REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 1502 | Bogotá, D. C., viernes, 22 de agosto de 2025 | EDICIÓN DE 31 PÁGINAS

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

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 DE 2025 SENADO

por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones. ¡Con los niños NO te metas!.

Bogotá D.C. 20 de agosto de 2025

Honorable Senador
MIGUEL ÁNGEL PINTO HERNÁNDEZ
Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Señor
PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

E. S. D.

Asunto: Rendición de Informe de ponencia **POSITIVA** para primer debate al Proyecto de Ley 001 de 2025 Senado, *"Por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". ¡Con los niños NO te metas!.*

Respetado Presidente y secretario, cordial saludo.

Por medio de la presente, de conformidad con lo dispuesto por la Mesa Directiva de esta Comisión, y con fundamento en el artículo 150 de la Ley 5ta de 1992, comedidamente me permito rendir ponencia **POSITIVA** al proyecto de ley 001 de 2025 Senado, "Por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". ¡Con los niños NO te metas!.

De manera atenta,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente única PL 001 de 2025S

INFORME PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 001 DE 2025S

"Por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". ¡Con los niños NO te metas!.

1. ANTECEDENTES

La presente iniciativa tiene como autora principal a la senadora Beatriz Lorena Ríos Cuéllar; esta fue radicada por primera vez el 4 de octubre de 2023, con el consecutivo No. 183 de 2023, en el marco de un evento de radicación en donde fueron invitados congresistas y organizaciones de la sociedad civil.

En esta primera ocasión, por el mecanismo de reparto fue enviado el proyecto a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado y la Mesa Directiva realizó la respectiva designación de ponentes, nombrado a la HS. Lorena Ríos como ponente única.

El día 27 de noviembre y 4 de diciembre de 2023, en el recinto de la Comisión Séptima Constitucional Permanente y recinto de Plenaria del Senado de la República, respectivamente, se llevaron a cabo dos sesiones de la audiencia pública propuesta del Proyecto Ley No. 183 de 2023, por medio de las cuales fueron escuchadas más de 60 organizaciones, entidades públicas y profesionales de la salud y otras áreas.

A pesar de ser programado en el orden del día en varias oportunidades en la Comisión, la iniciativa no alcanzó a ser discutida, por lo que fue archivada por tránsito legislativo.

El 20 de Julio de 2024, fue radicada nuevamente y se le asigna el Número de proyecto de ley 001 de 2024 con el título "Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones" ¡Con los niños NO te metas! y enviado a la Comisión Séptima Constitucional para iniciar su trámite de acuerdo a lo establecido por la ley.

El 20 de agosto de 2024 fue designada como ponente única de la iniciativa la senadora Beatriz Lorena Ríos Cuéllar. Este proyecto de ley cuenta con la firma de varios congresistas entre senadores y representantes quienes acompañan la propuesta.

El 27 de septiembre de 2024 se llevó a cabo una Mesa Técnica que estuvo a cargo de la Senadora Lorena Ríos y conto con la participación de Ricardo Luque,

coordinador del grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social; también se contó con la participación de Sara Apreciado, asesora de la delegada de asuntos de mujer y género y Marcela Salaz, asesora de la delegada de infancia, juventud y vejez de la Contraloría General de la Nación; se contó con la participación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, y las Facultades de Derecho y Ciencia Política de la Universidad de la Sabana.

Del mismo modo, se registró la asistencia y participación presencial y virtual de expertos científicos, médicos y jurídicos en la Comisión VII del Senado. En este espacio los expertos compartieron sus perspectivas y experiencias respecto a la temática del Proyecto de Ley, y sus propuestas para unificar los conceptos y criterios de este proyecto.

El pasado 03 de diciembre en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado, la ponente fue recusada sin fundamento alguno, siendo así que, la Comisión de Ética y del Estatuto del Congresista mediante documento CET-CS-CV19-0656 del 10 de diciembre de 2024, resolvió que rechazaba la recusación presentada.

El 4 de diciembre, en sesión de la Comisión Séptima fue aprobada con 8 votos favorables el informe con el que termina la ponencia del proyecto de ley 001 de 2024 Senado *"Por medio de la cual se dictan los lineamientos en la prestación del servicio de salud en menores de 18 años frente a los tratamientos de reasignación de género, el uso de bloqueadores de pubertad, tratamiento hormonal cruzado y cirugía de afirmación de género y se dictan otras disposiciones" ¡Con los niños NO te metas!*, y por solicitud de la Presidente de la Comisión HS. Nadia Blel, suspendió la votación del articulado y convocó a una Mesa de Trabajo para los Congresistas y las Unidades de Trabajo Legislativo, en donde se estudiaran las proposiciones que habían realizado al proyecto de Ley.

El 5 de diciembre de 2024 y por solicitud de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima, se lleva a cabo una mesa de trabajo que tenía como propósito revisar las proposiciones radicadas, con el fin de determinar cuáles contaban con aval y cuáles no. Este espacio conto con la participación de Senadores y sus respectivas Unidades de Trabajo Legislativo. Fue posible avalar 37 proposiciones, mientras que otras 30 no fueron avaladas.

Aun cuando el proyecto de ley fue programado en el orden del día en varias oportunidades en la Comisión, el debate para la aprobación del articulado no fue llevada a cabo, por lo que fue archivada por tránsito legislativo el 20 de junio de 2025.

El 20 de julio de 2025, se radica nuevamente esta iniciativa legislativa a la cual le fue asignado el consecutivo 001 de 2025 Senado, con el título "Por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". ¡Con los niños NO te metas!, el cual se encuentra en la Gaceta No. 1279 de 2025, el cual cuenta con la firma y respaldo de varios congresistas quienes acompañan la propuesta.

Este proyecto por reparto fue enviado el 04 de agosto de 2025 a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado, y fue notificada de la designación como ponente única a la Senadora Lorena Ríos Cuéllar el pasado 16 de agosto de 2025.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto tiene por objetivo garantizar la protección física y psicológica de los niños, niñas y adolescentes frente al uso de tratamientos médicos experimentales para la afirmación de género, tales como: los bloqueadores de la pubertad (GnRH), tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG) y las cirugías de afirmación de género, los cuales tienen un alto riesgo de dejar secuelas irreversibles en la salud física como: enfermedad cardiovascular, hipertensión, osteoporosis y diabetes tipo 2, además aumentan el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamarios.

Aunando a lo anterior, a nivel mental, incrementan el riesgo a que se desarrolle el trastorno de depresión, con mayor propensión a llevar a cabo la conducta suicida, trastorno de ansiedad, trastorno de déficit de atención, entre otros, afecciones que se encuentran consignadas en la WPATH en su versión más actualizada, la número 8[1]. **Aumentando el riesgo de afectar permanentemente la vida de los niños, niñas y adolescentes.**

Las intervenciones en salud anteriormente mencionadas no cuentan con estudios clínicos suficientes que afirmen su seguridad, eficacia o beneficios para los niños, niñas y adolescentes [2,3,4]. Ni tampoco se cuenta con estudios que dejen claros los efectos adversos a largo plazo[5,6].

[1] 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.
[2] Ludvigsson JF, Adolfsson J, Höistad M, Rydelius PA, Kriström B, Landén M. A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. Acta Paediatr. 2023;112(11):2279-92.
[3] Drobnič Radobuljac M, Grošelj U, Kaltiala R, Vermeiren R, Crommen S, Kotsis K, et al. ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(6):2011-6.
[4] Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. J Endocr Soc. 2021;5(4):bvab011.
[5] Baxendale S. The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review. Acta Paediatr. 2024;113(6):1156-67.
[6] Chen D, Simons L, Johnson EK, Lockart BA, Finlayson C. Fertility Preservation for Transgender Adolescents. J Adolesc Health. 2017;61(1):120-3.

Los medicamentos usados en la ruta afirmativa no están aprobados ni indicados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para tratar la discordancia/incongruencia o disforia de género, por lo tanto, su formulación y dispensación entra dentro de los tratamientos "off-label"[7], lo cual también va en contravía del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud[8]. Es decir, que son medicamentos que se han aprobado y utilizado para otras condiciones médicas diferentes a las de afirmación de género, o para tratar la disforia/discordancia o incongruencia de género, y por ende tienen estudios clínicos que describen riesgos de efectos adversos y contraindicaciones de uso claras, los cuales son riesgos clínicos y eventos adversos a los que se exponen los pacientes que reciben dichos medicamentos.

Por su parte, la Ley 1751 de 2015, deja en claro que el Sistema de Salud Colombiano no podrá destinar a financiar servicios y tecnologías en salud, en los que se advierta que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica, seguridad y eficacia.

Actualmente, en Colombia instituciones prestadoras de Salud (IPS) como Fundación Valle de Lili (Cali), Hospital San Ignacio (Bogotá), Hospital San José (Bogotá), Clínica de Género (Bogotá) han reconocido que están tratando pacientes en condición médica de disforia/discordancia o incongruencia de género e implementando la ruta afirmativa[9].

A través de la sentencia T-218 de 2022, la Corte Constitucional confirmo que no existe en Colombia un protocolo médico para atender los casos de disforia de género, ni *lineamientos para los profesionales de la salud para '(…) prescribir, autorizar y suministrar (…) tratamiento hormonal para la reafirmación de género, los exámenes y tecnologías que comprende."*, es decir, que las IPS y entidades territoriales han adoptado por su cuenta guías médicas y protocolos de atención en estos casos, ante la falta de una guía definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por medio de la declaración promulgada por el Colegio Americano de Pediatría a principios del año 2024, más de 75 000 médicos y profesionales de la salud representados por organizaciones médicas firmantes, y 60 países representados por los firmantes, manifestaron la solicitud de detener de inmediato la promoción de la afirmación social, los bloqueadores de la pubertad, las hormonas cruzadas y las cirugías para niños y adolescentes que experimentan angustia por su sexo biológico, debido a los riesgos para la salud de los infantes y adolescentes[10].

[7] Bierzychudek L. Prescripción off-label de medicamentos: definición y consideraciones ético-regulatorias en Argentina. Revista de Bioética y Derecho. 2022:165-91.
[8] Colombia Cd. LEY ESTATUTARIA No. 1751 de 2015 POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. 2015.
[9] Colombiana CC. Sentencia T-218/22. 2022.
[10] CHILDREN DP. Declaración de los médicos que protegen a los niños2024. Available from: https://doctorsprotectingchildren.org/.

Experiencias de otros países que han implementado la ruta afirmativa como el "método holandés" y ahora enfrentan graves demandas como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Finlandia[11], Noruega, Rusia, Dinamarca, Francia y España, han implementado normativas similares a las planteadas en el presente proyecto de ley, como medidas de protección a la infancia y adolescencia.

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

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

2.1. CONCEPTOS Y TÉRMINOS

2.1.1. **Sexo biológico:** Todas aquellas características genéticas y fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres que al ojo humano se caracteriza en la genitalidad. Para la mayoría de las personas que no tienen anomalías en los genitales externos, el sexo se documenta al nacer y, en la mayoría de la población, el sexo y el género son consistentes a lo largo de la vida. En cuanto a la característica genética, se refiere a los tipos de cromosomas que determinan el sexo de un organismo sexual. En el caso del ser humano, el individuo macho (hombre) contiene los cromosomas XY y la hembra (mujer) XX.[12]

2.1.2. **Género:** Son las actitudes, sentimientos y comportamientos vinculados a la experiencia y expresión del sexo biológico.[13]

2.1.3. Ruta afirmativa: Es la ruta de atención en salud promovida para la validación positiva a nivel social y médico de la identidad de género autopercibida, sin

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

[12] Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. The developing human : clinically oriented embryology. Eleventh edition / Keith L. Moore, T.V.N. (Vid) Persaud, Mark G. Torchia. ed. Edinburgh: Elsevier; 2020.
[13] 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.

intentar modificarla, en donde se establecen intervenciones en salud mental y física para la transición de género deseada por la persona[14].

2.1.4. Ruta de afirmación de género a nivel médico: El manual sobre las normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género con siglas en inglés WPATH, dice que la transición de género debe llevarse a cabo desde la adolescencia, ya que como ellos mencionan el 73 % de niños y niñas de género diverso lo resuelven en la adultez[15]. En su versión más actualizada la número 8, sugieren el suministro de supresores de la pubertad GnRH a la edad de los 12 años aprox. una vez haya iniciado el desarrollo del estadio Tanner 2; el tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG) a los 16 años; en lo que respecta a la intervención quirúrgica, lo recomiendan después de los 18 años, pero también hacen alusión a que se puede acceder a las cirugías a de afirmación de género antes de esta edad[16].

2.1.5. Estadio Tanner 2: La clasificación de Tanner 2 hace referencia a una de las fases de desarrollo sexual que el Doctor James Tanner describió, estableciendo un sistema para categorizar las transformaciones físicas durante la pubertad, denominado como las etapas de Tanner o índices de Tanner. Este sistema analiza el desarrollo basándose en aspectos sexuales secundarios como el desarrollo de los senos, la expansión del pelo púbico y el incremento en la longitud de los genitales.

De forma específica, la Etapa Tanner 2 hace referencia a los primeros cambios físicos notables debido al aumento en la producción de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona). Esta etapa es un indicador clave del inicio de la pubertad. La edad típica de aparición en las niñas (mujeres), Tanner 2 suele ocurrir entre los **8 y 13 años** y en los niños (varones) típicamente aparece entre los **9 y 14 años**. Esta fase brinda a médicos, educadores y padres la posibilidad de determinar si el crecimiento sexual y físico del adolescente se encuentra en los límites normales o si existen señales de pubertad temprana o tardía que podrían necesitar intervención médica[17].

2.1.6. **Reasignación de género:** cambio oficial (y normalmente legal) de género (Referencia 15). Transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital.

2.1.7. **Bloqueadores de Pubertad**: Son medicamentos que se utilizan para retrasar o detener temporalmente los cambios físicos asociados con la pubertad. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales[18]. Su indicación de uso durante la infancia es para tratar la pubertad precoz y retrasar la aparición de caracteres sexuales secundarios (desarrollo de senos, menstruación, crecimiento de vello facial y cambio de voz)[19].

2.1.8. **Tratamiento Hormonal de Afirmación de Género:** Medicamentos que tienen como fin reducir los caracteres físicos del sexo biológico, y a su vez, desarrollar los del sexo opuesto, mediante la administración de estrógenos y testosterona[20].

2.1.9. **Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género según la WPATH:** Este tipo de procedimiento tiene como fin crear la apariencia física del sexo opuesto, según la WPATH en su versión más actualizada, la número 8, a pesar de que recomiendan la cirugía de afirmación de género después de los 18 años, mencionan que podrían existir casos excepcionales en donde se realice antes de esta edad, dentro de los procedimientos quirúrgicos sugieren los siguientes (Referencia 1):

a) **Cirugía facial:** Frente, avance de la línea capilar y/o trasplante de cabello, estiramiento de la cara/estiramiento de la mitad de la cara, blefaroplastia, mejillas, labios, mandíbula inferior, remodelado del mentón, condrolaringoplastía.
b) **Cirugía de mama/tórax:** Mastectomía, liposucción, reconstrucción de mamas (aumento).
c) **Cirugía genital:** Faloplastía, metoidioplastia, vaginoplastia, vulvoplastia.
d) **Gonadectomía:** Orquiectomía, histerectomía y/o salpingooforectomía.
e) **Contorneado de la figura corporal:** Liposucción, liporelleno, implantes, mentoplastia/reducción del monte.
f) **Otros procedimientos:** Remoción capilar: remoción del vello facial, corporal y de las zonas genitales…; tatuaje (pezón-oréala), trasplante uterino, trasplante peneano.

