su responsabilidad en la comisión del daño, ini-

cialmente se somete a un sistema culpabilista¹⁸ que en teoría se desarrolla en Colombia de forma general, donde se busca la concurrencia del actuar negligente, imprudente o imperito para derivar la responsabilidad (Parra, 2014, p. 36).

Ahora, dentro de las obligaciones con las que contractualmente se enfrenta el profesional de la salud tenemos que, en general, la doctrina y jurisprudencia las cataloga como obligaciones de medio, toda vez que el galeno se espera una actuación ajustada a las guías de práctica clínica que sobre la patología específica se encuentren vigentes; y no un resultado específico como el lograr que el paciente sane, debido a que esta obligación resulta casi imposible de garantizar al tener de presente que el objeto o elemento material de esta disciplina es un organismo vivo, que dada su naturaleza fisiológica reacciona de manera autónoma.

En Colombia por parte de los altos tribunales se ha dado vía libre, en ciertos casos, a la valoración de la responsabilidad médica bajo un régimen de responsabilidad objetiva, por lo que solo bastaría la demostración de la existencia del daño para la imputación de la misma, y con esto exigir su resarcimiento.

Existen entonces especialidades médicas que por vía jurisprudencial se catalogan de forma a priori como obligaciones de resultado, encuadrándose así en un régimen objetivo de responsabilidad, tal es el caso de la medicina nuclear, radiología o cirugía plástica, esta última será el centro de la presente investigación, buscando en ella la necesidad de esclarecer los criterios de esta clasificación.

Uno de los fundamentos de la objetivación de la responsabilidad en esta especialidad médica es el hecho de alejarse del fin esencial de este campo de estudio, por cuanto no se centra en la curación o manejo de una patología preexistente; por el contrario, la cirugía estética busca satisfacer un deseo, una vanidad, sin la existencia de patología pre-

18 La teoría general de la responsabilidad civil en Colombia tanto en la esfera contractual como extracontractual se basa en torno a la culpa; es decir, que el elemento subjetivo es determinante a la hora de establecer el cumplimiento de las obligaciones y tasar la indemnización a la que haya lugar, dado que esta estará sujeta a la existencia de daños previsibles (Sentencia C-1008 de 2010)

via. Esta distinción entre lo que se denomina como medicina curativa y medicina satisfactiva¹⁹, hace atribuible ya no una obligación de medios como lo presentan las profesiones liberales; sino, una obligación de resultados, por cuanto ofrece un resultado puntual, con unas características determinadas, que puede llegar a ser reproducible.

La anterior concepción tomada de forma tajante olvida el estudio de caso en el que estas mismas especialidades pueden llegar a desarrollar actividades que alejados del fundamento de la medicina satisfactiva forman parte de tratamientos específicos para determinadas condiciones clínicas. Con base en estas circunstancias, la Corte Constitucional a través de la Sentencia T- 771 de 2013 y reafirmado por la Sentencia T-421 de 2020 muestra una postura en defensa de la finalidad de la mamoplastia como manejo en el contexto de una reafirmación sexual de un paciente con disforia de género, otorgando una finalidad que trasciende más allá de lo estético, reconociendo un carácter funcional al lograr con ello el reafirmar la feminidad como elemento esencial de su identidad y con este la garantía del derecho fundamental a la salud en sentido integral.

Para el desarrollo del tema planteado se mostrará en un primer momento, un reconocimiento de los conceptos fundamentales para el abordaje integral de la disforia de género, su diagnóstico y manejo, enfatizando en el procedimiento quirúrgico como tratamiento definitivo, partiendo desde el reconocimiento por parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), su diagnóstico con fundamento en los criterios establecidos por el mismo manual, manejo psicológico, hormonal y por último la derivación quirúrgica.

Posteriormente se identifican las características y criterios de imputación de responsabilidad civil aplicada al acto quirúrgico de la disforia de género con el desarrollo conceptual de los factores determinan-

¹⁹ La medicina satisfactiva supone la motivación meramente voluntaria del paciente, pues este no acude ante la presencia de padecimiento patología preexistente, persiguiendo entonces fines estéticos o la modificación de una actividad biológica, tal es el caso de la actividad sexual (España. Tribunal Supremo. Sentencia 877 de 1997, como cita Tena, E., Azparren, A., Donat, E., 2013, p. 163)

tes para la imputación de responsabilidad, se valora la probabilidad de obtención del resultado pactado, el acuerdo de voluntades y la finalidad de la atención como soporte de la clasificación de Demogue.

Finalmente, con el soporte conceptual se plantea el régimen de responsabilidad aplicable a los perjuicios derivados del manejo quirúrgico de la disforia de género con fundamento en el fin perseguido, haciendo un análisis desde la mirada de obligación de resultado contrastado con la obligación de medios.

Metodología

Este trabajo es producto del proyecto de investigación realizado durante el desarrollo de la Maestría en Derecho Médico, con un enfoque cualitativo a través del análisis documental y estudio de casos propuesto por Daniel Bertaux, se pretende estudiar las sentencias de la corte constitucional en el periodo comprendido entre 2012 – 2020 que versen sobre disforia de género, para validar el reconocimiento de procedimientos quirúrgicos como parte del manejo integral de esta condición, aunado al fundamento científico soportado en las guías de práctica clínica vigente sobre la materia, para posteriormente hacer un estudio de la responsabilidad aplicable a los mismos. Este trabajo tiene por objeto el determinar la responsabilidad jurídica del profesional de la salud en el manejo de la disforia de género a partir de los criterios de la responsabilidad civil y el régimen legal aplicable según la perspectiva teórica del profesor Javier Tamayo Jaramillo.

De la Disforia de Género y su Protocolo de Atención

El abordaje de la disforia de género en el contexto actual resulta de gran relevancia en momentos en los que las teorías de género han trascendido el orden establecido, logrando eco en el imaginario social, sustrayendo la idea de la patologización de las variaciones de género, permitiendo una mayor aceptación de las diferentes posiciones, con la oportunidad de una vida fuera de la segregación de un trastorno psiquiátrico.

Para la psiquiatría el planteamiento de temas como el transexualismo son posteriores a la exclusión de la homosexualidad como diagnóstico, en búsqueda de la despatologización de la misma, es incluido el término transexualismo en 1975 en la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-9), realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), posteriormente se incluye este término en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) dentro de una categoría de desviaciones sexuales, en una nueva versión del DSM IIIR se abarcan los “trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia”, en la versión cuarta de este mismo manual en el 1994 se cambia el término por “trastorno de identidad de género” incluido dentro de la categoría “trastornos sexuales y de identidad de género”, no es sino hasta 2013 que este manual acoge el término de disforia de género en su versión quinta y el CIE-11 en 2018 los maneja como “incongruencia de género”.

El DSM-V (2013) trae consigo los criterios para el diagnóstico de la “disforia de género” en adultos y adolescentes, marcando como base la presencia de incongruencia entre el sexo asignado y el sentido, sumado a un malestar clínico significativo o deterioro en el ámbito social, laboral, u otras esferas. La clasificación dependerá de los antecedentes del paciente, si este fue el resultado de un trastorno del desarrollo sexual o si por el contrario obedece a una transición por tratamiento quirúrgico de reasignación u hormonal.

El CIE-11 (2018) aborda los criterios para el diagnóstico de la “incongruencia de género en adultos y adolescentes”, identificando dos puntos fundamentales, la incongruencia marcada y persistente entre género experimentado y el género asignado y, por otro lado, adiciona que no puede ser diagnosticado antes del inicio de la pubertad, sustentando además, que las variaciones en el comportamiento y las preferencias no son patognomónicas o no son fundamento suficiente para establecer un diagnóstico.

Para la adecuada comprensión del tema a tratar, resulta importante la aclaración de tres conceptos pilares como lo son el sexo, género y

orientación sexual, herramientas con las que podemos diferenciar las variantes objeto de análisis.

Cuando se habla de sexo, nos remitimos necesariamente al proceso biológico que permite la diferenciación genotípica o información genética y fenotípica o características producto de la expresión del genotipo; es decir, hablamos de una dimensión biológica, y puede ser identificado al nacimiento sin más que la diferenciación de los genitales.

Entre las variantes existente encontraremos el masculino y femenino, aunado a un grupo de alteraciones genéticas u hormonales, donde se presenta ambigüedad en la expresión del aparato genital, hoy llamado intersexualidad o mayormente identificado anteriormente como hermafroditismo, secundario a patologías como la hiperplasia suprarrenal, disgenesia gonadal o síndrome de insensibilización a los andrógenos (Lamas, 2000).

La orientación sexual se enfoca hacia una dimensión motivacional, la atracción emotiva, afectiva y erótica, esta brinda información sobre la dirección de sus deseos, encontrando el heterosexual, bisexual, pansexual, asexual, homosexual, la orientación no es determinante en la formación de la identidad de género, es por esto que en la presente investigación no se aborda esta definición (Laplanche, 2006).

La identidad de género aborda una dimensión social, es una producción socio-psico-cultural del sexo, esta se puede catalogar como la introspección del individuo (Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-918, 2012), como se percibe y como puede identificarse con una u otra denominación sin importar el sexo asignado, y como resultado de la misma observaremos el Cisgénero en donde existe una congruencia entre identidad de género e identidad sexual, el transgénero donde esta introspección resulta incongruente con el sexo biológico, del mismo modo encontramos otras denominaciones como es el caso del género queer que en cierto modo pasa a ser una oposición política a la categoría binaria, o el género fluido donde encontramos esa persona que no logra una identificación completa con la lógica binaria y se permite la transición entre un género y otro (Lamas, 2000).