Consideraciones de conceptos y términos

El término de Disforia de Género aunque se encuentra vigente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición más actualizada (DSM-V-TR) del año 2022, por directrices de la ONU y la WPATH-Versión 8, a nivel internacional hay una marcada tendencia de omitir el criterio diagnóstico consignado en el DSM-V-TR, con el fin de brindarles sin ningún tipo de estudio previo los tratamientos médicos de afirmación de género, enfatizándose primordialmente en los niños, niñas y adolescentes[21], dejándolos completamente desprotegidos en materia de salud mental.

A su vez, es pertinente mencionar que el presente criterio diagnóstico (Disforia de género) fue requisito para llevar a cabo tratamientos de afirmación de género, sugerido directamente por la WPATH[22], por tal razón, a nivel médico-científico diversos estudios sobre las relaciones causales, trastornos asociados, eficacia de los supresores de la pubertad y los tratamientos de hominización para la afirmación de género, tienen como base este diagnóstico.

2.2. CONSIDERACIONES CIENTÍFICAS

2.2.1. Criterios diagnósticos de la disforia de género.

Según el DSM-V-TR lo clasifica en diferentes categorías. La primera es la disforia de género en niños; la segunda, disforia de género en adolescentes y adultos; La tercera, otra disforia de género especificada, y la última, disforia de género no especificada (Referencia 14).

2.2.2. Relaciones causales que desencadenan los síntomas de la disforia de género.

2.2.2.1. Experiencias traumáticas y problemas de salud mental.

Varios estudios constatan la existencia de diferentes relaciones causales para que se desarrollen los síntomas de la disforia de género, entre ellas se encuentran las experiencias traumáticas y problemas de salud mental[23]. Littman en el año 2021 reportó que el (58 %) de las personas que tuvieron disforia de género tenían **antecedentes de experiencias traumáticas o de trastorno afectivo[24]**. En ese mismo estudio se indagó la razón por la cual varias personas decidieron detransicionar, entre ellas se halló que el (60 %) (45 mujeres y 15 hombres) lo hicieron porque se sentían mejor identificándose con su sexo biológico; (49 %) porque evidenciaron complicaciones médicas que subyacen a los tratamientos, (38 %) por factores asociados a abusos, traumas o problema de salud, (42 %) porque los tratamientos médicos para la disforia de género no mejoraron sus síntomas relacionados; 33 % porque vivieron de manera egodistónica con los cambios físicos que produjo la transición, y el (34 %) manifestó un **incremento en la intensidad de los síntomas mentales** a medida que avanzaban los tratamientos para la disforia de género

Razones para la detransición		
	Mujeres de nacimiento (%) *N* = 69	*Hombres de Nacimiento* (%) *N* = 31
*Razones para la detransición**		
Mi definición personal de mujer o hombre cambió y me sentí más cómodo identificándome con mi sexo de nacimiento	**45 (65.2%)**	**15 (48.4%)**
Me preocupaban las posibles complicaciones médicas de la transición	**40 (58.0%)**	**9 (29.0%)**
Mi salud mental no mejoró durante la transición	**31 (44.9%)**	**11 (35.5%)**
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición/sentí que el cambio era demasiado	35 (50.7%)	5 (16.1%)
Descubrí que mi disforia de género fue causada por algo específico (por ejemplo, trauma, abuso, condición de salud mental)	**28 (40.6%)**	**10 (32.3%)**
Mi salud mental empeoró durante la transición	**27 (39.1%)**	**9 (29.0%)**
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición / sentí que el cambio no fue suficiente	22 (31.9%)	11 (35.5%)
Encontré formas más efectivas de ayudar con mi disforia de género	25 (36.2%)	7 (22.6%)
Mi salud física empeoró durante la transición.	21 (30.4%)	11 (35.5%)
Me sentí discriminado	12 (17.4%)	11 (35.5%)
Tuve complicaciones médicas por la transición	12 (17.4%)	7 (22.6%)
Preocupaciones financieras sobre el pago de la atención de transición	11 (15.9%)	6 (19.4%)
Mi disforia de género resuelta	10 (14.5%)	5 (16.1%)
Mi salud física no mejoró durante la transición	9 (13.0%)	2 (6.5%)
Resolví el problema específico que era la causa de mi disforia de género.	6 (8.7%)	4 (12.9%)
Me di cuenta de que mi deseo de hacer la transición	1 (1.4%)	5(16.1

[14] 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.
[15] Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. *Int J Transgenderism*. 2018;19(3):287-354. doi:10.1080/15532739.2018.1503902
[16] Coleman, E., A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, et al. 2022. "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8." International Journal of Transgender Health 23 (sup1): S1–259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644.
[17] Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969 Jun;44(235):291-303. doi: 10.1136/adc.44.235.291. PMID: 5785179; PMCID: PMC2020314.
[18] Saleh FL, Taylor HS. Clinical applications of gonadotropin-releasing hormone analogues: a broad impact on reproductive medicine. F S Rep. 2023;4(2 Suppl):83-7.
[19] Yang EH, Jo HY, Park SJ, Yoo HW, Choi SH, Kim HY, et al. Effect of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment on near final height in girls with central precocious puberty and early puberty. Ann Pediatr Endocrinol Metab. 2023;28(1):49-53.
[20] López, Gilberto Pérez. "Identidad de género: Conceptos actuales y tratamiento hormonal de afirmación de género." Endocrinología, Diabetes y Nutrición 70 (2023): 27-37.
[21] Madrigal-Borloz V. Prácticas de las llamadas "terapias de conversión." ONU: Consejo de derechos humanos; 2020 Jul: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/108/71/pdf/g2010871.pdf
[22] Cross, Alexander. "The WPATH Standards of Care: Their History and Importance in Advocating for Transgender Health." (2023)
[23] D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care. Australasian Psychiatry. 2018;26(5):460-463.
[24] *Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. Arch Sex Behav. 2021;50(8):3353-3369. doi:10.1007/s10508-021-02163-w*

tenía una motivación erótica.		%)
Otras	19 (27.5%)	6 (19.4%)
*Puede seleccionar más de una respuesta		

Siguiendo la misma línea un estudio llevado a cabo por Craig LS y colaboradores en el año 2020, con una muestra poblacional de 3.508 adolescentes que oscilaban entre los 14-18 años pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+, reportaron que el (58%) habían sufrido de negligencia emocional en la infancia; el (56%) padecieron de abuso emocional; el (51%) convivieron con un familiar que tenía problemas de salud mental. El presente estudio concluye que el (43%) de los adolescentes estuvieron expuestos a situaciones traumáticas en la infancia, el cual generó un alto impacto en su salud mental[25].

2.2.2.2. Influencia social.

Por otro lado, **el aumento observado de tratamientos basados exclusivamente en las "variables biológicas" han eclosionado por diferentes motivos, como son, el fácil acceso a este tipo de tratamientos, la influencia de las redes sociales, la opinión pública y una mayor aceptación social**[26]. En esta misma línea argumental, encontramos un estudio llevado a cabo por Fernández Rodríguez y colaboradores en España en el año 2022, donde se encontró que el (44,4%) de los menores de edad con disforia de género pertenecían o tuvieron contacto con los grupos LGBTI; y el (39,7%) afirmó que las redes sociales tuvieron un papel importante para decidir iniciar los tratamientos trans[27], en consecuencia, debemos reflexionar si las redes sociales se basan en criterios científicos para la difusión de estos tratamientos.

2.2.2.3. Cambios ocasionados por la pubertad.

El comienzo de la pubertad es un periodo marcado por cambios físicos que generan estrés en los púberes tanto para hombres como mujeres, generando inseguridad en su imagen corporal[28]. Siguiendo esta misma línea argumental, un estudio llevado a cabo por McLean en el año 2020, con una muestra poblacional total de 735 adolescentes, de los cuales (n = 367; Mage = 12,8, SD = 0,7) corresponde a los hombres, (n = 368; Mage = 12,7, SD = 0,7) a las mujeres; Reportaron que el (37,9%) de los niños, y el (20,7) de las niñas experimentaron insatisfacción corporal moderada; El (6,8%) de los niños, y el (19,6%) de las niñas experimentaron insatisfacción corporal clínicamente significativa[29]. La escasa aceptación de la imagen corporal, según Marchiano (2017), es una de las razones por las cuales los adolescentes que han adoptado la identidad transgénero, como una nueva forma de expresar la inconformidad con su cuerpo[30].

[25] Craig SL, Austin A, Levenson J, et al. Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child Abuse and Neglect*. 2020; 107:

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

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

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

[29] McLean, Siân A., et al. "Clinically significant body dissatisfaction: Prevalence and association with depressive symptoms in adolescent boys and girls." *European Child & Adolescent Psychiatry* 31.12 (2022): 1921-1932.

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

[31] Colombiana, C. C. (2022). *Sentencia T-218/22*. Retrieved from https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-218-22.htm

[32] Sierra Osorio AM, Tovar, H., Imitola Madero , A. M., Chahin, S., Angulo Mosquera, M. ., Cantini, J., Riatiga Ibañez, D. A., Palacios Bayona, K. L., Bautista Alarcón , K. A. ., & Atuesta Fajardo, J. Y. Consenso sobre disforia de género o incongruencia de género. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes &Amp; Metabolismo*. 2022.

2.2.3. Ruta de afirmación para el tratamiento de la disforia de género (proceso de reasignación de género).

2.2.3.1. Medicamentos

Como se mencionó anteriormente en las definiciones, la ruta afirmativa, además de concebir la afirmación social, también incluye la **reasignación de género.**

Actualmente, en Colombia no existe un protocolo médico para atender los casos de disforia de género, ni *lineamientos para los profesionales de la salud para '(…) prescribir, autorizar y suministrar (…) tratamiento hormonal para la reafirmación de género, los exámenes y tecnologías que comprende*. Es decir, que IPS y entidades territoriales han adoptado por su cuenta guías médicas y protocolos de atención en estos casos, ante la falta de una guía definida por el Ministerio de Salud y Protección Social[31]. El documento principal que se usa a nivel nacional como referencia para llevar a cabo la ruta afirmativa, tiene baja evidencia científica, pues se trata de un consenso tipo Delphi modificado en donde participaron 10 especialistas clínicos (endocrinólogos, endocrinólogos pediatras, cirujanos plásticos estéticos y reconstructivos, urólogos y psiquiatras) y un grupo desarrollador. A partir del análisis de estos especialistas se presentaron las recomendaciones[32]. Es de aclarar que según el Ministerio de Salud las guías y protocolos en salud deben ser basadas en estudios clínicos que demuestren seguridad y eficacia en relación con las intervenciones en salud de la condición médica a tratar.

Por otra parte, el sistema de salud colombiano cuenta con entes de control, regulación y vigilancia estipulados en:

- **Ley 100 de 1993.** (Artículo 230) Sobre la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Ley 1122 de 2007** (Artículo 35 y 14) sobre la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Ley 1751 de 2015** (Artículo 15 y 16) sobre la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Decreto 780 de 2016.** Sobre la **Superintendencia Nacional de Salud** para la vigilancia y control de la prestación de servicios e incluye los procedimientos para la vigilancia de medicamentos y dispositivos médicos regulados por el INVIMA.
- **Decreto 2462 de 2013**. Donde se reglamentan las funciones del **INVIMA** y lo establece como el ente de control sanitario sobre medicamentos, alimentos, dispositivos médicos, entre otros. Define su papel en la vigilancia sanitaria a nivel nacional.

En la información complementaria se expone la tabla de medicamentos propuestos en la ruta afirmativa por el Consenso de Expertos en Colombia.

En las tablas se dejan claras las indicaciones y contraindicaciones de dichos medicamentos que han sido previamente autorizados por el INVIMA y se concluye que todos estos medicamentos han sido indicados y cuentan con registros sanitarios vigentes en Colombia para condiciones médicas distintas de la disforia o incongruencia de género.

La prescripción médica de estos medicamentos fuera de las indicaciones del ente de control sanitario (INVIMA) se le conoce como uso "off-label". La Organización Mundial de la Salud justifica su utilización siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios[33,34]:

2.2.3.2. Evidencia científica disponible.
- Debe existir **evidencia científica suficiente** que respalde el uso del medicamento para la indicación no aprobada. Esta evidencia puede incluir estudios clínicos, ensayos controlados, revisiones sistemáticas o experiencia clínica.
- Los estudios deben demostrar que la utilización off-label es **segura y eficaz** para la condición médica específica que se está tratando.

2.2.3.3. Justificación Clínica.
- El uso del medicamento fuera de la indicación aprobada debe estar **justificado desde el punto de vista clínico**, es decir, que el médico debe considerar que no hay una alternativa terapéutica mejor disponible o que el medicamento podría proporcionar un beneficio significativo para el paciente.
- El paciente debe haber mostrado resistencia o falta de respuesta a tratamientos convencionales, o bien, el uso off-label debe representar una mejor opción terapéutica.

2.2.3.4. Consentimiento informado del paciente.
- El médico debe **informar claramente al paciente** (o a su representante legal) sobre el uso off-label del medicamento, explicando:
  - Que el uso del medicamento no ha sido aprobado para la condición que se pretende tratar.
  - Los **riesgos** potenciales y beneficios esperados.
  - Las alternativas disponibles.
- Se debe obtener el **consentimiento informado** del paciente antes de proceder con el tratamiento.

2.2.3.5. Monitoreo y seguimiento.
- El uso off-label de medicamentos requiere monitoreo estricto para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier efecto adverso o complicación.
- El médico debe estar preparado para ajustar o detener el tratamiento si se presentan eventos adversos o si no se observa el beneficio esperado.

2.2.3.6. Consideraciones regulatorias.
- El uso off-label debe respetar las normativas nacionales o regionales de salud y estar en línea con las políticas locales sobre el uso de medicamentos no aprobados para ciertas indicaciones.
- En algunos países, el uso off-label puede requerir la aprobación de comités éticos o de autoridades regulatorias de salud.

2.2.3.7. Uso en poblaciones especiales.
- Si el uso off-label se realiza en poblaciones vulnerables (niños, personas mayores, embarazadas), se debe tener especial cuidado, ya que estas poblaciones pueden tener mayor riesgo de efectos adversos.
- En este caso, la justificación y el monitoreo deben ser más estrictos.

2.2.3.8. Ética médica.
- El uso de medicamentos off-label debe realizarse de acuerdo con los principios éticos de la medicina, priorizando siempre la seguridad y bienestar del paciente.
- El médico debe considerar si el beneficio supera los riesgos potenciales antes de prescribir un medicamento fuera de su indicación aprobada.

2.2.3.9. Acceso a información actualizada.
- El profesional de la salud debe mantenerse actualizado con la literatura

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

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

médica y las recomendaciones de guías clínicas que apoyen el uso off-label de ciertos medicamentos.

2.2.3.10. Documentación.

- Es fundamental que el médico documente detalladamente en la historia clínica del paciente:
  - La decisión de usar el medicamento off-label.
  - La información proporcionada al paciente.
  - El consentimiento informado.
  - Los resultados del monitoreo del tratamiento.

Los medicamentos usados en la ruta afirmativa no cuentan con la suficiencia de estudios de seguridad, eficacia ni beneficio para la mejoría de la condición de disforia o incongruencia de género y se desconocen sus efectos a largo plazo. Por su parte, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en su artículo 15, deja en claro que el Sistema de Salud Colombiano no podrá destinar a financiar servicios y tecnologías en salud, en los que se advierta que no exista evidencia científica sobre efectividad clínica, seguridad y eficacia.

Ante la falta de evidencia científica sobre sus beneficios, la prohibición del uso de estos tratamientos en menores de edad, actualmente se encuentra vigente en países como Finlandia, Noruega, Rusia, el Reino Unido, Estados norteamericanos entre otros, tras observar sus **resultados perniciosos e irreversibles** y la falta de investigación sobre los mismos.

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

Por otro lado, se encuentran los procedimientos en salud necesarios para la ejecución de la ruta afirmativa, es decir, un camino hacia la transexualidad dentro de los cuales se encuentran las siguientes:

a. Consultas
b. Terapias
c. Procedimientos quirúrgicos
d. Ayudas diagnósticas - laboratorios / paraclínicos

CÓDIGO CUPS	PROCEDIMIENTO EN SALUD RUTA AFIRMATIVA
CONSULTAS	
890208	CONSULTA PRIMERA VEZ PSICOLOGÍA
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL
PARACLINICOS NECESARIOS PARA INICIO DE RUTA AFIRMATIVA	
904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903813	CLORO
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903818	COLESTEROL TOTAL
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)
903868	TRIGLICERIDOS
903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)
904107	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
904503	ESTRADIOL
904602	TESTOSTERONA TOTAL
904601	TESTOSTERONA LIBRE
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
904921	TIROXINA LIBRE
881302	ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL
903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINOTRANSFERASA]
903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINOTRANSFERASA]
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
903833	FOSFATASA ALCALINA
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903856	NITRÓGENO UREICO
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
904108	PROLACTINA *
903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]*
886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL*
908404	CARIOTIPO CON BANDEO G*
904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA*
904501	ANDROSTENEDIONA*
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA*
	* ESTOS LABORATORIOS SE TOMAN SOLO EN CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD DE LOS PACIENTES
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	
853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO
643100	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL SOD
623002	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]
714002	RESECCIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS
706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL
706103	VAGINOPLASTIA ABDOMINOPERINEAL
706104	VAGINOPLASTIA POR LAPATOMIA
706105	VAGINOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA
717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES
717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN NO OBSTÉTRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINÉ (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO NI)
645001	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE MUJER A HOMBRE
645002	TRANSFORMACIÓN DE GENITALES EXTERNOS DE HOMBRE A MUJER
218603	RINOPLASTIA VA TRANSNASAL
218604	RINOPLASTIA VÍA ABIERTA
766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA
868204	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)
868306	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN
868308	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN
868310	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN
868312	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN
302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
302410	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA PERCUTÁNEA
302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ABIERTA
302412	LARINGOPLASTIA CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA
302419	LARINGOPLASTIA DE ELONGACIÓN O APROXIMACIÓN CRICOTIROIDEA VÍA ABIERTA
868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO
868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO
852300	MASTECTOMÍA SUBTOTAL SOD
854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA
854203	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN
683101	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR LAPAROTOMIA
683111	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA
684000	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
684003	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA

684020	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA
655101	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
651002	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
644300	CONSTRUCCIÓN .1DE NOVO) DE PENE SOD
627100	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR SOD
TODOS LOS CODIGOS SE ENCUENTRAN VIGENTES EN LA RESOLUCION 2336 DE 2023 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. TABLA REALIZADA TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES LA REFERENCIA (37, [35])	

Los procedimientos quirúrgicos y prescripción de medicamentos para tratar la disforia o incongruencia de género no cuentan con suficiente evidencia científica para tratar la condición de disforia o incongruencia de género, ya que no hay suficiencia de estudios para afirmar seguridad, eficacia o beneficio para los pacientes, lo que los clasifica como tecnologías emergentes, experimentales o no probadas. En Colombia, estas tecnologías de la ruta afirmativa no cuentan con un proceso formal de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) que incluye aspectos como eficacia, seguridad, costo-efectividad e impacto en la equidad y acceso a la atención. Por lo tanto, estas tecnologías (procedimientos quirúrgicos y prescripción de medicamentos para tratar la DG) no se deben recomendar en guías clínicas oficiales y su uso debe limitarse para estudios de investigación.

Por otro lado, como tecnologías emergentes en menores de edad se requería de ensayos clínicos controlados antes de ser aprobados para su uso en la condición de disforia o incongruencia de género, panorama en donde la prescripción de dichas patologías, deben sujetarse a las normas éticas y regulatorias que exigen la protección del paciente, el consentimiento informado y la consideración de alternativas terapéuticas ya probadas.

El Manual de Legislación Europea sobre los Derechos del Niño, preparado conjuntamente por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) y el Consejo de Europa, junto con la Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, establece en su numeral 10.1.4**. "Ensayos clínicos con los niños"** lo siguiente: *"En virtud del Derecho de la UE, la Directiva 2001/20/CE477 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de* ***ensayos clínicos de medicamentos de uso humano****,* ***incluye a los niños entre las personas vulnerables incapaces de prestar consentimiento legal para un ensayo clínico*** *(considerando 3). Los niños sólo pueden participar en ensayos clínicos cuando la* ***administración del medicamento les proporcione un beneficio directo superior a los riesgos*** *(considerando 3). Los ensayos clínicos deben proporcionar la* ***mayor protección posible a los sujetos*** *que participan en el ensayo (artículo 4)."* (Negrillas fuera del texto original).

Además, al **no existir la evidencia científica de los beneficios directos en su práctica, y al conocerse los significativos riesgos** que generan en la salud de los menores, (de acuerdo con el informe de la UKOM, de la investigación culminada en el libro Time to Think, de las pautas finlandesas determinadas por PALKO, de la Academia Nacional de Medicina Francesa, entre otros) la participación de los menores de edad está dentro de la situación fáctica planteada en el manual de legislación europea.

Asimismo, carece de certeza la protección posible a los sujetos que participan en estos tratamientos, de acuerdo con las investigaciones científicas recientes. Es de resaltar que la UKOM, en el numeral 11 de su informe llamado "nuestras recomendaciones", "(…) recomienda que los bloqueadores de la pubertad y el tratamiento hormonal y quirúrgico de afirmación de género para niños y adolescentes **se definen como tratamiento experimental.** Esto es especialmente importante para los adolescentes con disforia de género" (97, p. 4). Por su parte, el Tribunal de ética médica de Colombia no ha emitido conceptos o referencias específicas relacionados con la ruta afirmativa de género, es decir, ni en cuanto al uso de medicamentos "off-label" ni a la realización de procedimientos quirúrgicos.

No es de obviar que los estudios que se han realizado con las tecnologías en salud referidas previamente han sido, en su mayoría, en los escenarios con la existencia de condiciones médicas específicas diferentes a la Disforia o Incongruencia de Género. Estas tecnologías en salud no se han aplicado en cuerpos biológicamente sanos, como sería el caso del tratamiento de la disforia o incongruencia de género.

Por medio de este proyecto de ley se pretende establecer unos lineamientos adecuados para la atención integral de la disforia de género en menores de edad y se realiza un especial enfoque en su atención psicológica y social.

2.2.5. Los menores de edad son vulnerables y con poca madurez mental para prestar un consentimiento legal para los ensayos clínicos.

Se observa cómo los niños son considerados como **vulnerables e incapaces para prestar un consentimiento legal para los ensayos clínicos**; solo se permite su participación **si la administración proporciona un beneficio directo que supere a los riesgos y cuando estos ensayos proporcionan la mayor protección posible a los sujetos que participan en el mismo.**

En ese sentido, se resalta que los tratamientos prohibidos en el presente proyecto de ley no encajan en las indicaciones del citado manual para permitir su realización en niños. El consentimiento no debe ser permitido para los ensayos clínicos en ellos, por cuanto se considera su protección como un principio superior, y con esta característica se definieron los tratamientos de reasignación de género con bloqueadores de pubertad y terapias hormonales de asignación.

Cabe resaltar que los adolescentes se encuentran en alto grado de vulnerabilidad debido a la inmadurez cerebral, según del modelo de desbalance de desarrollo cerebral (MDC) que fue desarrollado con evidencia con respecto a la neurociencia, en donde se han realizado estudios neuropsicológicos, neurofarmacológicos y de neuroimágenes, han demostrado que las regiones subcorticales relacionadas con las recompensas, como es la amígdala cerebral, el núcleo accumbens, y el sistema socio afectivo-emocional, maduran más temprano que las áreas cerebrales relacionadas con el sistema de control cognitivo. Las áreas de control cognitivo se correlacionan con la corteza cingulado anterior; corteza prefrontal lateral ventral que se encarga de la toma decisiones, y la corteza prefrontal orbitofrontal que es la responsable del control de impulsos, estas maduran tardíamente, en donde culminan su desarrollo alrededor de los 25 a 30 años[36]. Entonces esta inmadurez hace que los adolescentes tomen decisiones impulsivas y arriesgadas, por eso tienen menos asunción de riesgos[37].

2.3. Consecuencias de la ruta afirmativa de género.

Si bien, aunque las consecuencias a largo plazo de la aplicación de la ruta afirmativa de género se desconocen, pues no hay suficientes estudios clínicos, ni estudios longitudinales que exploren los resultados, particularmente en jóvenes que comienzan estos tratamientos[38,39]. Estos tratamientos se relacionan directamente con los riesgos relativos previamente expuestos con el uso de los medicamentos, tales como enfermedad venosa tromboembólica, hipertrigliceridemia, litiasis biliar, aumento de peso, problema cardiovascular, hipertensión, hiperprolactinemia o prolactinoma y diabetes tipo 2 , para el caso de hombres que desean transicionar; y si la transición es con punto de partida de ser mujer, aumenta el riesgo de policitemia, aumento de peso, alopecia androgénica, apnea del sueño, hiperlipidemia, hipertransaminemia, desestabilización de ciertos problemas psiquiátricos, enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes tipo 2, además de aumentar el riesgo de padecer tumores cervicales, ováricos, uterinos y mamarios[40].

Aun así, la ruta afirmativa ha seguido aplicándose en algunos países, sustentada en las recomendaciones de la WPATH. La Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero o WPATH World Professional Association for Transgender Health por sus siglas en inglés, es una entidad privada fundada en 1979 en los EE. UU. y se ha encargado de realizar guías clínicas (Referencia 19) para los profesionales de la salud que trabajan con personas transgénero y de género diverso. Fundamentado en sus conceptos, se han desarrollado las demás recomendaciones a nivel mundial, como es el caso de Colombia con el Consenso de expertos (Referencia 46). Sin embargo, en marzo de 2024, se dio a conocer un informe realizado por la periodista e investigadora Mia Hughes, titulado "WPATH Files" disponible en (https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files), en donde se critica las prácticas relacionadas con la atención médica transgénero, especialmente en menores de edad. Este informe ha generado controversia al exponer documentos internos de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), evidenciando que ciertos tratamientos, como bloqueadores hormonales y cirugías, se realizan sin el respaldo científico adecuado o sin consentimiento pleno. Algunos de los puntos más relevantes del informe son:

a. Hay un efecto directo sobre la fertilidad de los menores de edad, causando infertilidad, pero los menores no entienden a cabalidad, lo que esto significa a largo plazo.

b. En Holanda ya se han reportado casos de arrepentimiento reproductivo.

c. Se están realizando procedimientos quirúrgicos como vaginoplastia en menores de 18 años.

d. Pese a la coexistencia de enfermedades mentales graves, se inician hormonas.

e. Realización de modificaciones corporales sin justificación médica. En estos informes también se deja al descubierto que actualmente muchos de los pacientes intervenidos están optando por elegir cirugías no-binarias, es decir, vaginoplastias (neovagina) con preservación del pene, o faloplastías con preservación de vagina.

f. No están de acuerdo con una ruta de detransición, por miedo a que esto reconozca que la disforia de género es una patología.

g. Las hormonas son procancerígenas, por lo tanto, se ha observado cáncer hepático.

h. En mujeres que han deseado hacer la transición, el flujo de testosterona ha causado enfermedad pélvica inflamatoria.

i. Displacer sexual a consecuencia de: disfunción del piso pélvico, resequedad vaginal, atrofia uterina, dolor con el orgasmo, dolor intenso con la erección del pene. También refieren atrofia de neovagina por dificultad en la dilatación, por

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

[36] Pérez, Yunier Broche. "Imbalance model of brain development: a new theorical point of view in the understanding of risk behavior in adolescence." *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía* 5.S1 (2015): S38-S44

[37] Casey, Bety J., Rebecca M. Jones, and Leah H. Somerville. "Braking and accelerating of the adolescent brain." Journal of research on adolescence 21.1 (2011): 21-33.

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

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

[40] Ovies Carballo G, Alonso Domínguez E, Gómez Alzugaray M, Duarte Cazeres E. Tratamiento hormonal y sus complicaciones en el paciente con disforia de género. Revista Cubana de Endocrinología. 2019;30

ende, pérdida de vida sexual.

2.3.1. Impacto de los tratamientos farmacológicos de la reasignación de género en el desarrollo cerebral de los niños y adolescentes.

El neurodesarrollo parte desde la concepción. El espermatozoide, al fecundar el óvulo, dependiendo del tipo de cromosoma que contenga el espermatozoide Y o X, va a dar lugar a la formación de las gónadas. La presencia del gen SRY dará lugar a la formación de los testículos en el hombre, en la sexta semana del desarrollo embrionario, y la ausencia de este gen lleva a la formación de los ovarios o gónadas femeninas (Referencia 12).

Las gónadas secretan la mayor cantidad de esteroides sexuales, es decir, de los ovarios se producen los estrógenos y la progesterona; y de los testículos la testosterona, los cuales tienen efecto sobre el SNC (sistema nervioso central) mediante un mecanismo organizacional, y el otro de activación. En el transcurso de la vida hay una continua liberación de estos esteroides, pero **hay tres periodos críticos en el desarrollo cerebral en donde hay una alta secreción, el primero se da en el primer trimestre de gestación, el segundo en la etapa peri y posnatal y el tercero en la pubertad**[41].

En el primer trimestre de gestación luego de la formación de los ovarios o testículos, la alta secreción hormonal da como resultado la diferenciación cerebral entre hombre y mujer anatómica y funcionalmente; además los esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y testosterona) optimizan el desarrollo de las diferentes estructuras y circuitos cerebrales; Adicionalmente estos actúan como factores neurotróficos permitiendo la supervivencia neuronal, crecimiento y plasticidad cerebral[42].

En la etapa peri y posnatal favorece la continuidad del desarrollo de estructuras cerebrales dimorfas (diferentes entre hombres y mujeres) y la conectividad neuronal. En la pubertad, que es la tercera etapa de alta secreción, da lugar al desarrollo de los órganos sexuales secundarios; recordemos que desde los testículos y ovarios se produce la mayor cantidad de hormonas sexuales[43].

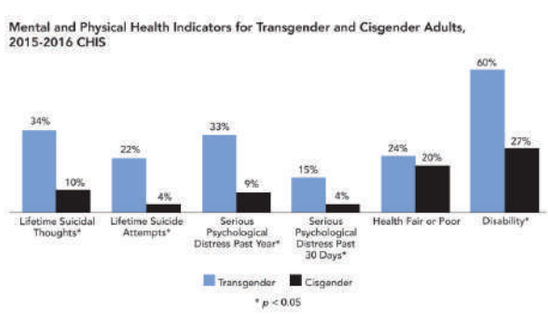
Los bloqueadores hormonales disminuyen la producción y liberación de los estrógenos y la progesterona en la mujer y la testosterona en el hombre. En el cerebro femenino, por ejemplo, los estrógenos son importantes para el mantenimiento y conexión neuronal del hipocampo (área cerebral más grande en la mujer, que está encargada del proceso de memoria) la carencia de este no permite un óptimo desarrollo de esta área cerebral llevando a temprana edad a un deterioro y muerte neuronal, es decir, da como resultado pérdida de memoria, reduciendo de esta forma la capacidad intelectual[44]. Por otra parte, la progesterona funciona como neuroprotector, su carencia ocasiona neurodegeneración[45].

Cabe resaltar que estas hormonas sexuales también producen y liberan diferentes neurotransmisores, tales como: acetilcolina, serotonina y dopamina, neurotransmisores que están inervados en la corteza prefrontal[46]. Al existir una carencia de estrógenos en la mujer (Por alteraciones del ciclo menstrual o ausencia de este) y testosterona en el hombre ocasiona alteraciones en las inervaciones de los neurotransmisores anteriormente mencionados, entonces, la alteración colinérgica produce fallos de memoria e inatención[47]. La alteración serotoninérgica desencadena diversos trastornos neuropsiquiátricos, tales como trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos de estado de ánimo como la depresión y bipolar[48]. La alteración en la producción de dopamina produce serios trastornos en la función frontal y se ha relacionado con graves trastornos psicóticos como la esquizofrenia con mayor prevalencia en hombres que en mujeres; además, su disminución desencadena el trastorno de déficit de atención[49].