Dentro de estos conceptos es posible incluir además la expresión de género como el resultado del fenotipo del individuo, los rasgos físicos que socialmente permitirá la identificación o clasificación en la lógica binaria, encontramos entonces características fenotípicas masculinas, femeninas, y por último andróginas, donde sus características no corresponden definitivamente con el sexo biológicamente asignado, presentando rasgos de ambos grupos.

La Corte Constitucional en Sentencia T-063 de 2015 define la identidad de género como esa experiencia interna e individual del género, es el sentir de individuo que puede corresponder o no con lo asignado al nacer, incluye, además, la vivencia personal y su expresión a través de la modificación de la apariencia y registro civil (Colombia. Corte Constitucional, T-063, 2015).

El enfoque que cobra vigencia en la práctica médica en general es la medicina basada en la evidencia, la cual es el resultado del avance científico que ha permitido la investigación en esta rama, llenando de gran cantidad de información y teorías sobre el abordaje y tratamiento de las diferentes patologías, la medicina basada en pruebas exige la demostración de una hipótesis a través de la experimentación que hace necesaria la superación de determinadas fases que en última instancia dan fiabilidad a lo expresado, permitiendo establecer un filtro a la gran cantidad de información disponible a raíz de la globalización de la información (Guyatt, y Rennier, 2002 como se citó en Pinzón, 2010, p. 4).

A nivel internacional organizaciones como la Asociación mundial para la salud transgénero (WPATH por su nombre en inglés World Professional Association for Transgender Health) promueven la implementación de Normas de atención (NDA) para la salud de personas Trans y con variabilidad de género donde se incluye la patología común, así como el acompañamiento en el tránsito hacia el confort de su apariencia con su identidad de género, donde abordan un manejo multidisciplinario desde consejería, acompañamiento psicoterapéutico, endocrinológico hasta la derivación quirúrgica.

Los datos aportados en las normas de atención de la WPATH son desarrollados en el ámbito europeo, y americano; sin embargo, los lineamientos son generales y permiten la articulación con instrumentos locales que focalicen en el territorio o población objeto de aplicación, lo anterior bajo el entendido de la variabilidad en las realidades sociales que desempeñan un papel fundamental en la exteriorización y evolución del tránsito hacia el cambio deseado.

Con el adecuado estudio de los conceptos anteriormente planteados logramos una diferenciación que en muchos casos puede ser objeto de discriminación por desconocimiento, es el caso de la variabilidad de género, caso en el que contrario a la disforia se acepta el género biológico; sin embargo, se distancia del concepto que social y culturalmente se identifica a este grupo (WPATH, 2012, p. 4-5).

En el contexto colombiano no se cuenta con una guía de práctica clínica específica para el manejo de la disforia de género, esta realidad es vista por una parte de los profesionales como falta de iniciativa e interés hacia la inclusión de esta población limitando el acceso a los servicios de salud que requieren, bien por el desconocimiento del enfoque de este tipo de pacientes o por la no existencia de recursos que mejoran la atención prestada a esta población²⁰ (Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-771, 2013).

En contraste se presenta la posición de grupos de activistas que han tenido como eje del cambio la despatologización y con ello la no inclusión de esta dentro de las diferentes categorizaciones al no tratarse de una enfermedad, viéndolas como una amenaza al legalizar la segregación de los grupos minoritarios al considerarlos apartados del concepto de normalidad (Tamara, 2013).

20 La literatura médica en materia de disforia de género no tiene gran abordaje, la multidisciplinariedad que caracteriza esta condición ha llevado al desarrollo de guías de práctica clínica específicas para las disciplinas intervinientes basadas en recomendaciones internacionales; sin embargo, no existe un consenso en la materia y persisten vacíos en cuanto a temática (Gómez, et al. 2020, p. 273). Para el caso colombiano se han desarrollado guías enfocadas hacia la experiencia personal para el acceso a los servicios de salud; empero, esta se limita a lo vivencial y no abarca aspectos técnicos que direccionen el actuar clínico del profesional, además de ser genéricas para personas trans y no específicas para el paciente con DG. (Colombia. Secretaria de Salud de Bogotá, 2021)

Categorización de la Disforia de Género Según el DSM-V

Con la actualización del 18 de mayo de 2013 se presenta un cambio en la concepción del trastorno de identidad de género, pues a partir de esta edición el manual orienta a la diferenciación del transgénero y lo que ahora denomina como disforia de género, radicando dicha diferenciación en que el primero obedece a una identificación con un género distinto al biológicamente asignado, no quiere decir esto que signifique un padecimiento del individuo, caso distinto es la disforia, donde como bien su nombre lo dice, si bien existe esta discordancia antes mencionada también se suma la presencia un estado de malestar, ansiedad, que lo llevan al rechazo a si mismo (Georgiopoulos, 2018).

Ahora vemos que el cambio obedece al llamado de las diferentes organizaciones de derechos humanos como WPATH que piden por la despatologización de esta condición, cosa que se ha logrado al ver el recorrido histórico del abordaje de la misma, ahora bien, es posible afirmar que hoy por hoy se categoriza en el manual únicamente la presencia de disforia ante la incongruencia, no la mera incongruencia; en otras palabras, se manejan las consecuencias de la no conformidad con el género asignado al nacer que puede tener gran repercusión manifestándose con marcado malestar de estados cognitivos afectivos.

Acto médico en el abordaje de la disforia de género:

El acto de los profesionales de la salud como lo regula el Artículo 26 de la Ley 1164 de 2007 modificado por el Artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 da una mirada más amplia a lo antes denominado acto médico, pues hace inclusión de cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso de atención del paciente, definiéndolo como “conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerla” (Colombia. Congreso de la República, 2011). Por otro lado, también es definido como:

el hecho del hombre específicamente capacitado en esta ciencia, que acarrea consecuencias porque se realiza voluntariamente y tiene como “objeto” la vida o la salud de otro hombre (paciente), de manera que el resultado del actuar del médico siempre tendrá que ver con la ley, por incidir sobre un “sujeto de derechos”; por afectar los derechos de otro hombre que se ha puesto en sus manos (Guzmán et al., 1994, p. 265).

Para el caso particular del paciente con disforia de género la atención es completamente multidisciplinaria, pues es menester el acompañamiento en el proceso de transición que va desde la atención inicial a través de los diferentes medios de puerta de entrada al sistema, tal es el caso de la consulta inicial por medicina general o psicología, donde el paciente manifiesta indicios de la presencia de discomfort con su género, hasta la misma derivación quirúrgica y atención posquirúrgica.

Para lograr una buena experiencia en el proceso de atención se hace necesaria la existencia de una adecuada preparación por parte de las instituciones prestadoras y el personal para la atención con enfoque diferencial que den respuesta a las necesidades de esta población, disminuyendo o eliminando las barreras de acceso que pueden presentarse en ocasión de la segregación o negación de servicios de la que pueden ser objeto ante la no existencia de una patología preexistente.

Este grupo interdisciplinar estará conformado por profesionales del área de la salud como psicólogos, terapeutas ocupacionales y médicos que acompañan al paciente a transitar en diferentes procesos del manejo actualmente establecido para este caso, el que se fundamenta en 4 puntos principales, para el desarrollo de los mismos se expondrá el caso de Nikita Dupuis-Vargas, hombre transgénero de 37 años de edad quien manifiesta que desde niño se ha identificado con el género masculino, el caso fue tomado de la Sentencia T-236 de 2020:

- i. Consulta puerta de entrada: En primer lugar, en la consulta inicial ante la identificación de características sugestivas se hace necesaria una valoración psicológica en pro de establecer un diagnóstico veraz y la consiguiente psicoterapia; sin embargo, cabe anotar que desde la séptima versión de los

Estándares de cuidado de la WPATH donde se incluye la DG se habla de la eliminación de la psicoterapia como requisito del proceso de atención, por lo que el acompañamiento por parte del profesional de la psicología o psiquiatría se enfocará en apoyar a su paciente durante la transición, dado que en muchos casos es posible que el individuo atraviese diferentes cambios adaptativos que pueden nublar el normal desarrollo de su vida cotidiana.

Para el caso del señor Dupuis-Vargas este proceso inicia en el año 2012 donde consulta al médico de su administradora de planes de beneficios en salud (en adelante APBS), quien ordena valoración por parte de Psiquiatría, por lo que es atendido en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, donde es diagnosticado con “trastorno de identidad de género”.

Con la determinación del individuo a continuar en este proceso de transición se inicia lo que se denomina como prueba de vida en el papel deseado, en este punto lo que se busca es la experimentación del paciente tomando el rol esperado en sociedad, lo que ayuda a reafirmar o identificar falencias en dicha elección para posteriormente poder continuar con procedimientos que lleven a cambios físicos; empero, la séptima versión de los Estándares de cuidado de la WPATH eliminan totalmente este paso; sin embargo, sigue siendo de uso en Colombia.

Este último punto no fue necesario en el caso objeto de estudio por el hecho de que el accionante siempre desempeñó en sociedad el rol con el que se identifica.

- ii. Manejo endocrinológico: Posterior a los trámites administrativos respectivos el señor Dupuis-Vargas recibió valoración por parte de la especialidad en Endocrinología quien ordena *tratamiento de hormonización* con el objeto de ayudar a la supresión de la hormona sexual predominante de acuerdo sea el sexo biológicamente asignado, lo que lleva a la adquisición de características fenotípicas del sexo opuesto. (Moreno y Esteva, 2012, p. 368).