2.3.2. No hay evidencia científica que demuestre que estos tratamientos ayudan a disminuir problemas de salud mental en los menores que presentan disforia de género.

Para las comunidades trans es importante iniciar el proceso de transición de género desde la infancia, ya que según refieren "al resolver la DG" los menores de edad estarían más satisfechos y, por ende, se disminuiría la ideación autolítica, sin embargo, algunos estudios cuestionan esta afirmación. Un estudio llevado a cabo por el centro para investigación de políticas de la salud y el instituto Williams en el año 2016 concluyó que la población trans tiene **tres veces más riesgo de autolisis** en comparación con los cisgénero[50]. Fundamentan lo anterior, ya que, al haber sido sometidos a los bloqueadores hormonales **suprimiendo el curso natural hormonal, los cuales son importantes para el mantenimiento de una buena salud mental, están más propensos a desarrollar diversos trastornos mentales**.

La testosterona en el hombre, por ejemplo, permite mantener un estado emocional estable, por ende, la reducción de esta lleva a que se desencadenen trastornos de ansiedad, depresión y bipolaridad[51]. Por otro lado, en el caso de las mujeres, la disminución de estrógenos está asociada a la depresión y pérdida de memoria, entre otros[52].



Fuente: UCLA CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH & THE WILLIAMS INSTITUTE, UCLA SCHOOL OF LAW.

En el año 2015, expertos en suicidio de Estados Unidos informaron que las causas principales de la autolisis son los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) y psicóticos (esquizofrenia) y otros. Además, reportaron que el 90% de las personas que consumaron el suicidio presentaban antecedentes de trastornos mentales[53]. En un estudio reportado por Shamer y colaboradores en el 2016, hallaron que el 41% de los adultos transgénero llevaron a cabo por lo menos un intento de autolítico. Otro dato relevante en este sentido es que esta población se encuentra con mayor prevalencia e incidencia de problemas de salud mental con respecto a la población cisgénero[54].

Otros estudios han contrastado que eventos traumáticos son los factores de riesgo para el suicidio, llevando a una incidencia y prevalencia del 20% en adultos, tasa que llega a aumentar en la población adolescente[55]. En esta población se ha observado una concurrencia entre los abusos sexuales de infancia y problemas de salud mental, así lo corroboró un reciente estudio elaborado por Ilan H. Meyer y colaboradores en el año 2021, en donde hallaron que el 45% de las personas transgénero tenían antecedentes de abuso sexual en la infancia[56].

Los estudios publicados avalados por la comunidad trans y la población LGBTI sobre las tasas de suicidio transgénero, intentan establecer una relación causal entre la discriminación social y dichas tasas de suicidio. Partiendo de esta hipótesis, demandan la aprobación de normativas y leyes que permitan el cambio de género como solución para reducir el riesgo de suicidio (Dando por sentado que su hipótesis es una teoría)[57], sin embargo, no tienen debidamente en cuenta las consecuencias que provocan los tratamientos farmacológicos en el funcionamiento cerebral[58].

Con esto podemos concluir que **no hay evidencia científica suficiente ni de alta calidad que demuestre que la aplicación de la ruta afirmativa ayuda a disminuir los problemas de salud mental en los menores de edad que presentan Disforia de Género.** En cambio, los adolescentes que acuden a centros

[41] Schwarz, J. M., & McCarthy, M. M. (2008). Steroid-induced sexual differentiation of the developing brain: Multiple pathways, one goal. *Journal of Neurochemistry*, *105*(5), 1561–1572. https://doi.org/10.1111/j.1471-4159.2008.05384.x

[42] Gil-Verona, J. A., Macías, J. A., Pastor, juan F., De paz, F., Barbosa, M., Maniega, M. A., Román, J. M., Lopez, A., Alvarez, I., Rami, L., & Boget, T. (2003). Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, *3*(2), 351–361.

[43] Marquant, E., Plotton, I., & Reynaud, R. (2015). Pubertad normal. EMC – Pediatría. 50(1), 1–6. https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)70112-5

[44] Moratalla, N. L., Alcalá, T. E., & Santiago, E. (2011a). Estrógenos Y Desarrollo Del Cerebro Femenino En La Adolescencia: Anticoncepción De Emergencia Estrogens and Feminine Brain Maturation During Adolescence: Emergency Contraceptive Pill. *Cuadernos de Bioética*, *22*(2), 185–200.

[45] Beltrán-Campos, V., Padilla-Gómez, E., Palma, L., Aguilar-Vázquez, A. y Díaz Cintra, S. (2011). Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Universitaria, Revista Digital*, *12*(3), 1–11. http://www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/index.html%3E

[46] Romeo, R. D., McCarthy, J. B., Wang, A., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2005). Sex Differences in Hippocampal Estradiol-Induced N-Methyl-D-Aspartic Acid Binding and Ultrastructural Localization of Estrogen Receptor-Alpha. *Neuroendocrinology*, *81*(6), 391–399. https://doi.org/10.1159/000089557

[47] Romeo, R. D., McCarthy, J. B., Wang, A., Milner, T. A., & McEwen, B. S. (2005). Sex Differences in Hippocampal Estradiol-Induced N-Methyl-D-Aspartic Acid Binding and Ultrastructural Localization of Estrogen Receptor-Alpha. *Neuroendocrinology*, *81*(6), 391–399. https://doi.org/10.1159/000089557

[48] Gómez Beldarrain, M., & Tirapu Ustárroz, J. (2012). Neuropsicología de la corteza prefrontal y funciones ejecutivas: una visión panorámica. *Neuropsicología de La Corteza Prefrontal y Las Funciones Ejecutivas*, 672

[49] Rebollo, M; Montiel, S. (2006). Atención y Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*, *42*(2), 3–7.

[50] Haberkorn Jennifer. Health Policy Brief. *Health Aff.* 2012;(October).

[51] Borráz-León JI, Herrera-Pérez JJ, Cerda-Molina AL, Martínez-Mota LA. Testosterone and mental health: A review. *Psiquiatr Biol.* 2015;22(2):44-49. doi:10.1016/j.psiq.2015.10.005

[52] Vega-Rivera NM, Fernández-Guasti JA, Ramírez-Rodríguez GB, Castro-García M, Estrada Camarena E. Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: Su relación con la depresión. Salud Mental. 2012;35(6):527-533.

[53] Kevin Caruso, "Suicide Causes," Suicide.org, accessed October 16, 2020, http://www.suicide.org/suicide-causes.html.

[54] Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the care of transgender children and adolescents. Adv Pediatrics. 2016;63:79–102

[55] Silke Bachmann, *"Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective,"* International Journal of Environmental Research and Public Health 15, no. 7 (2018): 1425, accessed July 20, 2021.

[56] Ilan H. Meyer, Bianca D.M. Wilson, and Kathryn O'Neill, "*LGBTQ People in the US: Select Findings from the Generations and TransPop Studies*," UCLA School of Law – Williams Institute, June 2021.

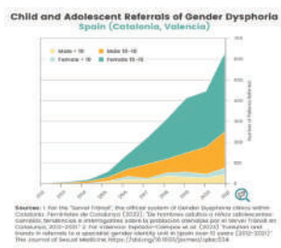
[57] Barrientos Delgado J, Espinoza-Tapia R, Meza Opazo P, et al. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Ter psicológica*. 2019;37(3):181-197. doi:10.4067/s0718-48082019000300181

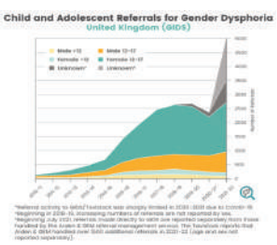
[58] Bauwens J. Do Not Sterilize Children. *Issue Anal.* 2021;(IS20J04).

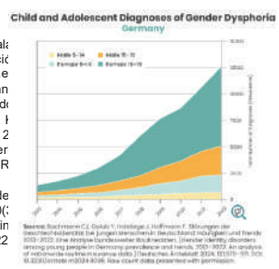
especializados en busca de apoyo o tratamiento relacionado con la disforia de género (DG) tienen una alta probabilidad de presentar otros problemas de salud mental, incluyendo trastornos del neurodesarrollo (Referencia 26). Existe ahora una literatura sustancial que muestra que los adolescentes con disforia de género (DG) experimentan un bienestar mental deficiente en comparación con sus compañeros[59,60], incluyendo pensamientos y comportamientos suicidas[61,62]. Por otro lado, hay evidencia de que la mayoría de los niños prepuberales con DG dejan de experimentar dicha disforia una vez que llegan a la pubertad[63].

2.4. Estadísticas en algunos países

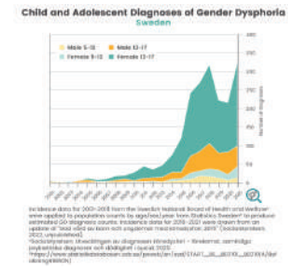
SEGM (Society for Evidence Based Gender Medicine)[64], identificó el crecimiento exponencial en los últimos años en los menores de 18 años que padecen de disforia de género. Estas se traen a colación a continuación:



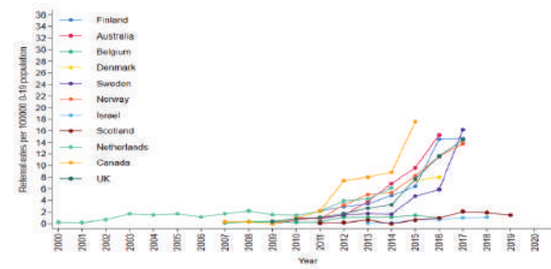




[59] Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Bal
A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atenci
género diverso. Anales de Pediatría. 2022;96(4):349.e
[60] Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, 2nd, John
Transgender Youth: Advances in Understanding. J Ad
[61] Anderssen N, Sivertsen B, Lønning KJ, Malterud
transgender students in Norway. BMC Public Health. 2
[62] di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Cler
Among Sexual Minority Youths: A Systematic R
2018;172(12):1145-52.
[63] García-Vega E, Camero A, Fernández M, Villaverde
persons with gender dysphoria. Psicothema. 2018;30(
[64] Sharp Increase in Incidence of Gender Dysphoria in
for Evidence Based in Gender Medicine). 03/03/2022
Disponible en: https://segm.org/



Adicionalmente, el informe Cass en el Reino Unido ilustró en una gráfica el incremento de menores referidos por disforia de género en diferentes países del mundo en las últimas décadas. Esta se importa a continuación:



Source: Taylor et al: patient characteristics

La gráfica anterior refleja el tamaño de la población hasta los 19 años en cada país que se encuentra incluido, y las cifras que se indican corresponden a la proporción por cada 100.000 habitantes.

3. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

3.1. Síntesis del contexto internacional.

3.1.1. **Argentina**
Se prohibieron los tratamientos de reasignación de género en menores de 18 años a través del artículo 1 del Decreto 62 del 6 de febrero de 2025.

3.1.2. **Brasil**
Se prohibieron los tratamientos de reasignación de género en menores de 18 años a través de los artículos 5 (prohíbe los bloqueadores de la pubertad para la disforia o incongruencia de género), 6 (prohíbe la hormonización cruzada) y 7 (prohíbe las cirugías de afirmación) de la Resolución No. 2.427 del 8 de abril de 2025, publicada el 16 de abril de 2025 del Consejo Federal de Medicina. Los tratamientos en curso a la fecha de la expedición de la norma no se suspendieron.

3.1.3. Chile
Se suspendieron los tratamientos de bloqueadores de la pubertad y hormonización cruzada en niños y adolescentes con disforia o incongruencia de género a través de la Circular No. 07 del 14 de junio de 2024, expedida por el Ministerio de Salud de Chile, cuyo asunto es "RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LA TERAPIA HORMONAL GÉNERO (SIC) AFIRMATIVA EN ADOLESCENTES". Los tratamientos en curso a la fecha de la expedición de la norma no se suspendieron.

3.1.4. Estados Unidos
El Gobierno Federal profirió la orden ejecutiva denominada PROTECTING CHILDREN FROM CHEMICAL AND SURGICAL MUTILATION el 28 de enero de 2025, cuyo objetivo fue la no financiación, patrocinio, promoción, asistencia ni apoyo a la transición de un niño de un sexo a otro, así como la aplicación estricta de todas las leyes que prohíban o limiten esos procedimientos destructivos que alteran la vida.

The Health and Human Services (HHS) publicó el 1 de mayo de 2025 una revisión comprensiva ordenada por la orden ejecutiva del Gobierno en la cual reveló serias preocupaciones en los bloqueadores de la pubertad, la hormonización cruzada y la cirugía de afirmación en niños y adolescentes, y para la disforia e incongruencia de género recomendó la psicoterapia.

La Corte Suprema de Estados Unidos se pronunció en el caso Estados Unidos v. Skrmetti sobre la Prohibition on Medical Procedures Performed on Minors Related to Sexual Identity, Senate Bill 1 (SB1) Del Estado de Tennesse que restringió los tratamientos de transición de género en menores al promulgar y desestimó los cargos de la demanda al no encontrar una discriminación debido a que no excluye a ninguna persona de los tratamientos médicos por su condición de transgénero, sino que elimina un conjunto de diagnósticos (disforia de género, trastorno de identidad de género e incongruencia de género) del rango de afecciones tratables con esos tratamientos.

Varios estados han prohibido los tratamientos a la fecha.

3.1.5. Australia
El Estado de Queensland, el segundo más grande de los seis que conforman el país, prohibió los tratamientos de bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada para la disforia de género a través de los artículos 1, 4 y 5 de la Directiva No. QH-HSD-058 del 28 de enero de 2025, proferida por el director del Departamento del Queensland Health. Los tratamientos en curso a la fecha de la expedición de la norma no se suspendieron. A nivel nacional, el Gobierno comisionó al National Health and Medical Research Council (NHMRC) para que realice la revisión de las guías de tratamiento y de los estándares de cuidado para estos tratamientos en niños y adolescentes.

3.1.6. Nueva Zelanda
El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, mediante la publicación de un informe de evidencia y la declaración de su posición realizada el 21 de noviembre de 2024 sobre la prescripción de los bloqueadores de la pubertad para tratar la disforia o incongruencia de género y describió un enfoque con mayor cautela respecto de su uso con ocasión de la falta de evidencia de buena calidad que soporte la efectividad y la seguridad de estos medicamentos para ese propósito. En caso de que se proporcionen para la cautela, los pacientes y los cuidadores deben ser totalmente informados sobre el estado de la evidencia científica, considerando los beneficios y los riesgos.

3.1.7. Singapur
Las personas deben tener más de 18 años para poder acceder a tratamientos hormonales para la disforia de género.

La Academia de Medicina de Singapur reveló que no existen intervenciones médicas para modificar la identidad de género basadas en la evidencia actualmente, y que el tratamiento afirmativo tiene el riesgo del daño iatrogénico, por lo cual se recomienda la psicoterapia exploratoria como el tratamiento de primera línea.

El Ministerio de Salud de Singapur se pronunció oficialmente el 7 de enero de 2025, frente a una consulta radicada por el Parlamento sobre la prescripción de los bloqueadores de la pubertad para individuos que experimentan la disforia de género en menores de 18 años. La respuesta oficial fue la no recomendación de estos tratamientos por la insuficiencia de la evidencia que soporte su beneficio clínico o sobre su seguridad.

3.1.8. Reino Unido

Se prohibió en Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y Gales la venta y el suministro de los tratamientos de bloqueadores de la pubertad con análogos de la gonadotropina para la disforia o la incongruencia de género en niños y adolescentes menores de 18 años a través de la Orden 1319 del 12 de diciembre de 2024, expedida por el Gobierno con base en las facultades otorgadas por el Medicine Act de 1968. Solo se permite la prescripción en ensayos clínicos aleatorios bajo protocolos estrictos de investigación. Los tratamientos en curso antes de iniciar la prohibición inicial no se suspendieron. La Sala Administrativa del Tribunal Superior de Inglaterra y Gales se pronunció en sentencia advirtiendo que la prohibición establecida es acorde con el ordenamiento jurídico en aplicación del principio de precaución y para evitar la configuración de los riesgos en niños y adolescentes.

3.1.9. Finlandia

Las pautas de atención expedidas en 2020 por la Autoridad de Salud de Finlandia (PALKO / COHERE), se apartaron de los «Estándares de atención 7» de WPATH (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero), y estableció a psicoterapia la como el tratamiento de primera medida para los jóvenes que sufren de disforia de género, en lugar de los bloqueadores de la pubertad y las hormonas cruzadas. Esta autoridad estableció a la reasignación de género en menores como una práctica experimental que solo se puede considerar en aquellos casos con identidad transgénero firmemente establecida, pero con mucha precaución y no se debe iniciar un tratamiento que sea irreversible.

3.1.10. **Suecia**

La Socialstyrelsen o Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW) (autoridad sanitaria de Suecia) actualizó sus guías de atención para los menores de 18 años con disforia o incongruencia de género en 2022 y recomendó que los tratamientos de bloqueadores de la pubertad, las hormonización cruzadas y las mastectomías se realicen solo en protocolos de investigación y en casos excepcionales.

3.1.11. Noruega

La Junta de Investigación de Atención Médica (UKOM) recomendó en su informe de marzo de 2023 que los tratamientos de bloqueadores de la pubertad, hormonización cruzada y cirugías de afirmación se definan como tratamientos experimentales para la disforia de género.

Los directores de medicina de las cuatro regiones de salud establecieron que el uso de estos tratamientos son tratamientos experimentales y deban restringirse a ensayos clínicos.

3.1.12. Dinamarca

No existe una restricción a través de una norma o de un lineamiento. No obstante, la Asociación Médica Danesa Ugeskrift for Læger, mediante el artículo publicado el 3 de julio de 2023 en su revista médica, confirmó el cambio notable en el planteamiento del país al momento de atender a los jóvenes que padecen de disforia de género y advirtió los graves riesgos de la hormonización cruzada.

3.1.13. Francia

No existe una restricción a través de una norma o de un lineamiento. Sin embargo, la Academia Nacional de Medicina de Francia profirió un comunicado de prensa el 25 de febrero de 2022, en el cual advirtió una extremada prudencia en el tratamiento de bloqueo de la pubertad o de las hormonización cruzada en menores de 18 años. Primero se debe otorgar un apoyo psicológico a los niños, adolescentes y a sus padres y se debe prolongar al máximo la fase de ese apoyo. En el caso de un deseo de transición persistente y luego de ese tratamiento psicológico, se adopta de forma cuidadosa la decisión sobre los tratamientos hormonales en un marco de reuniones de consultas multidisciplinarias.

3.1.14. Alemania

La 128ª Asamblea Médica Alemana profirió la Resolución IC-48 en la cual llamó al Gobierno Federal a solo permitir los bloqueadores de la pubertad, la hormonización cruzada y las cirugías de reasignación de género para menores de edad con disforia de género a ensayos clínicos controlados en los que se involucre a un equipo multidisciplinario, a un comité de ética clínico y después de diagnósticos médicos y psiquiátricos.

En marzo de 2025, la Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) publicó la versión final de las guías prácticas para el diagnóstico y el tratamiento de los adolescentes con disforia de género e incongruencia de género, y en ellas se tomó un enfoque cauteloso. Se diferencia entre formas transitorias de "insatisfacción de género" (Gender-Unzufriedenheit,) y la incongruencia de género "estable/persistente" (stabilen/persistierenden) en los jóvenes, y solo en estos últimos se recomiendan las hormonas y cirugía.

3.1.15. Bélgica

No existe una restricción a través de una norma o de un lineamiento. Sin embargo, The Belgian Center for Evidence-Based Medicine (CEBAM) se pronunció y reiteró la Resolución IC-48 de la 128ª Asamblea Médica Alemana que recomendó al Gobierno no permitir los bloqueadores de la pubertad, terapias de reasignación de sexo con hormonas o cirugía de reasignación de género en jóvenes menores de 18 años que sufren de disforia o incongruencia de género; hizo alusión a la Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil y Adolescente (CESPAP), la cual citó la aplicación de los 4 principios de la bioética y la distinción de los tratamientos clínicos rutinarios para la disforia de género con las intervenciones nuevas y experimentales, y estas últimas deben llevarse a cabo solo en ensayos clínicos o en protocolos de investigación con cumplimiento de las normas de investigación para los participantes pediátricos (verbigracia, para asegurar un consentimiento informado adecuado, para cumplir con la norma del daño mínimo, etc.,); y al Informe Cass del Reino Unido.

Luego, The Belgian Journal of Paediatrics publicó un artículo el 25 de febrero de 2025 llamado How to Provide the Best Care for Young People with Gender Dysphoria en cuyo contenido se sustentó y se recomendó una intervención de primera línea de apoyo, cuya base sea una psicoterapia exploratoria realizada por un psicoterapeuta independiente externo a una clínica de género y sin prejuicios.

3.1.16. Italia

No existe una restricción a través de una norma o de un lineamiento. Empero, el Comité Nacional de Bioética de Italia (CNB) respondió a la consulta elevada por el Ministerio de Salud sobre el uso de los bloqueadores de la pubertad para tratar la disforia de género y en su declaración del 22 de noviembre de 2024 sugirió que solo se usen luego de que las intervenciones en la salud mental fallasen y en contextos de ensayos de investigación adecuados.

3.1.17. Rusia

La Cámara Baja del Parlamento Ruso (la DUMA), aprobó la ley que prohíbe la transición de género en el territorio ruso el 14 de julio del 2023. La ley incluye la prohibición de la cirugía de transición y se restringe la hormonación, además, prohíbe la terapia hormonal. La excepción radica en las intervenciones médicas relacionadas con el tratamiento de enfermedades genéticas, anomalías congénitas y endocrinas asociadas con la formación con alteración de los órganos genitales en los niños luego de la decisión realizada por una comisión médica.

3.2. Marco constitucional, legal e internacional.

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

El numeral 2 del artículo 25[65] de la Declaración Universal de Derechos Humanos indica que la **infancia tiene el derecho a cuidados y asistencias especiales**.

El Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959[66] resalta que el niño, ***"por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".*** A su vez, el Principio II[67] de esta última, reseña que el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atenderá será el **interés superior del niño**. El Principio IV[68], a su turno, advierte que los niños tendrán derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá **proporcionarse cuidados especiales y servicios médicos adecuados.**

Por su parte, el artículo 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece en su numeral 1[69] que todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales determina en su numeral 3[70] que se deben adoptar medidas especiales

---

[65] Artículo 25
1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

[66] Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento,

[67] Principio II :
El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atendrá será el interés superior del niño.

[68] Principio IV :
El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

[69] ARTICULO 24
1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.
2. Todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre.
3. Todo niño tiene derecho a adquirir una nacionalidad

[70] ARTICULO 10
Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que

de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna, por razón de filiación o cualquier otra condición.

La Convención Americana de los Derechos Humanos, aprobada en Colombia a través de la Ley 16 de 1972, regula en su artículo 19[71] los derechos del niño al establecer que todos ellos tienen derecho *"a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado."*

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por el Estado colombiano mediante la Ley 12 de 1991, significa en su artículo 1[72] por niño *"todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad."* El numeral 1 de su artículo 2[73] establece que *"los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales."*

1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.
2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.
3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra de riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la Ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.

[71] Artículo 19.Derechos del Niño.
Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

[72] ARTICULO 1
Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

[73] ARTICULO 2
1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

El numeral 2 del artículo 6[74] indica que los Estados Parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Frente a la salud, el artículo 24[75] de la Convención determina que los Estados Parte reconocen el derecho del niño al **disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.** Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

El numeral 1 del artículo 27[76], por su parte, prevé que los Estados Partes reconocen

[74] ARTICULO 6
1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

[75] ARTICULO 24
1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;
e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

[76] ARTICULO 27
1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

el derecho de todo niño a un **nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social,** lo cual también es señalado por UNICEF[77] en su sitio web oficial.

El literal b) del artículo 4 de la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, aprobada en Colombia por la Ley 248 de 1995[78], establece el derecho de las mujeres a la protección de su integridad física, moral y psíquica.

En la Constitución Política de 1991, el artículo 44[79] establece como **derechos fundamentales de los niños, entre otros, la salud y la seguridad social,** y gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. El tercer párrafo de este artículo advierte que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

La Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, regula en su artículo 27[80] el derecho a la salud de los niños y prevé

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

[77] 10 derechos fundamentales de los niños, por Quino | UNICEF

[78] **ARTÍCULO 4o.** Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:
(…)
b) El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;"

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

[80] Artículo 27. Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.
En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

que *"(…) todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. **La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad.**"*

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, determina en el literal f)[81] de su artículo 6 que el Estado debe implementar **medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política.** Similarmente, su artículo 11[82] prevé que los niños gozarán de especial protección por parte del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.

Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.
Parágrafo 1. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones,
conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.
Parágrafo 2. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud. El Gobierno Nacional, por medio de las dependencias correspondientes, deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo.

[81] Artículo 6°.Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:
(…)
f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

[82] Artículo 11.Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.
En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.
Parágrafo 1°. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos sicológicos y siquiátricos que requieran.
Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

3.3. Marco jurisprudencial

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

La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños, y en la Sentencia de Unificación SU-225 de 1998 advirtió que *"[d]el artículo 44 se deriva claramente que, la Constitución, respetuosa del principio democrático,* ***no permite, sin embargo, que la satisfacción de las necesidades básicas de los niños quede, integralmente, sometida a las mayorías políticas eventuales".*** *Según la Corte "[p]or esta razón, la mencionada norma dispone que los* ***derechos allí consagrados son derechos fundamentales, vale decir, verdaderos poderes en cabeza de los menores, que pueden ser gestionados en su defensa por cualquier persona, contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares****". Advirtió además que "[s]e trata entonces de derechos que tienen un* ***contenido esencial de aplicación inmediata que limita la discrecionalidad de los órganos políticos*** *y que cuenta con un mecanismo judicial reforzado para su protección: la acción de tutela"* (Negrillas fuera del texto).[83]

Sobre la protección adicional que tiene el derecho fundamental de la salud de los niños en la Ley Estatutaria de Salud, la Corte sostuvo en la Sentencia C-313 de 2014 que *"El artículo 44 de la Carta, en su inciso último, consagra la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás.* ***Este predominio se justifica, entre otras razones, por la imposibilidad para estos sujetos de participar en el debate democrático, dado que sus derechos políticos requieren para su habilitación de la mayoría de edad****. Esta consideración de los derechos del niño, igualmente encuentra asidero en el principio rector del interés superior del niño, el cual, ha sido reconocido en la Convención de los derechos del niño, cuyo artículo 3, en su párrafo 1, preceptúa que en todas las medidas concernientes a los niños, se debe atender el interés superior de estos (…)"* (Negrillas fuera del texto).[84]

En ese sentido, expuso también el Órgano de Cierre de la Jurisdicción Constitucional que *"****cualquier consideración en lo referente a la atención en salud de los niños y niñas debe verse determinada por la fundamentalidad de su derecho, la prevalencia de este sobre los derechos de los demás*** *y la amplía jurisprudencia de la Corte en la materia encaminada a reconocer la protección reforzada de los menores de edad en lo referente a la satisfacción de sus derechos."*(Negrillas fuera del texto)[85]

En similar sentido, recalcó la Corte mediante la Sentencia de Unificación SU-677 de 2017 que dicho principio supone **aplicar la medida más beneficiosa para salvaguardar al menor de edad** que ve comprometida la garantía de sus derechos fundamentales.[86]

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

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

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

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

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

Bajo esta óptica, a los niños se les debe proteger con ocasión de las circunstancias de fragilidad en las que se encuentran frente a los demás, lo cual le impone al Estado mayores cargas en la defensa de sus derechos en comparación con lo que debe hacer para defender a otros grupos que no están en la misma situación.

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

El presente proyecto de ley busca **materializar la protección de los derechos del niño en nuestro ordenamiento jurídico a través de la prestación del servicio de salud,** en virtud del cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por el Estado colombiano y las disposiciones constitucionales y legales vigentes al **evitar la aplicación de tratamientos médicos que recientemente la ciencia ha advertido no tienen respaldo científico para mejorar la salud de los menores de 18 años, y que, por el contrario, les causan graves efectos en su salud y en su integridad.**

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

a. Este proyecto de ley desarrolla el numeral 2 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Principio II de la Declaración de los Derechos del Niño, por cuanto al tener los niños el **derecho a ser cuidado y tener asistencias especiales,** se evita que estos sean tratados con procedimientos descalificados recientemente por la ciencia por la falta de evidencia científica y por los efectos nocivos e irreversibles que causan en la salud de los niños.

b. El proyecto de ley da cumplimiento al Preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, debido a que ellos, **por su falta de madurez física y mental, necesitan protección y cuidado especiales**, los cuales son otorgados por esta norma evitando la realización de estos procedimientos en su cuerpo y salud que generan efectos irreversibles para toda la vida - como el caso de Keira Bell —, y que, incluso, de acuerdo con las propias pautas de la Autoridad Sanitaria de Finlandia, existe mucha incertidumbre de proporcionar esas intervenciones irreversibles para los menores de 25 años (incluso una edad muy superior a la señalada en esta norma), con ocasión a la falta de madurez neurológica, por lo que necesariamente requieren una edad superior para poder ser conscientes de su decisión en un verdadero consentimiento informado con la suficiente información ni le advirtieron ni la previnieron de las irreversibles consecuencias de por vida tras las intervenciones.

c. También se lleva a cabo lo plasmado en el Principio IV de la Declaración de los Derechos del Niño, por cuanto **permite que los niños crezcan y se desarrollen en buena salud** al prohibir la práctica de procedimientos médicos no adecuados de acuerdo con las investigaciones de la medicina recientemente estudiada por la comunidad internacional, en virtud de la cual, se resaltó la falta de evidencia científica de estos y se advirtieron los efectos secundarios negativos en la aplicación de esas prácticas en los menores de edad - un mayor riesgo trombótico o hipertensión arterial, granos cicatriciales, pérdida de atención, entre varios más.

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

e. Se da aplicación a los artículos 2, 6, 24 y 27 de la Convención de los Derechos del Niño, toda vez que **se garantiza en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño en el territorio colombiano y se le permite al niño el disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud que están avalados por la comunidad científica,** al prohibir los procedimientos de reasignación por su falta de respaldo en la ciencia y por afectar de forma negativa y en muchas ocasiones irreversible su desarrollo y su nivel de salud con los efectos que estos procedimientos generan en los menores de edad y que han sido documentados a lo largo de esta exposición de motivos. Ellos, se reitera, necesitan cuidados médicos probados científicamente para ayudarlos y darles una mejor vida.

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

g. El proyecto de ley desarrolla el artículo 44 de la Constitución Política, en atención a que protege el derecho fundamental de la salud de los niños, les **permite gozar de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales ratificados por Colombia** previamente identificados y, por prevalecer sus derechos sobre los demás, establece una prohibición que no afecta sus derechos ni de otros, y en caso de hacerlo frente a estos últimos, la **justificación es constitucional e internacionalmente válida para proteger su derecho a la salud y al crecimiento de forma sana e íntegra,** evitando la realización de

---

[83] Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.
[84] Sentencia también citada en la T-513 del 11 de diciembre de 2020.
[85] Sentencia T-513 del 11 de diciembre de 2020.
[86] También citada en la Sentencia T-390 del 7 de septiembre de 2020.

estos procedimientos.