- iii. Derivación quirúrgica: Para el 13 de febrero de 2017 es valorado por la especialidad en Cirugía Plástica con indicación de *mamoplastia reductora por ginecomastia*, para el 31 de marzo del mismo año fue valorado por ginecología con orden de histerectomía abdominal con ooforectomía las cuales persiguen lograr modificaciones corporales que ayudan con la reafirmación de su género.

Ante la negativa por parte de la APBS a autorizar los procedimientos por no encontrarse estos dentro del plan básico de salud (en adelante PBS) se decide instaurar acción de tutela donde no le es tutelado el derecho invocado, por lo que decide de forma particular la realización de los procedimientos en mención; sin embargo, para el año 2020 la Corte Constitucional en Sala de revisión resuelve el revocar las sentencias proferidas por los jueces de tutela en primera y segunda instancia y, en su lugar, declaró la carencia actual de objeto por la configuración de un hecho sobreviniente.

Continuando con el análisis del accionar del galeno en el manejo del paciente con DG se observa que durante todo este proceso se tiene claro el hecho de que el profesional logra encuadrar al individuo bajo los criterios diagnósticos para la condición en estudio, por lo que es natural el identificar que su actuar estará enmarcado en las guías de práctica clínica que sobre la materia se encuentren vigentes, lo que no debe desconocerse y con ello desmentir la afirmación de la no existencia de padecimiento previo, pues es precisamente la disforia que aqueja al paciente lo que lo motiva a consultar.

Así las cosas, la preexistencia de esta condición pone en tela de juicio la idea de una motivación meramente estética, ya no hablaríamos de medicina satisfactiva y nos encontraríamos bajo el ejercicio de un acto médico con enfoque terapéutico o medicina curativa, es conveniente el recordar que todo acto de los profesionales de la salud es a su vez un acto o hecho jurídico, es así como del actuar del profesional derivan implicaciones en el mundo del derecho (Tenorio-González, 2004, p. 444).

Llegando a este punto, es posible endilgar responsabilidad al profesional con base en el incumplimiento de una obligación o la inobservancia de una norma y la clasificación de dicha responsabilidad tal como lo propone la presente investigación, se determina dependiendo del fin que se persiga, tal como contempla el profesor Tamayo Jaramillo, por lo que posteriormente se desarrollarán los diferentes criterios planteados por el autor (Tamayo, 2001, p. 205).

Diagnóstico: Criterios DSM-V

Los criterios del DSMV son una herramienta clínica a la hora de establecer un diagnóstico ante manifestaciones sugestivas de disforia de género, son establecidos en la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) y son específicos según rango etario, para el caso de adolescentes y adultos se presentan 2 puntos a valorar, por un lado, la incongruencia entre el sexo percibido y el que le es asignado, esto con una anterioridad no inferior a 6 meses y por otro lado la existencia de molestias clínicas o afectación en el desarrollo social o laboral del individuo.

Si bien los criterios antes mencionados gozan del sustento de la Asociación Americana de Psiquiatría, a nivel internacional tiene grandes opositores como lo menciona Bockting, W. (2020) pues históricamente se ha criticado la intención de ver en la diferencia una patología.

La idea de la clasificación de estas denominadas por los críticos como sexualidades alternas reafirma los discursos dominantes sobre sexualidad, donde se suprime y señala a las minorías, típico de las sociedades patriarcales, binarias y heteronormativas occidentales, en búsqueda de la idea de que no son más que identidades fluidas y polimorfas, por lo que la diferencia de ninguna manera puede mirarse como antinatural (Vale, 2019).

Otro punto de vista contrario a las consideraciones de la psiquiatría es respaldado por activistas en este tema que manifiestan que se debe reconocer que gran parte de las consecuencias emocionales del individuo tienen su génesis en el estigma social, por lo que es la sociedad

lo que debe ser objeto de tratamiento, no el individuo diverso, pues el reconocimiento de la patología asigna una etiqueta desde muy temprana como trastorno mental que en últimas terminan motivando la continuidad el ciclo estigma social (Vale, 2019).

En defensa del enfoque clínico la literatura médica sustenta la propuesta de la Asociación Americana de Psiquiatría, tal es el caso del tratado de pediatría de Nelson en el entendido de que específicamente no es la disconformidad entre sexo asignado al nacer y la identidad de género son factores generadores de estrés que por un lado estarán relacionados con la falta de congruencia sexo-identidad, que se ve acentuada conforme se van desarrollando los caracteres sexuales, a lo que se adiciona el stress relacionado con el estigma social que un pueblo no relacionado con la temática puede generar al sentir la diferencia y no lograr acoplarse al grupo social; es entonces esto lo que conlleva la aparición de alteraciones con el autoestima, ansiedad, vergüenza y quizá hasta depresión (Bockting, 2020).

Son estas últimas manifestaciones consecuencias de la disforia el objeto de estudio de la psiquiatría, pues la mera diferencia en la identidad no cumple con los criterios en mención, por lo que con el diagnóstico se pone a disposición del paciente el grupo interdisciplinario que requiere la atención con enfoque diferencial, en el caso particular colombiano, al contar con un sistema de seguridad social que se fundamenta en principios como la solidaridad, genera consigo un derecho positivo, pues el estado ha de encargarse de la garantía de la prestación del servicio, para el caso particular de la disforia de género se observa que vía jurisprudencial se han reconocido estos derechos prestacionales, incluso aquellos que no se encontraban cobijados bajo el plan básico de salud (PBS), tal es el caso de la Sentencia T-918 de 2012.

Tratamiento: Terapia Triádica

Si bien en la presente investigación no por objeto un desarrollo amplio del enfoque clínico se presentarán los tres puntos que forman

parte del manejo actualmente desarrollados para el abordaje del paciente con disforia de género, la que en general tiene recomendaciones de manejo flexibles que sugieren la individualización del paciente en aras de lograr el mayor beneficio, persiguiendo los objetivos que manifieste el paciente. Dentro de los factores a tener en cuenta está la edad, desarrollo del paciente, para el que se toman en cuenta escalas como Tanner, buscando la valoración de la maduración sexual y para enfocarlo a lo que se desea en ámbito de género.

Las etapas del tratamiento incluyen una transición reversible, que se basa en los cambios sociales, transición parcialmente reversible, donde se inicia tratamiento hormonal, transición irreversible o en otros casos se menciona como tratamiento definitivo que incluye el manejo quirúrgico para la reafirmación de la masculinidad o feminidad según sea el caso, este último será sobre el que versará la presente investigación (Golski & Forcier, 2020).

Abordaje de la prueba de vida en el papel deseado, acompañamiento psiquiátrico y psicoterapéutico

El abordaje inicial se verá enmarcado por un el acompañamiento psicológico, es importante el resaltar que se debe ver al profesional como un acompañante en el proceso de transición dado que este no ejerce actividades terapéuticas; es decir, la atención no tendrá en ningún momento influencia en la aceptación del rol socialmente asignado, pues es deber del profesional brindar el ambiente necesario para que el individuo pueda llegar a tomar decisiones debidamente informadas bien sobre la permanencia o cambio de rol o sobre las ayudas médicas a las que podría tener acceso.

El inicio temprano de este acompañamiento tiene dos puntos a tener en cuenta, primero, con la atención temprana se logra evitar al individuo atravesar por cambios traumáticos propios del desarrollo sexual, para la identificación se observará en etapas de la infancia la manifestación de inconformidad bastante abierta, sin las restricciones que la comprensión del rol social y la presión que esto acarrea significa en la

edad adulta, estas expresiones estarán supeditadas a la respuesta de su entorno social, es así sabido que si el menor tiene acceso a un adecuado acompañamiento y educación a su entorno familiar no tendrá de este ningún tipo de represión o aliento y se permitirá su desarrollo natural sin influencias; sin embargo es importante valorar un último punto y es si el menor a tan temprana edad cuenta con el raciocinio suficiente para tomar una decisión que posteriormente lo llevará a intervenciones como el remplazo hormonal que permite evitar la angustia que se acentúa al llegar la pubertad; pero que tendrán repercusiones en su vida adulta si dicha decisión no estuvo acorde con su sentir (Bockting, 2020).

Para el caso particular colombiano vale la pena tener en cuenta que los menores de edad son considerados incapaces según lo contempla el artículo 1504 del código civil, por un lado, al impúber se le considera incapaz absoluto, entendido este como menor de 14 años o como bien lo establece la Ley 1878 de 2018 se entiende por niño el menor de 12 años y adolescente de 12 a 18 años y al mayor de 14 menor de 18 años se considera incapaz relativo. En este orden de ideas, al ver la regulación del código da entender que la decisión sobre el manejo del paciente menor de edad recae sobre quien tiene la guarda o custodia, es allí donde recae el problema del inicio temprano, pues tales decisiones acompañarán al individuo a lo largo de su vida.

Para soportar la decisión a tomar el acompañamiento psicoterapéutico juega un papel importante, pues como parte del proceso el individuo podrá expresarse y desarrollar su vida en el papel o rol deseado, lo que ayuda en la toma de decisiones, del mismo modo como un modelo por etapas de la «salida del closet» permite al profesional comprender las experiencias y posibles desafíos que puede enfrentar el paciente (Bockting, 2020).

Manejo Endocrinológico: Terapia Hormonal

Por parte de endocrinología se presenta un apoyo al cambio de rol que se basa en terapia hormonal que tiene por objeto de bloquear la

pubertad y con ella los cambios en las características sexuales como las facies masculinas, el desarrollo de la manzana de adán, que posteriores a su desarrollo difícilmente pueden revertirse.