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

i. A su turno, **se siguen los parámetros establecidos en las sentencias de unificación,** ya que no se somete a las mayorías políticas eventuales que apoyen la reasignación del género en los menores de edad a través de las cirugías de afirmación del género y de las terapias hormonales de asignación del género por cuanto **el interés superior del niño debe predominar y sus derechos siempre prevalecen sobre los demás**, y la mejor forma de materializar sus derechos, en estos casos, es a través de la prohibición de estos procedimientos por todos los argumentos científicos y jurídicos expuestos en la exposición de motivos del presente proyecto de ley que ya han sido adoptados por países que van a la vanguardia en estas regulaciones.

3.3.2. Desarrollo integral y armónico

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

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

También el armónico, por cuanto **se está privilegiando de forma absoluta y desproporcionada el libre desarrollo de la personalidad, en contravía de los demás aspectos de la formación y crecimiento del menor**, ya que, como se ha expuesto, **afectan el desarrollo del sistema nervioso (y con este la esfera intelectual y cognitiva)**, **alteran el desarrollo del sistema óseo y tienen riesgos cardiovasculares (con este se afecta la esfera física)** y **generan esterilidad y riesgo de imposibilidad de tener una vida sexual plena (con lo que se afecta el (aspecto sexual).**

Así las cosas, no puede considerarse que existe un desarrollo integral y armónico del menor con las intervenciones cuya prohibición se busca en este proyecto de ley y no deben realizarse con el fundamento de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y las capacidades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes, toda vez que se privilegia un aspecto en detrimento de ellos y se impide su desarrollo en las demás esferas.

3.3.3. Imposibilidad de otorgar un consentimiento libre e informado frente a la realización de los tratamientos de reasignación de género.

Se plantea un dilema con respecto al consentimiento que los menores de 18 años y sus tutores legales, pueden emitir para recibir estos tratamientos de reasignación de género, debido a que:

3.3.3.1. No están avalados científicamente los beneficios de los tratamientos frente a los riesgos.
No están avalados científicamente los beneficios que estas prácticas generan en los menores de 18 años que padecen de la disforia, ni está acreditada la manera en que los mismos mejoran su salud.

3.3.3.2. Los tratamientos causan efectos negativos a nivel salud.
Están demostrados por la ciencia los **efectos negativos** que dichos tratamientos causan en la salud de los menores de edad, muchos de los cuales son **irreversibles** y alteran tanto su salud física como mental.

3.3.3.3. Mayor riesgo de suicidio.
El riesgo de suicidio es mayor en los menores que padecen de esta incongruencia (informe de la UKOM) y no se evidencia que esta tasa se reduzca como resultado del tratamiento de afirmación de género, o que el riesgo de suicidio aumente si no se proporciona tratamiento de afirmación de género.

3.3.3.4. Falta de madurez neurológica del menor de edad.
La falta de madurez neurológica antes de los 25 años conlleva que se determine la imposibilidad de consentir dichos tratamientos antes de la mencionada edad (pautas de PALKO).

3.3.3.5. **La ciencia no aprueba el consentimiento informado para menores de edad.**
La ciencia ha desacreditado cualquier intento por definir con claridad los requisitos del consentimiento en los menores de edad, que lleven a concluir que los menores están listos para recibir tratamientos de reafirmación de género.

3.3.3.6. **No hay cumplimiento de los requisitos para el consentimiento informado.**

El consentimiento informado tiene que cumplir con dos **requisitos**, que no se acreditan con estas intervenciones, de acuerdo con lo expuesto y con lo que se concluirá:

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-226 de 2025, expuso lo siguiente sobre el consentimiento informado:

> 310. Sobre este último punto, en términos generales la jurisprudencia constitucional ha indicado que el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características: (i) debe ser libre, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños y, además, (ii) debe ser informado, pues debe fundarse en un conocimiento adecuada y suficiente para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica, por lo que debe proporcionarse al individuo datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento[252].

a. El consentimiento para realizar los tratamientos en menores de edad no es libre.

El consentimiento debe ser **libre**, es decir, debe ser **voluntario y sin que medie ninguna interferencia indebida, coacción o engaño**.

Se evidencia que la información que se brinda es engañosa, al **omitir la mención de lo que sí está demostrado científicamente, como lo es la ausencia de beneficios** en el cuerpo de los menores de 18 años y los **detrimentos en la salud** que causan y que han llevado al cierre de clínicas internacionales y de prohibiciones totales en otros países para proteger el interés superior del niño.

b. El consentimiento no ha otorgado una información oportuna, completa y fidedigna sobre los beneficios y efectos negativos sobre la salud.

El consentimiento debe ser **informado**, en el sentido de que la información provista debe ser **suficiente**. Esta información es **oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa**.

En similar sentido, brilla por su ausencia el requisito de ser **informado**, habida cuenta que **no se está otorgando una información oportuna, completa ni fidedigna sobre los beneficios y efectos negativos sobre la salud**, toda vez que no existe la veracidad de su efectividad, por el contrario, se ha acreditado científicamente la existencia de graves consecuencias en la salud de los niños, niñas y adolescentes que alteran la salud física y mental, y esta información no les ha sido otorgada a los menores ni a sus tutores.

Adicionalmente, los niños, niñas y adolescentes son altamente vulnerables, por ende, en esas circunstancias, las consecuencias de recibir los bloqueadores de pubertad en su fertilidad o en su vida sexual, por ejemplo, podrían ser vistas por ellos como un relativo pequeño precio que pagar para lo que ellos estarían percibiendo como una solución a sus inmediatos y reales condiciones, y **no sopesarían debidamente el peso de los riesgos y beneficios a largo plazo** cuando ellos inicien sus tratamientos con los bloqueadores de pubertad, tal y como en su momento advirtió el Tribunal Superior de Justicia del Reino Unido.

De igual forma, **tampoco se respondería correctamente suministrando al menor de 18 años más información detallada**, debido a que, a pesar de recibirla, **no será capaz de sopesar las implicaciones de por vida que llevan con suficiente madurez**, pues no hay una edad definida para que ellos puedan comprender en todas sus dimensiones lo que la **pérdida de fertilidad y la función sexual** en sus cuerpos podrían representar cuando sobrepasen la mayoría de edad.

A modo de ejemplo, en la sentencia de Bell vs Tavistock, en unos apartes es resaltado cómo en los testimonios muchos de los menores de 18 años que fueron tratados con los bloqueadores de pubertad jamás pensaron realmente acerca de la fertilidad al momento de ser intervenidos, por ende, es difícil para los adolescentes contemplar cómo la vida será cuando ellos sean adultos por cuanto no están siempre considerando los efectos permanentes de las acciones que se realizan sobre sus cuerpos.

3.4. Vulneración de los derechos de la infancia y la adolescencia al utilizar tratamientos de reasignación de género.

3.4.1. Disposiciones vulneradas con la realización de tratamientos de reasignación de género.

A continuación, se identifican las normas superiores que se desconocen al realizar tratamientos de reasignación de género sobre niños, niñas y adolescentes:

Disposiciones vulneradas	Forma en que se vulneran
Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño	Se están desatendiendo los **cuidados especiales y las medidas de protección especial** que los menores de edad requieren por su **falta de madurez física y mental,** al permitirles realizarse esas prácticas sin tener en cuenta que científica y jurídicamente **carecen del criterio para comprender las consecuencias** que generarán en sus cuerpos y que no podrán retrotraer una vez sean adultos. Además, no es la misma interpretación que tienen de las consecuencias, siendo menores de 18 años a cuando llegan a la edad adulta.
Numeral 1 del artículo 2 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado no está respetando los derechos de la Convención ni asegurando su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, porque no está atendiendo el **cuidado especial** que los menores de 18 años requieren para su desarrollo óptimo lejos de circunstancias que científicamente está comprobada la afectación negativa a su salud con efectos irreversibles.
Numeral 2 del artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado **no está garantizando en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo** del niño al permitir realizar esas prácticas que no generan beneficios, afectan su salud física y mental durante su crecimiento y cuyos efectos negativos perduran por toda la vida y no pueden revertirse, y en varios casos, pueden generar tendencia al suicidio, como fue demostrado en Noruega, Suecia y Dinamarca.
Numeral 2 del artículo 13 de la Convención de los Derechos del Niño	Se está vulnerando este artículo que establece la **libertad de expresión** del niño, pero advierte de un límite en el literal b) de su numeral segundo, el cual es la **protección de la salud,** por ende, por disposición expresa de la Convención, debe prevalecer esta última y se vulnera al permitirles a los niños, niñas y adolescentes recibir tratamientos de la reasignación de género porque se causa detrimento a su salud física y mental so pena de permitirles expresarse sobre la aceptación de estos tratamientos.
Numerales 1 y 3 del artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado desconoce su numeral primero al obviar que la realización de estas prácticas de reasignación de género en los niños, niñas y adolescentes va **en detrimento del disfrute del más alto nivel posible de salud** que ellos pueden tener con ocasión de las consecuencias descritas por la evidencia científica y porque no cumplen con la finalidad de rehabilitar su salud ni de tratar las enfermedades que padezcan. Téngase en cuenta que las consecuencias pueden generarles, entre otros efectos, esterilidad, falta del desarrollo sexual, y, por lo tanto, no tendrían el más alto nivel posible de salud y una vez lleguen a la edad adulta pueden arrepentirse por carecer de las condiciones máximas de salud que su cuerpo y mente pudieron tener. Además, por el numeral tercero de este artículo es obligación del Estado a abolir las prácticas que sean perjudiciales para la salud de los niños, y se desconocería al permitirlas so pena de cumplir con un eventual consentimiento que científicamente está descartado.
Artículo 27 de la Convención de los Derechos del Niño	El Estado vulnera este artículo por **no reconocer el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social,** en atención a que las prácticas de reasignación de género a través de los procedimientos indicados en el proyecto de ley **alterar gravemente su crecimiento y madurez, física y mental,** su desarrollo adecuado conforme al sexo de nacimiento, el término de su afectación es de por vida, no generan beneficios para su salud ni crecimiento y los efectos no pueden reversarse para cuando tengan mayor comprensión según la propia ciencia (25 años, edad en la que culmina el desarrollo neuronal, según las pautas de PALKO) o sean adultos. Con ocasión de lo anterior, estas prácticas desconocen expresamente lo sostenido por la Corte Constitucional en la Sentencia C-507 de 2004 al determinar sobre las medidas de protección en los menores de edad que *"La propia Carta establece la finalidad que con ellas se debe buscar, a saber, garantizar a los niños (i) su desarrollo armónico e integral y (ii) el ejercicio pleno de sus derechos."* ***El desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona*** *(intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural).* ***El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos****."* (Negrita y subraya fuera del texto). Estas prácticas impiden un nivel de vida adecuado y afectan el desarrollo integral, toda vez que varias áreas, como la intelectual, la física (que incluiría la deportiva), la cognitiva y la emocional son alteradas con ocasión de las alteraciones en la anatomía que terminan disminuyendo y modificando de forma negativa estos procesos, so pena de garantizar el libre desarrollo de la personalidad de forma absoluta, con lo cual, tampoco sería un desarrollo armónico por privilegiarse uno en detrimento de los otros.
Artículo 1 de la Constitución Política	**Se vulnera el respeto a la dignidad humana,** habida cuenta de que esta es entendida: i) como **ciertas condiciones materiales concretas de existencia**, las cuales no se respetan por el Estado al realizar prácticas invasivas en los cuerpos de los menores de 18 años que modifican sus estados y alteran esas condiciones mínimas de existencia, por los efectos que estos tratamientos conllevan, como la afectación en el crecimiento óseo, la esterilidad, la alteración en el intelecto, el aumento del deseo de suicidio, el deber de continuar con el mismo tratamiento por toda la vida con las consecuencias que esto lleva, y que no pueden retrotraerse y quedarán con esas alteraciones por toda la vida; ii) la dignidad humana como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, de la **integridad física y moral**, por cuanto esta integridad física y moral de los menores de 18 años es alterada con las prácticas invasivas en la forma descrita anteriormente y que esta última no puede ser retrotraída a su estado anterior.
Inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Política	Es desconocido al permitir estas prácticas por cuanto las autoridades están instituidas para **proteger a todas las personas en su vida y demás derechos y libertades,** y consentir sobre la realización de estos tratamientos en menores de 18 años, que son sujetos de especial protección, es una omisión a este artículo.
Artículo 11 de la Constitución Política	Es vulnerado, por cuanto **el derecho a la vida no se reduce a la mera existencia biológica**, sino que expresa una relación necesaria con la posibilidad que les asiste a todas las personas de d**esarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano** (T-926 de 1999)**.** Estas facultades son reducidas al permitir las prácticas invasivas en el cuerpo de los menores de 18 años que ocasionan efectos de gravedad en sus cuerpos y que impiden que se desarrollen con todas las facultades, pues tendrán una reducción ósea, esterilidad, intenciones de suicidio, posibilidad alta de desarrollar tumores, insatisfacción psicológica pronunciada, autolesiones, mutilación de parte de su cuerpo, entre otras. Estas impiden la expresión autónoma y completa de las características de cada menor de 18 años en los campos de la experiencia humana.
Inciso tercero del artículo 13 de la Constitución Política	El Estado lo vulnera porque, so pretexto de aceptar la voluntad de los niños, niñas y adolescentes de 18 años, **no está protegiendo a aquellos que por su condición física, mental o económica se encuentran en circunstancia de debilidad**, y en este caso, la propia ciencia ha establecido que no debe permitirse el consentimiento en los menores de 18 años para esas prácticas (informe de la UKOM) por su circunstancia de debilidad y de falta de comprensión relacionada con su edad que impide determinar los requisitos de este último para ser tomado por los menores, y además, en ellos debe adoptarse el requisito de prudencia.
Artículo 16 de la Constitución Política	Es quebrantado por el propio Estado porque **los límites del derecho al libre desarrollo de la personalidad se encuentran en los que impone el orden jurídico,** que, para el caso de los menores de 18 años, está soportado en todas las otras normas, y más, cuando se trata de estos últimos. De igual forma, se desconocen los **derechos sexuales** que hacen parte del libre desarrollo de la personalidad (C-131 de 2014), toda vez que las intervenciones invasivas del proyecto de ley tienen un alto riesgo de afectar la función sexual de los niños, niñas y adolescentes que son tratados con estas prácticas y no podrán disfrutar plenamente de estos derechos.
Artículo 42 de la Constitución Política	Es desconocido por el Estado porque estas intervenciones afectan los **derechos reproductivos** de los niños, niñas y adolescentes, los cuales van articulados a la progenitura responsable, y se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren tener hijos o no y cuándo tenerlos (C-131 de 2014). Al ocasionar la esterilidad en los menores de edad, estas prácticas afectan totalmente sus derechos reproductivos por la falta de fertilidad y les impedirán ejercer este derecho a futuro en una edad adulta. La esterilidad en los menores de edad fue estudiada ya por la Corte Constitucional. También afecta el **derecho a formar una familia**, el cual es también una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y de los derechos reproductivos, ya que al afectar la fertilidad en los menores de edad, les impide definitivamente materializar la elección libre entre las distintas opciones y proyectos de vida que, según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, puedan construir durante su existencia (C-131 de 2014) por no poder tener descendencia biológica.
Artículo 44 de la Constitución Política	Se vulnera porque **el derecho a la salud y la integridad física son fundamentales en los niños,** al igual que los

	reconocidos por los demás tratados internacionales ratificados por Colombia, entre los que se encuentran los identificados en este cuadro. De continuar permitiéndose la realización de estas prácticas en los niños, el Estado omitirá su deber de protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, puesto que estos tratamientos vulneran precisamente su desarrollo integral y armónico, conforme a lo expuesto, y afecta el ejercicio de sus derechos de la manera como se ha expuesto en los demás artículos. Esta obligación de asistencia no es solo del Estado, sino de la familia y de la sociedad, y cualquier persona puede exigir a las autoridades su cumplimiento y el castigo a los infractores.
Artículo 45 de la Constitución Política	Se vulnera con estas prácticas toda vez que se **desconoce el derecho que tienen los adolescentes de ser protegidos y formados integralmente,** y estos tratamientos atentan contra su propia salud física y mental, contra su desarrollo integral y contra su propia integridad, algunos retrasan su desarrollo, otros causan efectos irreversibles en su salud de forma permanente y la edad en la que se recomienda se realicen es después de los 25 años.
Artículo 49 de la Constitución Política	Se atenta contra el primer y quinto párrafo de este artículo, en consideración a que estas prácticas **no promueven, protegen ni recuperan la salud de los niños, niñas y adolescentes** que las realizan, por el contrario, pueden **causar detrimentos y perjuicios irremediables y de por vida,** y no está acreditada la recuperación de los niños, niñas y adolescentes que se someten a estos tratamientos. Además, es deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud, lo cual se desconoce al permitirles a ellos, quienes requieren especial cuidado por la falta de desarrollo que tienen, a decidir la práctica de tratamientos que no benefician su salud, pero que la perjudican gravemente, y que pueden generar consecuencias como la tendencia al suicidio, a la autolesión, y otras consecuencias de orden físico y mental.