Otra de las etapas del proceso hormonal está dado por la administración de terapia de reemplazo hormonal como la testosterona cuando el objeto es lograr la masculinización, del mismo modo para lograr la feminización se utilizan inhibidores de andrógenos y estrógenos características para la reafirmación del género (Rosenthal, 2021).

Manejo Quirúrgico o Tratamiento Definitivo: Reasignación

Superadas las etapas de transición reversible, que se basa en los cambios sociales, transición parcialmente reversible, donde se inicia tratamiento hormonal, transición irreversible o en otros casos se menciona como tratamiento definitivo que incluye el manejo quirúrgico para la reafirmación de la masculinidad o femineidad según sea el caso (Golski & Forcier, 2020 594).

Tenemos principalmente la cirugía de transformación de genitales entre la que encontramos procedimientos como la Vaginoplastia con inversión piel peneana/ vaginoplastia con colgajo pediculado, donde se busca crear una vagina cutánea utilizando la piel del pene, se resecta la uretra a nivel requerido, se crean labios mayores, clítoris, lo que estará supeditado a las dimensiones originales del pene y la elasticidad de la piel, pues de esto dependerá la profundidad, y la creación de labios menores (Bernal, et al, 2021).

Para el caso de la masculinización, en los pacientes que ya han recibido terapia hormonal por parte de endocrinología, tienen tendencia a una hipertrofia del clítoris, que, si bien no es funcional para una penetración, puede simularlo y logra la conservación de la sensibilidad erógena, a esto se le denomina metoidoplastia, también se tiene la faloplastia con colgajo, en el que usando colgajo se crea un pene, que si bien no conserva la sensibilidad del procedimiento anterior,

se describe que llega a tener un grado de sensibilidad erógena, es funcional para la micción en bipedestación y para lograr relaciones sexuales es necesario en un segundo tiempo una intervención por parte de urología en aras de poner el implante necesario. En lo referente a las futuras bolsas escrotales se hace uso de los labios mayores para su formación y el escroto será simulado por prótesis de silicona (Binder et al., 2016).

El manejo quirúrgico se extiende a procedimientos más allá de la transformación de genitales, dentro de los que encontramos la feminización o masculinización del rostro y cuerpo encontrando entonces incluidas las frontoplastias, reducción de Ángulo mandibular, lifting facial e intervención para modificación de la manzana de Adán, en el caso del cuerpo los implantes de mama, glúteo, abdominoplastia, para la masculinización encontramos la mastectomía, implante pectoral y demás procedimientos que pueden ayudar a la reafirmación deseada.

En cuanto a lo abordado con anterioridad, si bien el ministerio de salud no ha regulado en torno al manejo de la disforia de género, en la práctica su desarrollo ha manteniendo un enfoque flexible que se ajusta a las condiciones de cada paciente, se ha instaurado como proceso este manejo escalonado mencionado en los apartes previos, dejando la cirugía al ser manejo definitivo como último peldaño para lograr la adaptación necesaria del individuo y reducir los índices de arrepentimiento (Moreno, y Esteva, 2012).

En este sentido, la postura de la Corte Constitucional reconoce la práctica de este tratamiento de forma escalonada, pues así se evidencia en Sentencia T-552 de 2013 frente al caso de Yesica Paola Serna Gómez quien se identifica como mujer transgénero y acude a juez constitucional haciendo uso de la acción de Tutela para exigir la cirugía de reasignación sin mediar diagnóstico o atención previa bajo el sustento de no considerar que sea necesario un diagnóstico pues alega tener pleno autoconocimiento tanto físico como psicológico por lo que niega tener una patología, dado esto, pregona que no amerita valoración alguna, a lo que el juez de única instancia responde que

la accionante tiene alto grado de desconocimiento sobre el procedimiento que solicita le sea autorizado, por lo que se hace necesaria la valoración médica que determine la pertinencia del procedimiento y se brinde el acompañamiento en cada etapa del proceso.

Factores determinantes a la luz de la imputación de responsabilidad

La especialización de la mano de obra en una tarea concreta como es el caso de los estudios profesionales ha significado una mayor calidad en el servicio que prestan dichos individuos en razón a la existencia de una preparación académica, por lo que les son exigibles ciertos parámetros de comportamiento en el cumplimiento del objeto contratado, es por este motivo que se justifica la aplicación del régimen de responsabilidad civil en los profesionales de cualquier área del conocimiento ante la existencia de conflictos jurídicos entre las partes.

Como forma de valoración de la conducta del individuo se determina el estudio de la culpa, donde se juzga con base a la actuación que tendría una persona diligente que ostente la misma preparación técnico-científica del deudor, por lo que en gran medida se ha tratado de dejar en manos de los miembros de su misma rama del conocimiento su juzgamiento (colegios profesionales); sin embargo, estos hacen una valoración deontológica teniendo como eje el “deber ser” del profesional de cada rama del conocimiento; pero con la masificación de la educación se evidencia que las actuaciones de los profesionales se enmarcan en aspectos jurídicos que trascienden en la sociedad, por lo que esta responsabilidad es desarrollada por los diferentes sistemas jurídicos de cada estado (Mantilla, 2007).

Para el caso particular de la presente investigación los profesionales del área de la salud en Colombia cuentan con los tribunales de ética médica que tendrán su competencia principalmente determinada por la territorialidad, los cuales brindan una garantía del debido proceso en cada una de sus actuaciones; por otro lado, la jurisdicción ordinaria conoce de los procesos en los que se identifica la existencia

de un daño antijurídico en el contexto de la prestación del servicio profesional.

Esta regulación ha recibido la denominación de Derecho Médico, cuyo desarrollo, aunque no específico precede desde el código de Hammurabi, donde se establecía el castigo ante la existencia del daño como producto de la atención del profesional; en cuanto a la civilización occidental desde 1914 con el caso Schoendorff contra Society of New York Hospital, se dan los principios para el desarrollo de esta disciplina con las bases del principio de autodeterminación (Couto y Nápoles, 2013).

El caso en mención se desarrolló en Estado Unidos en el año 1908, donde la señora Schoendorff acude a una institución de salud por presentar sintomatología gastrointestinal, a quien posterior a la atención se diagnostica con fibroma, por lo que por parte del galeno se indica derivación quirúrgica, obteniendo de su paciente una respuesta negativa.

Sin embargo, se autoriza la realización de un examen diagnóstico bajo anestesia y durante este procedimiento sin mediar consentimiento previo los profesionales deciden extirpar el tejido neoplásico, posterior al mismo se presentaron complicaciones ante la aparición de alteraciones vasculares en miembro superior izquierdo que dio como resultado la amputación de varios dedos, por lo que la afectada instaura reclamación en atención a que consideró que lo sucedido se presentó a consecuencia del procedimiento quirúrgico del que además no había autorizado.

Las consideraciones del tribunal fueron orientadas a que todo individuo con pleno uso de sus facultades tiene el derecho de establecer lo que a su concepto es lo mejor para su cuerpo, sumado a lo anterior, en lo referente al galeno califica la conducta como una agresión, por lo que está llamado a responder por tal agravio; sin embargo, aclara que para los casos de emergencias donde el paciente se encuentre en estado de inconsciencia y sea necesario el procedimiento se exceptúa dicha obligación; no obstante, no se concedieron las pretensiones en

razón a que el demandante accionó contra la institución y no contra el profesional y para la consideración del tribunal una institución sin ánimo de lucro no podía responder por la acción de sus empleados (Couto y Nápoles, 2013).

A la hora de instaurar un proceso de responsabilidad civil en los diferentes regímenes se hace necesaria la concurrencia de unos elementos sustantivos que deben estar acreditados por el demandante para lograr la prosperidad de una pretensión indemnizatoria, los mismos se denominan sustantivos por el hecho de que todos deben concurrir para que haya lugar a la declaración de responsabilidad, estos elementos forman parte del desarrollo del marco conceptual sobre el que se fundamenta la presente investigación, se presentan entonces los siguientes:

i. El Daño: Considerado como la lesión o menoscabo que sufre un individuo sobre un derecho patrimonial o un derecho personalísimo, entendiéndose por el primero como un denominado daño material, mientras que para el segundo como daño inmaterial o que no forma parte del patrimonio. Para el profesor Tamayo (2007) daño es “el menoscabo de las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar de un bien patrimonial o extramatrimonial” (p. 326); por su parte, el profesor Henao define daño como la “afrenta a los intereses lícitos de una persona, trátase de derechos pecuniarios o de no pecuniarios, de derechos individuales o de colectivos, que se presenta como lesión definitiva de un derecho o como alteración de su goce pacífico” (Henao, 2015, p. 280).

Si bien el concepto de daño goza de gran antigüedad, el derecho de daños ha experimentado frecuente actualización que va desde la concepción del daño mismo, pues el avance de la civilización repercute en este, pues hoy día se presentan asuntos como génesis del daño que anteriormente no se podría siquiera imaginar como tal, es el caso de la concepción, el nacimiento de un niño que hoy pueden ser catalogados en sí mismos como perjuicios indemnizables bajo figuras como el *Wrongful life*, *Wrongful birth* o *Wrongful conception* donde en el caso del primero una persona tiene la potestad para reclamar con funda-

mento en un perjuicio configurado por el hecho de vivir con deficiencias tales como malformaciones que afecten su desarrollo adecuado en sociedad, en el segundo esa reclamación de los padres sobre el profesional que incumpliendo con su deber de informar no manifiesta la existencia de graves malformaciones o patología en el feto y este último versa sobre un individuo que nace sin inconvenientes, sin ningún tipo de patología o alteración; sin embargo, es producto de un fallo en métodos de anticoncepción, por lo que no era deseado y su nacimiento en sí ocasiona un perjuicio (Botero, 2018).

Entre las características exigibles al daño resarcible se encuentra en el que no sea un hecho bagatelar, que sea personal, esto es que quien reclama sea el titular del patrimonio que recibió la aminoración a partir de la acción dañosa, esto es legitimación por activa, antijurídico y cierto, entendido este último como la convicción de su existencia, pues la mera hipótesis o conjetura no son constitutivos de daño que si bien no cuenta con una certeza absoluta debe constar de constar de razonabilidad y por lo menos una certeza relativa y justificada (Velásquez, 2013).

Su clasificación por su naturaleza se divide en materiales e inmateriales o personales, entre los primeros encontramos el lucro cesante y el daño emergente y de los segundos encontramos los morales, corporales, psíquicos, del mismo modo estos pueden ser actuales cuando ya está ocasionado al momento de su liquidación o futuros cuando al momento de su liquidación no ha acaecido; sin embargo, no existe duda de su existencia futura; es decir, la certeza del daño debe ser actual; pero el perjuicio futuro (Velásquez, 2013).

ii. El Nexo de Causalidad: Para el Derecho romano la existencia del *datum iniuria datum* daba lugar a la acción de reparación; pero era necesario el cumplimiento de los siguientes preceptos: la existencia del daño cierto, *iniuria*; es decir que la conducta sea contraria a la ley o sea un acto ilícito ejecutado con culpa o dolo y el nexo de causalidad, pues esta última garantiza que el menoscabo sea atribuible a la conducta del presunto deudor.

Para el estudio de la causa necesaria para la ocurrencia del daño se busca una valoración que puede estar fundamentada en teorías como las siguientes:

iii. Causalidad adecuada: En esta figura se tiene por objeto el carácter resarcitorio que debe afrontar una persona que se identifica como generador del daño que se alega.

iv. Equivalencia de condiciones: Esta figura se orienta a valorar cuán determinante resulta la conducta de un individuo en la ocurrencia del daño; es decir, que sin la intervención del deudor no se configura el daño (Fayos, 2016).

Esta teoría da cuenta de la complejidad que puede sobrellevar la concurrencia de diferentes factores sobre la ocurrencia del daño, por lo que dificulta el determinar la proporcionalidad de cada hecho sobre el desenlace final; para Demogue este planteamiento debería simplificando considerando que cada hecho involucrado tiene la posibilidad de causar el resultado.

Contrario a los planteamientos de Demogue como cita Velásquez (2013) para Von Buri los hechos o factores intervinientes no son suficientes por sí solas, pues es la concurrencia lo que lleva a la ocurrencia del daño y la falta de una de estas es suficiente para evitar el daño.

Con una mirada crítica a esta teoría se evidencia que bajo su sustento es posible la vinculación al hecho dañoso a individuos que, con muy poca relación con el daño, pues esta tiende a ser muy amplia.

v. Física y Jurídica: Entiende la existencia de dos explicaciones con enfoques diferentes, por un lado, tenemos la ciencia y por el otro lado el derecho, que en algunos casos pueda que no concuerden dado que el objeto de estudio es distinto, ante una muerte fetal se puede determinar como causa de muerte un parto prolongado; sin embargo, para el derecho se consideraría el hecho de la acción negligente del galeno en atención a que se omite el deber objetivo de cuidado pues no se ordenaron las dosis necesarias para la adecuada conducción del parto.

Para la ciencia la causalidad es la transferencia de energía, que parte de la ocurrencia de un acontecimiento y es posible encontrar una ley natural que por continuidad termine afectando a cuerpos próximos originando un segundo hecho, este segundo se debe al primero lo que arroja una relación de causa–efecto claro.

La causalidad cumple estos dos roles dado que se entiende la causalidad a partir de un esquema científico-mecánico que ve la causalidad como una cuestión fáctica separada de la culpa, distinguiendo esta última como criterio subjetivo de imputación vs una casualidad como cuestión de hecho que supone una condición física a la que podemos acceder mediante reglas de conocimiento científico (Mariñelarena, 2011).

Históricamente se ha visto la causalidad como una cuestión de hecho y no de derecho, lo que debe resolverse por los jueces de fondo, no tiene componente normativo; por otro lado, se piensa que la causalidad no obedece únicamente a una cuestión fáctica; sino que supone un juicio normativo que complementa el juicio fáctico; entonces este último sería siempre necesario y estaría compuesto por un test de la supresión mental hipotética y por otro lado un segundo test normativo que puede frenar los excesos de la equivalencia de las condiciones.

Así las cosas, el nexos haría referencia al enlace fáctico que debe existir entre un hecho antecedente y un resultado consecuente, con el nexos causal es posible establecer cuándo un resultado dañoso es atribuible a la acción de un sujeto, del mismo modo permite establecer la extensión del resarcimiento.

El asunto resulta más complejo, por un lado, la causalidad no es meramente material, no es posible resolverlo siempre aplicando leyes científicas, en algunos casos la causalidad se construye desde la proporcionalidad, algún caso se construye solo de lo normativo como es el supuesto de las omisiones o la teoría de la supresión mental hipotética que describe desde un plano fáctico, por lo que se hace necesario el apoyo sobre la causalidad jurídica para lograr la imputación como hecho desencadenante del daño sobre una de las causas físicas, lo que

constituye un hecho clásico de los supuestos de causalidad hipotética aplicables al ámbito médico.

Inicialmente se da una connotación muy relacionada con la ciencia, y en algunos casos se cree que no se debe hablar jurídicamente de nexo de causalidad y es desarrollado como imputación objetiva para hacer referencia a los diferentes criterios valorativos que plantea el juzgador para relacionar un daño con el presunto responsable.

vi. Conducta antijurídica: a partir de la valoración de la conducta del presunto dañador, verificando si esta se circunscribe a lo que se denomina como daño injusto, pues existe una contravención a una norma o regla de convivencia, ya que es necesaria la identificación de la conducta ilícita, antijurídica para poder dar lugar a un supuesto de responsabilidad civil.

Esta valoración de la conducta podrá encuadrar el actuar antijurídico como una antijuridicidad típica, entendida como conducta reprochable que se encuentra previamente establecida y es la transgresión de esta norma la que constituye la conducta antijurídica, es la que mayormente se presenta en la responsabilidad civil contractual (Santos, 2018).

Por otro lado, la antijuridicidad atípica que puede evidenciarse de mejor forma con la vulneración del deber genérico de no causar daño, es más frecuentemente encontrada en la responsabilidad extracontractual.

Para Lizardo Taboada (2018) la antijuridicidad atípica proporciona la lógica adecuada para el buen funcionamiento de la responsabilidad en la realidad, pues no se obliga a la existencia tácita de una prohibición para la configuración de un supuesto de responsabilidad civil ante la existencia de una conducta genéricamente prohibida por el ordenamiento jurídico (p. 29).

vii. Factor o Criterio de Atribución de Responsabilidad: Al referirse a los factores de atribución se desarrolla el soporte normativo que sustenta la atribución de responsabilidad por la ocurrencia de

un daño, por lo que con este se pretenden establecer las razones que llevan a considerar que el daño sufrido por una persona debe ser asumido por otra.

Con el acaecimiento del factor de atribución es posible dar respuesta al cuestionamiento de quién, y bajo qué sustento alguien está llamado a indemnizar, para la presente investigación se presentará una clasificación con fundamento en el fin de la obligación, teniendo entonces factores objetivos y subjetivos.

Por una parte, los factores subjetivos han de centrarse en la conducta del presunto deudor, a nivel general se tiene este como el preponderante en nuestro ordenamiento jurídico y es por esto que se identifica como un sistema basado en la culpa, pues es la valoración subjetiva de la conducta lo que determinará la imputación de responsabilidad. Para el caso médico tendremos como objetos de valoración la culpa y sus formas de representación: negligencia, imprudencia, impericia y la no observancia de reglamentos o protocolos o si por el contrario es atribuible un actuar doloso (Vera, 2013).

Para Pereirano, citado por Yong, considerar la conducta del deudor como base del estudio de atribución en el caso subjetivo supone entonces que ante un actuar diligente del mismo, para quien sufre el daño no queda alternativa que soportarlo, pues si bien lo sufre injustamente no ha sido injustamente causado por el agente ya que no es posible predicarle culpa alguna (Yong, 2011).

Contrario al caso anterior para los factores objetivos se pretende alejar la valoración de culpa del llamado a responder, pues su finalidad es la indemnización siempre que exista un daño, lo que permite a quien sufre el menoscabo una mayor garantía del resarcimiento.

La finalidad de la Atención como Determinante en la Clasificación de Demogue²¹

Esta clasificación tuvo sus orígenes en el Derecho francés y fundamenta su diferenciación en el contenido de la prestación, donde las denominadas obligaciones de medios o de mera prudencia y diligencia según Mazeaud, son enfocadas como el camino para llegar a un fin deseado, por otro lado las obligaciones de resultado o determinadas según Mazeaud estarán dadas por la obtención de ese resultado, esta clasificación le es atribuida a Demogue quien desde 1924 inicia su aplicación, hoy día su desarrollo es bastante amplio y es utilizado por jueces y doctrinantes dada la practicidad que aporta al momento de la determinación de responsabilidad en materia civil.