3.5. Forma en la que el proyecto de ley desarrolla y protege los derechos de los niños.

3.5.1. Los tratamientos de reasignación de género o de sexo pueden generar infertilidad y por ende se debe brindar protección de los derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia de los niños, niñas y adolescentes.

La decisión de constitucionalidad C-131 de 2014 advirtió sobre la **afectación de los derechos sexuales, reproductivos y de conformar una familia** con la esterilización definitiva de los menores de 18 años, puntualmente en los considerandos 5.2.2., 5.2.3., 5.2.4. y 5.2.6[87].

La práctica de intervenciones invasivas que generen esterilidad definitiva en los menores de 18 años contraría la Constitución Política y las sentencias de constitucionalidad, y, adicionalmente, deben ser prohibidas porque, estos derechos son una manifestación del libre desarrollo de la personalidad principalmente, pero también se encuentran implícitos en otros derechos, tales como la vida digna, a la igualdad, a la información, a la salud y a la educación, y son alterados de forma grave con esas intervenciones.

[87] [1] 5.2.2. El derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que se desea tener, es a su vez una de las expresiones de los denominados derechos sexuales y reproductivos en los que se encuentran implícitos otros derechos de rango fundamental como el derecho a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad, a la igualdad, a la información, a la salud y a la educación.

5.2.3. De un lado, los derechos reproductivos protegen la autodeterminación reproductiva asociada con la progenitura responsable consagrada en el artículo 42 Superior, y que se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren o no tener hijos y en qué momento. Este derecho supone la prohibición de cualquier interferencia externa en la toma de este tipo de decisiones personales, por lo cual se considera vulnerado cuando la persona es sometida a cualquier tipo de violencia física, psicológica o a actos de discriminación, como embarazos, esterilizaciones o abortos forzados. Los derechos reproductivos también amparan el derecho de las personas a acceder a servicios de salud reproductivos lo cual incluye tratamientos médicos para enfermedades del aparato reproductor, embarazos libres de riesgos y acceso a información y métodos de anticoncepción[31].

5.2.4. Por otra parte, los derechos sexuales reconocen la libertad sexual o bien el derecho que le asiste a cada persona para decidir si quiere o no tener relaciones sexuales y con quién, sin que exista violencia, coacción o interferencias arbitrarias de terceros. Asimismo, protegen el acceso a servicios de salud sexual[32]. Al respecto, la Corte ha destacado que "la protección constitucional de la persona en su plenitud, bajo la forma del derecho a la personalidad y a su libre desarrollo (C.P., arts. 14 y 16), comprende en su núcleo esencial el proceso de autónoma asunción y decisión sobre la propia sexualidad. Carecería de sentido que la autodeterminación sexual quedara por fuera de los linderos de los derechos al reconocimiento de la personalidad y a su libre desarro-llo, si la identidad y la conducta sexuales, ocupan en el desarrollo del ser y en el despliegue de su libertad y autonomía, un lugar tan destacado y decisivo"[33]. (…)

5.2.6. Por su parte, el derecho a fundar una familia también es una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y de los derechos reproductivos. Por este motivo, la jurisprudencia no ha dudado en considerar el derecho a conformar una familia como fundamental. Así, ha señalado, con respecto a la familia que esta es "una manifestación del libre desarrollo de la personalidad y, en concreto, de la libre expresión de afectos y emociones", ya que "su origen se encuentra en el derecho de la persona de elegir libremente entre las distintas opciones y proyectos de vida, que según sus propios anhelos, valores, expectativas y esperanzas, puedan construir y desarrollar durante su existencia"[35].

En ese sentido, se advierte que los derechos reproductivos deben ser protegidos en Colombia en los niños, niñas y adolescentes, con ocasión de su interés superior y de la falta de madurez para consentir en decisiones que afecten totalmente su capacidad de reproducirse con infertilidad.

Por otro lado, también la afectación de los derechos sexuales con estas prácticas debe impedirse. Michael Biggs[88], sociólogo de la Universidad de Oxford, advirtió que *"Las consecuencias para la función sexual son severas, porque se pone en riesgo la sexualidad y la fertilidad de las personas que toman esos medicamentos."*

3.5.2. Protección de los derechos y bienes jurídicos de los menores de edad, sin detrimento de su libre desarrollo de la personalidad ni de la evolución de sus facultades y ponderación de los otros derechos.

Estos planteamientos deben forzosamente **inclinarse en favor del interés general del menor de 18 años**, de la **prevalencia de sus derechos sobre los demás y de su vida, salud e integridad física y emocional y desarrollo sano** sobre el eventual derecho a emitir un consentimiento para estos procedimientos.

Los pronunciamientos jurisprudenciales han avalado estos tratamientos en menores de edad con base en lo señalado por el artículo 16 de la Constitución Política que establece el derecho al libre desarrollo de la personalidad y por el artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño que reconoce la evolución de las facultades del niño y señalan que se apartan del concepto de incapacidad de naturaleza civil para estimar estas capacidades evolutivas y proteger su autonomía, por lo que, uno de los escenarios fundamentales en los que **se ha desligado la autonomía de los niños, niñas y adolescentes de las reglas generales de incapacidad es en el ámbito médico**.

Sin embargo, esta última postura es demasiado debatible y debe replantearse para los tratamientos de reasignación de género mediante los bloqueadores de pubertad, cirugías de afirmación y terapias hormonales de asignación de género en los niños, niñas y adolescentes, toda vez que la propia ciencia médica ha establecido recientemente la falta de beneficios clínicamente significativos y los efectos adversos de estos tratamientos en la vida, en la dignidad humana, en la integridad personal, en la salud física y mental y en el desarrollo de ellos, de los derechos sexuales y reproductivos y a formar una familia, al tiempo que ha aseverado la falta de certeza de los beneficios para realizarlos.

[88] Salvador Martínez Mas, Berlín. Michael Biggs: "Los bloqueadores de pubertad dañan a menudo a los homosexuales". Telecinco. 10 de abril de 2023. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: Michael Biggs: "Los bloqueadores de pubertad dañan a menudo a los homosexuales" (telecinco.es).

Se menciona lo anterior porque en estos casos la decisión de realizar el tratamiento no solo recae sobre el género o la identidad del menor de edad (y no puede compararse con otras decisiones como el cambio de la información registrada en un documento de identidad), sino que genera **consecuencias irreversibles** en su vida, en su desarrollo, en su salud mental y física y que no existe certeza de que puedan ser retrotraídas, y en algunas existe la certeza de que no pueden serlo.

En ese sentido, los pronunciamientos de la Corte Constitucional no están teniendo en cuenta los **riesgos de una transición inapropiada** de género y las dificultades que los niños, niñas y adolescentes puedan experimentar en su pubertad al querer regresar a su género original si decide cambiar de opinión, lo cual ya fue alertado por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NSH).

Se han demostrado las dificultades que existen para los niños, niñas y adolescentes **comprender y sopesar la información de lo que realmente implican este tipo de tratamientos**, en la medida en que, un niño puede comprender el concepto de la pérdida de fertilidad, pero no es lo mismo el comprender cómo ésta afectará su vida adulta. La actitud de un menor de 18 años sobre el hecho de tener hijos biológicos y la comprensión de lo que realmente significa es muy probable que cambie en el período de la infancia o adolescencia al de la adultez. Para muchos niños, no será posible conceptualizar lo que implicaría concebir hijos a través de su propio esperma o dar a luz en su etapa adulta. Lo mismo ocurre con el **desarrollo** y la vida sexual, y las implicaciones que podrían tener en la vida adulta, pues será imposible para ellos comprender esos efectos.

En el caso de los tratamientos de reasignación de género, ante los graves efectos comprobados científicamente, se debe proteger los derechos y bienes jurídicos de los niños, niñas y adolescentes sin detrimento de su libre desarrollo de la personalidad ni de la evolución de sus facultades, tal y como de manera idéntica se protege al menor de 14 años de los maltratos sexuales, en los cuales **no se evalúa si el menor otorgó o no su consentimiento como si fuera adulto, porque el ordenamiento no permite que este ni siquiera sea otorgado, en pro de su protección**.

En la T-512 de 2016, la Corte advirtió: *"Cuando la agresión se da entre adultos existe una diferencia considerable, ante la capacidad que tiene la persona mayor de manifestar su rechazo o aceptación,* ***mientras que cuando se trata de niños no existe la misma posibilidad, dado que la norma dispone que el menor de edad no puede ofrecer su consentimiento****."* (Negrilla fuera del texto).

En la C-674 de 2005, el mismo órgano de cierre de la jurisdicción constitucional indicó: *"Ocasiona esta materia relevante destacar que el maltrato sexual tiene distinta connotación según se trate de conductas entre adultos, o eventos en los que haya participación de menores, en la medida en que,* ***entre adultos, la afectación del bien jurídico se produce, fundamentalmente, por la ausencia de consentimiento, al paso que, tratándose de menores, el ordenamiento se***

orienta a la proscripción general de toda conducta de índole sexual por incapacidad de consentir" (Negrilla fuera del texto).

En vista de lo anterior, los eventuales conflictos deben definirse en el sentido de establecer de forma definitiva la falta de consentimiento de los niños, niñas y adolescentes para decidir la práctica de estos tratamientos, según la ciencia y por los efectos que causan en su salud, como se prohíbe en los maltratos sexuales, y, en gracia de discusión, en caso de considerarse que sí pueden tener consentimiento, de igual manera una interpretación sistemática conlleva a concluir que **no debe prevalecer sobre los demás artículos de la Constitución Política y del Bloque de Constitucionalidad que son desconocidos gravemente con la permisión de la realización de estos tratamientos en los niños, niñas y adolescentes.**

La propia Corte Constitucional, en la Sentencia C-246 de 2017, al estudiar la **prohibición de procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos** para menores de 18 años y el consentimiento informado que ellos pueden otorgar, expuso lo que a continuación se cita: *"Esta Corporación ha sostenido que las* ***medidas de carácter paternalista*** *"pueden justificarse a la luz del orden constitucional, siempre que: (i) procuren el* ***bienestar y protección de las personas,*** *en relación con derechos que la misma Constitución haya privilegiado como objeto de garantía reforzada; y (ii) sean medidas* ***proporcionales en sentido estricto****, esto es, a) que busquen el cumplimiento de una finalidad afincada en los principios constitucionales, b) que el grado de restricción del derecho de autonomía, sea acorde a la importancia del principio constitucional que se pretende garantizar, c) que la medida resulte* ***necesaria*** *porque no existe otra para lograr la misma finalidad, y d) que su implantación no implique el sacrificio de principios o valores más importantes que aquellos que se pretenden proteger. Esta Corporación ha denominado a la metodología de análisis anterior, `****test de proporcionalidad****´"* (Negrilla fuera del texto).

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

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

b. Son medidas **proporcionales en sentido estricto**, habida cuenta que: 1. Buscan una **finalidad afincada en los principios constitucionales e internacionales**, la cual es la defensa del interés superior del niño desde una interpretación sistemática y no individualista de una disposición que termina desconociendo a los demás derechos; 2. El **grado de restricción a la autonomía es acorde con la importancia de los principios** constitucionales que se pretenden garantizar, en este caso, a la vida, a la dignidad humana, al desarrollo, a la salud física y mental, y a la integridad de los menores de 18 años, conforme a lo que se expuso en el cuadro mencionado y a la evidencia científicas;

c. **La medida es necesaria**, por cuanto no existe otra para la protección de los demás principios constitucionales y la protección del interés superior del niño, ya que cualquier medida que permita la realización de las prácticas invasivas en sus cuerpos siendo los niños, niñas y adolescentes, puede conllevar la afectación de los demás derechos consagrados en la carta que tienen un resorte importante y deben prevalecer para el presente caso;

d. Su implantación **no implica el sacrificio de principios o valores más relevantes que aquellos que se pretenden defender**, por el contrario, son más los principios y valores que se protegen y más importantes que aquellos que eventualmente, se limitan con esta restricción, y adicionalmente, la permisión de estas prácticas puede conllevar la alteración de todos los demás derechos tales como la dignidad humana, la vida, la salud física y mental, la integridad, el desarrollo, los derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia, entre otros.

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

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

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

a. **La importancia y la urgencia del tratamiento para sus intereses es desacreditada**. La evidencia científica demostró que estas prácticas en nada mejoran la condición de salud del menor de 18 años que es intervenido, tal y como se ha expuesto en este proyecto de ley. Si los niños, niñas y adolescentes deciden realizarse una de esas intervenciones, puede que tenga una disforia o una discordancia de género que no ha sido detectada, la cual, a su vez, puede ir acompañada de otros problemas de salud mental que fueron identificados en este proyecto de ley.

b. **Los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura pueden ser catastróficos**, habida cuenta que las consecuencias de estos tratamientos generan alteraciones altamente negativas en la vida, en la dignidad humana, en la salud física y mental, en la integridad, en el desarrollo, en los derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia de los niños, niñas y adolescentes, que ya han sido descritas, tales como la debilidad y la lentitud en el desarrollo óseo, las autolesiones, la posibilidad de sufrir cáncer u otros tumores, la esterilidad, la elevada probabilidad de no tener orgasmos, los problemas en el desarrollo de sus capacidades intelectuales, problema cardiovascular, hipertensión, la tendencia al suicidio.

c. **La edad no debe ser inferior a los 18 años**, toda vez que la evidencia científica demuestra que el desarrollo neuronal va hasta los 25 años y que estos tratamientos afectan también la capacidad cognitiva e intelectual del menor, así como este desarrollo del sistema neuronal, por ende, incluso la ciencia sugiere que en caso de practicarse sea hasta esa última edad.

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

Esta habilidad, para el caso presente, no se acredita, toda vez que los niños, niñas y adolescentes carecen de ella, primero por lo expuesto en el presente proyecto de ley, no hay forma de establecer los criterios para evaluar el consentimiento de ellos para estas prácticas ni que determinen los riesgos (de acuerdo con lo establecido por la UKOM en 2023), y, además, todavía hay muchos riesgos en estos procedimientos que fueron clasificados como experimentales y que, de hecho, la evidencia científica todavía no ha establecido (al margen de los ya definidos), ya que se adelantan todavía investigaciones para dilucidar los demás peligros que pueden generar en los menores de 18 años, por lo que **ellos no pueden evaluar los potenciales riesgos que a la fecha no han sido definidos.**

A modo de ejemplo, en el Reino Unido se estableció la *"Gillick Competence"*[89], la cual es usada para evaluar si un niño tiene la madurez de su propia decisión y para comprender las implicaciones de esas decisiones. Esta no es válida si el joven está siendo **presionado o influenciado** por alguien más, y se advierte que el consentimiento de ellos puede ser **afectado por diversos factores**, tales como el **estrés, las condiciones de salud mental y la complejidad de la decisión que están tomando**[90].