Para un abordaje más práctico se pueden diferenciar dos aspectos a tener en cuenta a la hora de clasificar la obligación exigible según lo que se espere del deudor, para la *obligación de medios* se centra un aspecto subjetivo donde la prestación se enmarca plenamente en el actuar del deudor; sin embargo, su obligación se limita a poner a disposición un adecuado desempeño, no siendo objeto del contrato el resultado último de su intervención, se hace únicamente valoración de la conducta del deudor y por último en la *obligación de resultado* se hace inclusión del fin a obtener dentro del pacto, conformando la prestación que se espera recibir y así se acuerda la realización de un procedimiento para la obtención de un resultado establecido (Kvitko, 2011).

Otro doctrinante que soporta esta teoría es Ricardo Uribe Holguin (1980), quien plantea otra forma de lograr esta clasificación del régimen de responsabilidad y esta dependerá del objeto del contrato pactado entre las partes; es decir, se estaría encuadrando en una obligación de medios “cuando el deudor no se compromete a realizar u

21 René Demogue propone la teoría que clasifica las obligaciones centrándose en el cumplimiento de las prestaciones pactadas, dando primacía al objeto de la prestación, que bien puede estar orientada a la obtención de un resultado o desarrollar una actividad, para el caso del contrato de asistencia médica se ubica dentro de las obligaciones de hacer que pueden llevar a ejecutar una actividad en sí misma o la ejecución de una actividad orientada a lograr un objeto específico. (Arbesú, 2016)

obtener un determinado resultado, sino sólo a poner los medios que de ordinario conducen a ello” (Uribe, 1980, p. 15). Por otro lado, hablaríamos de régimen objetivo, cuando el contrato entre las partes verse sobre el fin al que debe llegar el acreedor (Uribe, 1980).

Del mismo modo, el italiano Luigi Mengoni hace la distinción entre obligaciones de medio y de resultados basados en la diligencia que se le exige en las obligaciones de medios y el resultado en el otro caso; sin embargo, esto no quiere decir que dependa del interés del acreedor, porque en realidad su interés siempre estará orientado hacia el resultado, lo que se clasifica como interés primario; por otro lado, existe un interés secundario que, sí estaría orientado a que el deudor ajuste su conducta a un estándar de diligencia media, con el ánimo de poder obtener el fin ulterior (Mengoni, 1954).

Esta clasificación resulta necesaria una vez se comienza a valorar las actuaciones del galeno no con un objeto curativo como es regla general en el campo de la medicina; sino con el ánimo de satisfacer deseos del individuo, a lo que la Corte Suprema de Justicia se refiere:

La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de este (C. S. de J, S. Civil, sentencia del 5 de marzo de 1940).

Ante el anterior planteamiento existen contraventores que afirman con sustento en investigaciones que se mencionarán a continuación, que muy a pesar de que no se sigue precisamente la naturaleza que desarrolla la medicina, en el caso de la medicina satisfacía el objeto de estudio y trabajo en esta obligación no deja de ser un ser un organismo vivo, que responde autónomamente debido a su naturaleza fisiológica, por lo que:

La cirugía plástica, estética con fines de embellecimiento, conserva la regla general de ser contemplada como aquella prestación que genera una obligación de medio y no como se ha pretendido entender, como

una obligación de resultado; eso sí, el galeno deberá ser diligente en la etapa precontractual como en el desarrollo del mismo, por lo que la información respecto del procedimiento resulta de vital importancia pues en esta etapa pre contractual pueden surgir garantías de resultados que cambian la naturaleza de la obligación (Jiménez y Peláez, 2018, p. 18).

Si bien se establece la discusión del tipo de responsabilidad a asumir por parte de los profesionales de la salud con relación al tipo de acto médico realizado, surge ahora la necesidad de establecer criterios claros que nos permitan establecer el régimen de responsabilidad al que pertenece el acto médico en particular porque es cuestionable el cómo obligar al acreedor a la obtención de un resultado cuando “en el caso de la medicina, el elemento material es un organismo vivo que reacciona de manera autónoma” (Guzmán, 2001, p. 6).

El acuerdo de voluntades entre las partes

El acuerdo de voluntades goza de gran relevancia a nivel contractual por ser este el origen mismo de la obligación, para el profesor Tamayo Jaramillo el contrato da la potestad de establecer a lo que se obligan los intervinientes, es por este motivo que su estipulación como lo establece el artículo 1604 del código civil es ley para los contratantes (Tamayo, 2001).

En materia de Derecho Médico como se ha reiterado en la presente investigación, por regla general se enfoca como una obligación de medios de parte del médico tratante sobre su paciente en atención a que este se compromete a poner todo su conocimiento y tecnología a su alcance para la atención del usuario; sin embargo, es de resaltar que dada la variedad en cuanto a los servicios prestados por estos profesionales pueden existir en la relación médico-paciente acuerdos que difieren de esta regla general, y bajo el fundamento de autonomía desarrollado en el párrafo anterior es posible que el tipo de obligación torne hacia una obligación de resultado.

Para Mousseron la calificación de la obligación será el resultado de la voluntad de los contrayentes, por lo que las obligaciones se determi-

narán como de medios o de resultado producto de la construcción y no por naturaleza (Hinestrosa, 2007, p 250).

Con el aumento de la oferta de los servicios de salud los profesionales de esta área bajo una lógica de mercado tienden hacia la competencia que busca el resaltar los atributos del servicio ofrecido y en muchas ocasiones se puede errar en el compromiso de un resultado olvidando el alea propio de todo organismo vivo; sin embargo, contractualmente le brinda herramientas al usuario para exigir el cumplimiento la obligación contraída, esto es el resultado pactado (Tamayo, 2001, p. 205).

La probabilidad de obtención del resultado esperado

El carácter multifactorial que caracteriza cualquier patología objeto de tratamiento en el campo de la medicina es un punto importante para la determinación de la responsabilidad del profesional de esta área como una obligación de medios en tanto el deudor no tiene la capacidad de establecer el resultado final de la intervención que pueda realizar.

El caso de la cirugía plástica ha sido establecida por vía jurisprudencial como la excepción a esta regla general dado que se asume que el paciente usuario de este tipo de tratamiento tiene una motivación meramente estética, por lo que supone la no existencia de una patología previa, bajo este precepto se considera entonces que al encontrar un individuo sin padecimientos se toma como un entorno ideal donde el cirujano podría prever un resultado preciso, por lo que ha de tener todo bajo su control y se debe cumplir con la prestación prometida (Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sentencia C-7110 de 2017).

A la hora de clasificar la responsabilidad aplicable a cada caso no encontramos unos criterios claramente establecidos que nos permitan la determinación del caso particular, para lo que se realiza una recopilación de criterios para definir responsabilidad civil del acto médico, y plantea que no se puede exigir un resultado específico al galeno

al encontrarse su obligación sujeta a un “alea”, pues no depende en del deudor en su totalidad, además que resalta que la naturaleza del objeto de trabajo de la medicina es un organismo vivo “este organismo tiene su propia dinámica (...) aunque puede aproximarse mediante los exámenes que previamente practique en la etapa diagnóstica, nunca sabrá en forma rotunda el comportamiento final sino cuando este ya se haya producido” (Guzman, 2001, p. 10).

Del mismo modo Guzmán Mora plantea que la concepción del paciente de Cirugía plástica como un paciente sano se encuentra errado si se tiene en cuenta la idea de la salud como estado de bienestar físico y emocional y no únicamente la ausencia de enfermedad, en este caso presenta una alteración morfológica que no lo satisface, por lo que el deseo de cambio se convierte en noxa, de igual modo se presenta que el trabajo del cirujano depende de la recuperación posterior dentro de lo que se incluye el proceso de cicatrización, proceso fisiológico celular que no se desarrolla de la misma forma en todo individuo, lo que dificulta la garantía del resultado (Guzman, 2014).

Ya culminado el análisis de los elementos esenciales para la atribución de responsabilidad es posible correlacionar las circunstancias propias del manejo de la DG con los criterios de clasificación de las obligaciones teniendo como base el fin esperado que propone el profesor Javier Tamayo Jaramillo; para el caso de la existencia de disposición expresa del legislador vemos que no se encuentra regulación sobre la materia en el ordenamiento colombiano, por lo que no es aplicable al caso.

El criterio de clasificación que versa sobre el acuerdo entre las partes mantiene su vigencia en el contrato de asistencia médica, no siendo ajeno a la relación derivada del manejo de la DG, por lo que, si bien la naturaleza de la prestación dificulta la garantía de un resultado, en virtud de la autonomía de la voluntad de los contrayentes, podrán determinar el tipo de obligaciones que a bien consideren pactar, quedando entonces en el terreno de la ética profesional la suscripción de dichas promesas.

Ante la no existencia disposición del legislador ni de los contrayentes respecto del tipo de obligación aplicable es menester que el juez tenga la valoración respecto de la posibilidad de obtención del resultado esperado, donde se hace necesaria un juicio de causalidad a través del análisis del caso particular con apoyo en la prueba pericial siempre necesaria en esta materia y teniendo presente el hecho de que la causalidad no responde a quien es el causante del daño; sino que por el contrario lo que determina es a quien se le imputa.

Régimen de responsabilidad aplicable al acto quirúrgico de la disforia de género según el fin esperado

La aplicación de la responsabilidad profesional al acto médico bajo el contexto del manejo de la disforia de género Colombia no cuenta con una tipología contractual específica para la relación médico-paciente; sin embargo, por vía doctrinal que se presenta como contrato innominado²² que ha tomado el nombre de asistencia médica o prestación de servicios médicos, del mismo modo ante la no existencia de una norma especial que regule la responsabilidad patrimonial por la prestación del servicio médico bien por particulares o por parte del estado, esta se regula entonces por la regla general, en el caso colombiano al igual que otros países latinoamericanos se considera que el contrato de prestación de servicios médicos genera por regla general una obligación de medios basado en la competencia profesional.

Desde la promulgación de la Ley 23 de 1981 que constituye el código de ética de los profesionales de la medicina, en su Artículo 16 el legislador indica que la responsabilidad del médico respecto de las posibles reacciones adversas, no irá más allá del riesgo previsto, del mismo modo el Decreto 3380 de 1981 que reglamenta esta ley lo hace extensi-

22 Los contratos innominados son una tipología de contratos no regulados por el código civil; es decir, que no tienen reconocimiento como una figura típica, esta figura se fundamenta con la existencia de infinidad de relaciones contractuales, por lo que en virtud de la libertad de los contrayentes se le permite la celebración de los contratos que a bien consideren siempre que se tenga un objeto lícito y no contrarie la ley

vo a los “riesgos, reacciones o resultados desfavorables”, igualmente la Ley 1164 de 2007, que regula ciertas actuaciones del talento humano en salud establece que del acto de los profesionales de la salud es exigible una obligación de medios que se fundamenta en la valoración de la competencia del profesional.

Por vía jurisprudencial se ha ratificado que la existencia de esta regla general no excluye que en el ámbito de esa relación puedan presentarse de forma eventual el que se contraigan obligaciones de resultado producto del sustento encontrado en una norma especial o estipulaciones expresas de las partes, tema que ha sido objeto de estudio en diferentes especialidades tales como la Ginecología donde la línea jurisprudencial del Consejo de estado, sección tercera en Sentencias del 17 de agosto del año 2000 o 19 de agosto de 2009, indican la clasificación de la obstetricia como una obligación de resultado cuando se desarrolla un embarazo sin alteraciones en su control prenatal al ser el parto un estado normal no patológico.

Régimen Objetivo y Subjetivo de Responsabilidad Médica en Disforia de Género

La aplicación de esta teoría propuesta por Demogue entra en el ordenamiento colombiano por vía jurisprudencial a través de la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, el 30 de noviembre de 1935, magistrado ponente Eduardo Zuleta Ángel en búsqueda de la distinción entre la prueba de ausencia de culpa y la prueba del caso fortuito frente a un caso de incendio de vivienda arrendada, por lo que con ellos buscan criterios que determinen cuándo se debía acreditar uno u otro para eximir la responsabilidad.

El manejo quirúrgico de la disforia de género tal como otros procedimientos quirúrgicos representa un riesgo a considerar al momento de su prestación, es por esto que la valoración del actuar del profesional debe orientarse sobre la *lex Artis ad hoc*, valoración que hace el juez sobre el acto ejecutado por el médico, para lo que toma en cuenta sujeto, cualificación profesional, entorno y sobre todo la naturaleza

fisiológica del objeto de estudio de esta profesión; es decir, el ajuste del actuar a parámetros de conducta esperados.

Como ya se ha presentado anteriormente, especialidades como la Cirugía plástica han sido enfocadas hacia una responsabilidad objetiva teniendo por sustento primero el hecho de tener una motivación estética y con ello un individuo sano con el que se debería poder prever un resultado, por otro lado, la libertad de los contratantes al momento de la suscripción del acuerdo de voluntades y por último el fin perseguido por el acreedor.

i. Motivación estética: Para este estudio del primer fundamento tendremos que valorar la posición de la Corte Constitucional colombiana frente a la disforia de género que a través de reiteradas sentencias como la Sentencia T- 771 de 2013 deja saber que para estos casos en particular se debe entender que los procedimientos ordenados en este contexto se alejan de tener una motivación estética y reviste un carácter funcional dado que se hacen necesarios para la reafirmación de la feminidad (caso particular de la sentencia), lo que evidentemente constituye un elemento esencial de su identidad y con ello la garantía del derecho a la salud en sentido integral, por lo que procedimientos como la mamoplastia se le deben garantizar incluso reconociendo el cargo de los mismos al SGSSS.

ii. Libertad contractual: Con este segundo fundamento si bien ya ha sido desarrollado, se presenta como ejemplo en el derecho comparado el caso español donde la sala Civil del tribunal supremo ha reiterado la orientación hacia la no existencia de obligaciones de resultado en materia médica al dejar de lado el sustento de la medicina satisfacía considerando que estos procedimientos representan el mismo nivel de riesgo que podría acarrear cualquier intervención quirúrgica; sin embargo, se deja en claro que es posible considerarlo cuando el resultado sea pactado o se garantice en el contrato suscrito entre las partes (España. Tribunal Supremo, Sala Civil, N° 583, 2010).

Corolario lo anterior, “el galeno deberá ser diligente en la etapa precontractual como en el desarrollo del mismo, las estipulaciones con-

tractuales que realice para con el paciente a través de su autonomía privada serán el pilar fundamental para la atribución de su responsabilidad, partiendo siempre de la relación comunicativa médico-paciente” (Jiménez & Peláez, 2018, p. 18).

iii. El fin perseguido por el acreedor: Por último se traen a colación consideraciones de Luigi Mengoni, quien indica que si bien se hace la distinción entre obligaciones de medio y de resultados basados en la diligencia que se le exige en las obligaciones de medios y el resultado en el otro caso, esto no quiere decir que dependa del interés del acreedor, porque en realidad su interés siempre estará orientado hacia el resultado, lo que se clasifica como interés primario; por otro lado, existe un interés secundario que sí estaría orientado a que el deudor ajuste su conducta a un estándar de diligencia media, con el ánimo de poder obtener el fin ulterior (Mengoni, 1954).

Dentro del análisis expuesto, se resalta que, si bien la prestación pactada no es la misma en las categorías contractuales en estudio, toda obligación tendrá por objeto el logro de un resultado y el camino para el logro de ese resultado supondrá la disposición de los medios necesarios para alcanzarlo; así las cosas, es posible afirmar la coexistencia de estas características, pues el actuar del deudor será siempre la aplicación de los medios necesarios para la obtención de un logro.

Por otra parte, como lo menciona la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en Sentencia 4786 del 7 de diciembre del 2020, la mera valoración del cumplimiento o no de un resultado tiende a ser un poco incompleta, pues ante una obligación de medios también es posible el reclamar el cumplimiento de ciertas consecuencias materiales que denotan la diligencia y cuidado exigibles al deudor, del mismo modo como para las obligaciones de resultado es consecuente el hecho de que el acreedor exija de parte del deudor un actuar determinado previo a la obtención del objetivo pactado.

Como respuesta a los posibles vacíos existentes ante la aplicación de esta teoría se ha presentado un desarrollo conceptual que flexibiliza esta categorización quizá un poco estricta con conceptos como obli-

*gaciones de medio reforzadas*²³ y *obligaciones de medio atenuadas*²⁴ que pueden dificultar hacer una verdadera diferenciación y empañan los criterios de la clasificación dando cuenta de la necesidad de una clasificación más amplia y flexible.

Conclusiones

Tal como se ha podido comprobar a lo largo del desarrollo de la investigación, la naturaleza compleja de las prestaciones dificulta el establecimiento de criterios estrictos que permitan la clasificación entre una responsabilidad objetiva o subjetiva en materia médica dado el carácter multifactorial del que depende la ejecución de lo pactado, por lo que es de considerar que la naturaleza de la obligación sea quien oriente la atribución o exoneración ante un perjuicio originado en razón al acto de los profesionales de la salud.

Así las cosas, dado que el objeto de estudio de esta disciplina es un organismo vivo, se dificulta el encuadrar la definición de las obligaciones de resultado en tanto que para este caso particular es el organismo el fin de la prestación, llevando a la obligación a depender de un alea que no se puede garantizar (Garzón y Parada, 2014).

Por otro lado, la primacía de la voluntad de los contrayentes está igualmente presente en el contrato de asistencia o de prestación de servicios médicos, por lo que resulta imperante el papel ético del profesional con el cumplimiento del deber de información donde se expongan riesgos y beneficios en aras de lograr un consentimiento debidamente ilustrado y eliminar la garantía de resultados en la atención.

En relación a lo expuesto, reitera la Corte Suprema, sala de Casación Civil en Sentencia 4786 del 7 de diciembre de 2020 que las obligacio-

23 Además de la obligación de medios se propone la obligación de medios reforzada, que da cabida libera al acreedor de la obligación de probar la culpa levisima del deudor como forma de flexibilizar los criterios de esta clasificación.

24 La obligación de resultados atenuada le impone la flexibilidad al deudor de librar su responsabilidad acreditando la diligencia y cuidado. (Le Tourneau, 2006)

nes estéticas son de medios sin menoscabo de lo establecido en la convención celebrada entre los intervinientes, o lo que es igual, el profesional podrá obligarse a realizar un procedimiento sin garantizar un resultado o bien puede asegurar la obtención del mismo.

Otra de las sentencias objeto de análisis fue la Sentencia C-2555 de 2019, en la que ante un procedimiento de rejuvenecimiento facial y abdominoplastia realizado por especialista en Cirugía plástica se concluye que la denominación de los procedimientos que denotan una naturaleza meramente estética no significa, per se, que el deudor se haya obligado a obtener un resultado específico en su paciente, pues su prestación estaría orientada a realizar dichos procedimientos poniendo todo el conocimiento y tecnología a su alcance para el logro de un rostro más juvenil, pero es menester la valoración del pacto celebrado para cambiar la naturaleza de la obligación y no establecer esta de forma *a priori*.

Las posiciones expuestas por la alta Corte denotan un cambio reciente en la línea jurisprudencial imperante en materia de responsabilidad médica, pues estas sentencias reconocen la práctica de la medicina estética como una obligación de medios de la que únicamente podrá entenderse que son de mejor esfuerzo; no obstante, el enfoque del manejo quirúrgico de la disforia de género gozará de un doble sustento para la no acreditación de una responsabilidad objetiva en la medida en que por un lado se le da un reconocimiento de carácter funcional a estos procedimientos al permitir la reafirmación de la identidad de género y por otro lado, aun cuando estos procedimientos se desarrollan bajo el contexto de la medicina satisfactiva no es posible exigir un resultado basándose únicamente en el carácter estético de la prestación.

Bibliografía

- Arbesú, V. (2016). Arbesú González, V. La responsabilidad civil en el ámbito de la cirugía estética. Madrid: Dykinson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, DC: Editorial panamericana. (5ª ed.).
- Bernal J., Falcon N., Barros J., Arenas J. y Cifuentes M. (2021). Cirugías de afirmación de género en mujeres trans: resultados estéticos, sexuales y urinarios de una serie inicial de vaginoplastias. *Actas urológicas españolas*, 45(3), 225-231. <https://n9.cl/oogum>
- Binder, J., Desgrandchamps, F., Revo M. (2016). Transformación genital de mujer a varón: faloplastia mediante colgajo antebraquial radial y faloplastia mediante colgajo anterolateral de muslo. *Elsevier Masson*, 45, 687, 1-10. <https://n9.cl/mizhg>
- Bockting, W. (2020). *Género e identidad sexual*. En Kliegman, R., MD. Nelson. (Coord.) *Tratado de pediatría*, edición 21, Barcelona: Elsevier Inc. 1021-1024
- Botero, L. (2018). *El concepto de daño*. En Castro, M. (Coord.) *Derecho de las obligaciones con propuestas de modernización*. Tomo III. Editorial Temis, 43-84.
- Colombia. Congreso de la República. (19 de enero de 2011) Artículo 104 [Título VI]. *Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. [Ley 1438 de 2011].
- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-236 de 2020 (M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez: 8 de julio de 2020).
- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-421 de 2020 (M.P. Cristina Pardo Schlesinger: 28 de septiembre de 2020).
- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-771 de 2013 (M.P. María Victoria Calle Correa: 7 de noviembre de 2013).

- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-918 de 2012, (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio: 8 de noviembre de 2012).
- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-063 de 2015 (M.P. María Victoria Calle Correa: 13 de febrero de 2015).
- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-552 de 2013 (M.P. María Victoria Calle Correa: 22 de agosto de 2013).
- Colombia. Congreso de la República. Sentencia T-876 de 2016, (M.P. Nilson Pinilla Pinilla: 29 de octubre de 2012).
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil, Sentencia SC2555 (M.P. Álvaro Fernando García Restrepo: 12 de julio de 2019).
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil (M.P. Liborio Escallón: 5 de marzo de 1940).
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil, Sentencia SC4786 (M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo: 7 de diciembre de 2020).
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil, Sentencia SC7110 (M.P. Luis Armando Tolosa Villabona: 24 de mayo de 2017).
- Colombia. Secretaria distrital de planeación de Bogotá (2018). Estudio sobre la identificación de barreras de acceso a la salud de hombres transgénero en el marco de la política pública LGBTI.
- Couto, D., Nápoles, C. (2013). Aspectos generales sobre el consentimiento informado en Obstetricia y Ginecología. *Medisan*, 17(10), 7012-7020. <https://n9.cl/14bguq>
- España. Tribunal Supremo, sala primera civil. Sentencia 877 (M.P. José Almagro Nosete: 11 de febrero de 1997 (Tena, E., Azparren, A., Donat).
- Fayos, A. (2016). *Derecho de Daños. Las víctimas y la compensación*. Madrid: Editorial Dykinson.

- Garzón, D., Parada, D. (2014). Las obligaciones de medio y de resultado y su incidencia en la carga de la prueba de la culpa contractual. *Universitas Estudiantes*. 12(1), 241-252. <https://n9.cl/6gk3hm>
- Georgiopoulos, A., Donovan, A. (2018). DSM-5: Un sistema de diagnóstico psiquiátrico. En Stern, T., Fava, M., Wilens, T. y Rosenbaum, J. (Coord.) *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica*, 165-171.
- Golski, C., Forcier, M. (2020). *Gender Dysphoria and Gender Nonconformity*. En Ferri, F. (Coord.) *Ferri 's Clinical Advisor 2021, 1st Edition*. New York: Editorial Elsevier.
- Gómez, E., Gómez, F., Esteva, I., Fernández, R., Flor, M. (2020). Investigación española en disforia de género: una revisión de más de 20 años de literatura biomédica. *Actas españolas de Psiquiatría*, 48(6), 266-281. <https://n9.cl/r2o6y>
- Guzmán, F. (2001). Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico en Colombia. *Conamed*, 10(21), 6-16. <https://n9.cl/qdf6u>
- Guzmán, F. (2014). Los errores en la concepción legal de la Cirugía Plástica. *Sociedad colombiana de cirugía plástica, estética y reconstructiva*, 20(1), 84-91. <https://n9.cl/czyao3>
- Guzmán, F., Franco, E., Morales, M., Mendoza, J. (1994). El acto médico: Implicaciones éticas y legales. *Acta médica colombiana*, 19(3), 139-149. <https://n9.cl/pjkbq>
- Henao, J. (2015). Las formas de reparación en la responsabilidad del Estado: hacia su unificación sustancial en todas las acciones contra el Estado. *Revista de Derecho Privado*, (28), 277-366. <https://n9.cl/0n8phy>
- Hinestrosa, F. (2007). *Tratado de las obligaciones concepto, estructura, vicisitudes*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

- Jiménez, D., Peláez, G. (2018). *Atribución de responsabilidad por procedimientos médicos con fines de embellecimiento* (Trabajo de grado). Universidad Ces, Medellín, Colombia. <https://n9.cl/ij04p>
- Kvitko, L. (2011). La responsabilidad médica en cirugía estética. ¿Obligación de medios o de resultados? Antecedentes. Jurisprudencia argentina y española: Cambio radical en la doctrina y criterio jurisprudencial español. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 28(1), 7-24. <https://n9.cl/12maqq>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Revista Cuicuilco*, 7(18), 1-24. <https://n9.cl/sm2d0>
- Laplanche, J. (2006). El género, el sexo, lo sexual. *Revista Alter* 2, 1-15. <https://n9.cl/fzm50>
- Le Tourneau, P. (2006). *La responsabilidad civil profesional* (Trad. J. Tamayo). Bogotá: Legis.
- Mantilla, F. (2007). El principio general de responsabilidad por culpa del derecho privado colombiano. *Opinión Jurídica*, 6(11), 131-150. <https://n9.cl/smjy9>
- Mariñelarena, J. (2011). Responsabilidad profesional médica. *Revista Cirujano General*, 33(2), 160-163. <https://n9.cl/84mk8>
- Mengoni, F. (1954). *Evolución del concepto de interés, estudio teórico, histórico y crítico del interés en los distintos períodos de la evolución humana* (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://n9.cl/sbvwt>
- Moreno, O., Esteva, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 29(6), 367-382.
- Parra, S. (2014). *La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa*. (Tesis doctoral). Universidad Carlos III de Madrid, Barcelona, España. <https://n9.cl/qa97b>

- Rosenthal, N. (2021). *Endocrinología de la transexualidad*. En Melmed, S., Auchus, R., Goldfine, A., Koenig, R., Rosen, C. (Coord.). Williams. Tratado de endocrinología. Barcelona: Elsevier editorial.
- Santos, M. (2018). La responsabilidad médica (en particular en la medicina “voluntaria”): Una relectura desde el punto de vista contractual. *Revista InDret*, (1), 4-57. <https://n9.cl/18uk3i>
- Taboada, L. (2018). *Elementos de la responsabilidad civil. Comentarios a las normas dedicadas por el código civil a la responsabilidad civil contractual y extracontractual*. Lima: Editora Jurídica Grijley.
- Tamara, A., (2013). Cuadrando el círculo: despatologización vs derecho a la salud de personas trans en DSM- 5 y cie-11. *Revista comunidad y salud*, 11 (1), 58-65
- Tamayo, J. (2001). *La responsabilidad civil*. Bogotá: Editorial Temis. <https://n9.cl/f5iwiu>
- Tamayo, J. (2007). *Tratado de responsabilidad civil, tomo II*. Bogotá: Editorial Temis.
- Tena, E., Azparren, A., Donat, E. (2013). Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva. *Revista española de Medicina Legal*, 39(4), 162-167.
- Tenorio-González, F. (2004). Responsabilidad profesional del médico. *Cirugía y Cirujanos*, 72(6), 443-445. <https://n9.cl/7jdw08>
- Uribe, R. (1980). *De las Obligaciones y del Contrato en General*. Bogotá: Editorial Rosarista.
- Vale, O. (2019). Disforia de género: La psicopatologización de las sexualidades alternas. *Quaderns de Psicologia*, 21(2), 1-12. DOI: <https://n9.cl/fl8x8>
- Velásquez, O. (2013). *Responsabilidad civil extracontractual*. Segunda edición. Bogotá: Editorial Temis.

- Vera, O. (2013). Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Médica La Paz*, 19(2), 73-82. <https://n9.cl/lh9wo8>
- Vigil, C. (2004). Las Obligaciones de Medios y las Obligaciones de Resultado. *Revista Docentia et Investigatio*, 6(1), 101–109.
- World Professional Association for Transgender Health –WPATH– (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. <https://n9.cl/q43z>
- Yong, S., (2011). *Introducción a la responsabilidad pública y privada*. Bogotá: Ediciones Universidad Santo Tomás.