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

En otro pronunciamiento de constitucionalidad, la Sentencia C-131 de 2014, la Corte Constitucional declaró exequible la **prohibición de la anticoncepción quirúrgica en menores de 18 años**. En esa ocasión, se afirmó que *"la institución de la capacidad jurídica busca permitir el desarrollo de las personas en el marco de las relaciones que surgen de la sociedad. Es también un instrumento de protección de sujetos que, por varias razones, como la edad, no están en condición de asumir determinadas obligaciones."*

En ese sentido, la sentencia indicó sobre la limitación al libre desarrollo de la personalidad en los niños, niñas y adolescentes lo que a continuación se cita: *"2)* ***En términos generales, la regla es la de presumir la incapacidad del menor de edad****. La ley civil reconoce la diferencia entre niños, impúberes y menores adultos estableciendo que las dos primeras categorías carecen de capacidad legal. De otra parte, reconoce* ***capacidad relativa a los menores adultos.*** *3) La capacidad se encuentra estrechamente relacionada con el ejercicio pleno del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Aunque cada caso debe ser evaluado individualmente, los extremos de la ecuación son los siguientes (i)* ***A menor edad y mayor implicación de la decisión en relación con el goce efectivo de los derechos fundamentales, se presume la incapacidad total o relativa del menor, por lo cual mayor será la intensidad de las medidas de protección restrictivas de sus libertades****. Por ejemplo, en temas relativos a la salud del niño que impliquen un riesgo para su vida o integridad, se hace más riguroso el examen de la capacidad del menor para decidir sobre tratamientos o intervenciones médicas****, ampliando el alcance de la representación de sus padres o representantes legales. (ii) Por el contrario, cuando se trata de menores adultos o púberes, se hace necesario armonizar el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su libertad de autodeterminación. (...)*

"5) Ni la Constitución Política ni la jurisprudencia son completamente neutrales a la hora de evaluar las restricciones al libre desarrollo de la personalidad y la

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

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

*autonomía. **Se reconocen ciertos valores superiores que deben primar en nuestra sociedad. Se constata una tendencia a proteger la decisión que mejor preserve la integridad de las condiciones físicas necesarias para que la persona que aún no cuenta con la autonomía suficiente para tomar decisiones sobre su propia vida y salud, pueda decidir cómo va a ejercer dicha libertad en el futuro**. Es lo que la jurisprudencia ha denominado como protección mediante la figura del **consentimiento orientado hacia el futuro.**"* (Negrilla fuera del texto).

Bajo esta óptica, se advierte que, en la ecuación prevista por la jurisprudencia constitucional, **se presume la incapacidad total o relativa del menor a mayor implicación de la decisión con el goce efectivo de sus derechos fundamentales**, por lo cual mayor será la intensidad de las medidas de protección restrictivas de sus libertades, como ocurre con los efectos que los tratamientos expuestos en este proyecto de ley generan en los niños, niñas y adolescentes, motivo por el cual, se debe **presumir su incapacidad absoluta para consentir su práctica**.

Como lo sostuvo la Corte Constitucional en este último pronunciamiento, ***"no se puede asegurar que una persona de 18 años sea plenamente madura"*** para comprender estas consecuencias, no obstante, existe una presunción en la Constitución y en la ley, teniendo de presente que la capacidad va evolucionando, motivo por el cual, el límite mínimo de la mayoría de edad, que fue válido para aquel momento con la prohibición de la anticoncepción quirúrgica, también lo es para estas disposiciones.

En ese sentido, también se menciona que la Corte Constitucional ha determinado la **prohibición de la anticoncepción quirúrgica en los menores de 18 años como una práctica totalmente acorde con la Constitución Política**. Por ende, al derivar los tratamientos invasivos de la reasignación de género descritos en el presente proyecto de ley en varias consecuencias en la vida de los niños, niñas y adolescentes, entre ellas, la afectación de la capacidad reproductiva, se tiene que la prohibición de esta norma obedece, también, a un fin constitucional y convencional debido, porque la realización de estas prácticas genera una consecuencia sobre la cual ya existe un pronunciamiento de constitucionalidad en pro de la protección de sus derechos.

Adicionalmente, los citados fallos desarrollan el concepto del **consentimiento orientado hacia el futuro**, en virtud del cual, se debe **proteger la decisión que mejor garantice íntegramente las condiciones físicas** indispensables para que el niño, niña y adolescente que no tiene la autonomía necesaria para adoptar decisiones sobre su vida y salud, pueda comprender y decidir la forma en la que ejerce su libertad en el futuro.

También se ha significado por este consentimiento que la decisión se funda en aquello que *"los hijos verán con beneplácito al ser plenamente autónomos, no sobre aquello que ven en la actualidad con beneplácito"*[91], por ejemplo, cuando un niño se opone a una vacunación, no se vulnera su autonomía, por cuanto es lícito suponer que, en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la corrección de la intervención paternal.

El Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia[92], al referirse a la tendencia en varios países de facilitar jurídicamente todo lo negativo que advierten los expertos, expuso que: *"Persistir, como hacen muchos políticos desde posiciones ideológicas mal fundamentadas y en actitud intransigente, en negar la evidencia científica, empujando a muchos jóvenes a intervenciones lesivas e irreversibles, constituye un acto maleficente e imprudente, que debe ser denunciado en aras de la protección de la salud de los implicados, su autonomía y, en último término, su libertad, para lo que es necesario informales debidamente del alcance y riesgos de estas intervenciones, así como de las alternativas disponibles."*

En cuanto a las cirugías de afirmación en menores de edad, de acuerdo con lo expuesto en la Sentencia de Tutela T-477/1995, la Asamblea Nacional Constituyente fue particularmente cuidadosa del interés jurídico superior del menor al advertir expresamente: *"Muchas violaciones o atentados sexuales, **mutilaciones o destrozos físicos o sicológicos** se podrán evitar en el futuro gracias a la resuelta determinación de reconocer que la sociedad debe rodear y salvar a los niños, si pretende mejorar sus futuras generaciones..."* (Negrillas fuera del texto).

En ese sentido, para el Constituyente la razón de ser del inciso tercero del artículo 44 de la Constitución Política implica el deber de cualquier persona de denunciar abierta o discretamente las mutilaciones o destrozos físicos o sicológicos que padecen los niños, situación esta última que, lastimosamente, ocurrió con el caso que dio origen a la tutela mencionada.

La Academia de Medicina, en la mencionada sentencia, advirtió que *"La pérdida del pene en cualquier momento de la vida tiene consecuencias devastadoras. Aún los niños más pequeños saben que ya no son normales y tendrán miedo acerca de su futuro. En el adulto, la pérdida de actividad sexual puede tener consecuencias catastróficas."*

En la citada sentencia, a un niño de sexo de nacimiento masculino un perro le destrozó sus genitales a los 6 meses de nacimiento y el equipo médico, al atenderlo, decidió practicarle una cirugía de reasignación de sexo. Sin embargo, con su crecimiento empezó a rebelarse contra el cambio al que fue sometido y afirmó: *"A mí me operaron cuando estaba pequeñito, me operaron la vagina dizque para ponerme mujer, pero uno grande ya tiene más pensamiento y decide. Yo decidí ser un hombre, porque hombre era yo desde chiquitico. Yo decidí ser hombre, porque uno es hombre como nació."*

La gravedad del caso llevó a que, además de tutelar sus derechos fundamentales a la identidad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, decidió en la orden quinta remitir copia del expediente al Tribunal de Ética Médica y en la sexta copia a la Defensoría del Pueblo para que le fuese asignado un abogado, en caso de aceptarlo, para iniciar un proceso de responsabilidad civil por la "readecuación del sexo" o "transformación de los órganos sexuales".

De forma categórica, la Sala de Revisión de Tutelas enfatizó en este pronunciamiento lo que a continuación se trae a colación:

"El sexo constituye un elemento inmodificable de la IDENTIDAD de determinada persona y sólo ella, con pleno conocimiento y debidamente informada puede consentir en una readecuación de sexo y aún de "género" (como dicen los médicos) porque el hombre no puede ser juguete de experimentos despersonalizados ni tampoco puede su identidad ser desfigurada para que el contorno dentro del cual vive se haga a la idea del "género" que unos médicos determinan con la disculpa de que era lo "menos malo". (...) En conclusión, los padres no pueden permitir que se altere la IDENTIDAD (EN LO SEXUAL) DE SU HIJO. Y los médicos no podían basarse en esa autorización paterna para hacer el tratamiento." (Negrillas fuera del texto).

Así las cosas, solo una persona **con pleno conocimiento y capacidad y debidamente informada** puede, a la luz del ordenamiento jurídico, consentir en una readecuación a través de una intervención altamente invasiva como las cirugías de afirmación, toda vez que el sexo es un elemento que hace parte del corazón de la identidad humana, tal y como se señaló en la Sentencia de Bell vs Tavistock en el célebre caso en el Reino Unido.

Tampoco se debe permitir que los padres autoricen la modificación anatómica de sus hijos ni los profesionales de la salud deben realizar esas intervenciones con esa autorización, pues, en virtud de la prevalencia de los derechos de los niños sobre los demás es un interés y es deber de la sociedad rodear y salvar a los niños, si pretende mejorar sus futuras generaciones, tal y como recalcó la Asamblea Nacional Constituyente y la mencionada sentencia.

El citado fallo resaltó las siguientes disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto de San José de Costa Rica, como base de la protección a la dignidad humana que le fue vulnerada al niño con la cirugía de afirmación:

> "Artículo 7º.- "Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. **En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos**".(subrayas no originales).
>
> "1. Toda persona tiene derecho a que **se respete su integridad física, psíquica y moral**. (…)
>
> Toda persona..... será tratada con el respeto debido a la dignidad humana." (Negrita y subraya fuera del texto).

Bajo esta óptica, se reitera que los procedimientos de bloqueadores de la pubertad, terapias de hormonización cruzada y las cirugías de afirmación no mejoran la salud de los niños, niñas y adolescentes y, por el contrario, causan efectos negativos en su anatomía y en su integridad ya expuestos a lo largo del proyecto de ley.

En línea con lo expuesto, deben también tenerse en cuenta los pronunciamientos de sede de constitucionalidad, sobre la capacidad que tienen los niños, niñas y adolescentes para consentir en intervenciones altamente invasivas en su anatomía con riesgos elevados que generan consecuencias irreversibles.

La Sentencia C-131 de 2014 establece la pauta con la que debe entenderse el consentimiento de los niños, niñas y adolescentes para estas intervenciones. En aquella ocasión, se decidió declarar exequible la prohibición de realizar las esterilizaciones definitivas en los menores de 18 años a través de la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio.

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

La Pontificia Universidad Javeriana afirmó que: los adolescentes entre 14 y 18 años *"son **vulnerables en el desarrollo cognitivo**, encontrándose en un proceso que busca el equilibrio de sus estructuras cognitivas y una transición de formas de pensamiento concreto a pensamiento abstracto. Como resultado de lo anterior, **no es posible garantizar que adolescentes comprendidos en dichos rangos de edad, tengan la madurez psicológica necesaria para tomar una decisión con implicaciones permanentes** ya que aún **persisten fantasías de esterilidad, distorsión en la información, controversias entre sistemas de valores de padres y adolescentes; existen importantes inconsistencias y argumentos de sus decisiones a largo plazo a propósito de su sexualidad, genitalidad e identidad sexual**". El grado de vulnerabilidad social de cierta población, puede dificultar la toma informada y consciente de este tipo de decisiones. Algunos autores señalan que, dado que en la **adolescencia se consolida la identidad sexual, no sería el momento para tomar decisiones que tengan que ver con el cuerpo de***

---

[91] Corte Constitucional, SU-337 de 1999, T-850 de 2002, T-560ª de 2007, C-131 de 2014 y C-246 de 2017.

[92] Observatorio de Bioética UCV. La Academia Nacional de Medicina de Francia se suma a los países e instituciones críticos con los tratamientos de transición de género pediátrica. Universidad Católica de Valencia. 29/03/2023. [Consultado el 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.observatoriobioetica.org/2022/03/la-academia-nacional-de-medicina-de-francia-se-suma-a-los-paises-e-instituciones-criticos-con-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-pediatrica/38355

los jóvenes. *Es importante anotar que en la adolescencia los jóvenes "tienen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, lo cual les lleva a adoptar conductas de riesgo, con el consiguiente aumento del embarazo adolescente, ITS e infección de VIH*". (Subrayado fuera del texto)

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

Así las cosas, se concluye de lo expuesto en los conceptos citados lo siguiente:

a. Los adolescentes tienen **vulnerabilidad y riesgos en el desarrollo cognitivo**, toda vez que se encuentran en una etapa que persigue equilibrar sus estructuras cognitivas y llegar a una transición de formas de pensamiento concreto a pensamiento abstracto.

b. No se puede garantizar que los adolescentes tengan la **madurez psicológica necesaria para tomar una decisión con implicaciones permanentes**.

c. Aún persisten fantasías de esterilidad, distorsión en la información, controversias entre sistemas de valores de padres y adolescentes

d. Existen relevantes **inconsistencias** y argumentos de sus decisiones a largo plazo acerca de su identidad sexual, genitalidad y sexualidad.

e. La adolescencia no es el momento para adoptar **decisiones irreversibles** que afecten el cuerpo de los jóvenes, habida cuenta que en ella se consolida la identidad sexual.

f. Los jóvenes tienen **sentimientos de inmortalidad y omnipotencia** que les hace obviar los riesgos de conductas peligrosas, como enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos.

g. En la adolescencia se echa de menos la capacidad de razonar a largo plazo, de tal suerte que el joven parece vivir en el presente permanentemente.

h. Existe **evidencia corroborada de los arrepentimientos** que ocurren en los menores de edad en intervenciones irreversibles como en las anticoncepciones quirúrgicas.

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

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

Siendo así, en aquella ocasión y para este proyecto de ley, no puede afirmarse que la edad señalada como mínimo para realizarse las intervenciones prohibidas constituyen una discriminación, ya que, al llegar a la mayoría de edad, se habilitará al niño, niña y adolescente para decidir sobre si desea que se lleven a cabo estas prácticas en su cuerpo.

Así, se debe tener de presente que sobre la esterilización definitiva en menores de 18 años ya existe una **cosa juzgada constitucional,** y si bien en aquella ocasión las intervenciones invasivas que se prohibieron fueron otras, los resultados y los efectos nocivos que pueden generar en el cuerpo son los mismos a las que se prohíben en esta norma, tal y como se ha expuesto con la evidencia científica a lo largo del proyecto de ley, por consiguiente, una de las consecuencias de las protecciones que busca la norma, que es evitar también la afectación de los derechos reproductivos de los niños, niñas y adolescentes evitando la afectación a la fertilidad, ya fue objeto de un pronunciamiento de constitucionalidad.

3.6. Interpretación sistemática de las disposiciones constitucionales e internacionales.

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

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

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

De acuerdo con lo anterior, **una lectura armonizada y sistemática de las disposiciones de la Constitución Política y de la Convención de los Derechos del Niño no permite inferir que, so pretexto de preservar el libre desarrollo de la personalidad y la evolución de las facultades del niño, se les permita a ellos decidir libremente y emitir un consentimiento para realizarse reasignaciones de género** a través de las prácticas identificadas en este proyecto de ley que, de acuerdo con lo claramente acreditado por la ciencia médica, no les generan beneficios clínicos significativos, les van a ocasionar graves consecuencias en su vida, en su desarrollo, en su salud física y mental y en su integridad, en sus derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia, en total detrimento y afectación de las demás disposiciones de la Convención y de la Constitución Política que les reconocen sus derechos y obligaciones al Estado.

El Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño cita expresamente el texto de la Declaración de los Derechos del Niño, en virtud del cual, *"el niño, por su* ***falta de madurez física y mental,*** *necesita* ***protección y cuidado especiales,*** *incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento."* Por otro lado, el numeral 2 del artículo 31 de la Convención de Viena de 1.969, señala sobre las reglas de interpretación de los tratados que, *"Para los efectos de la interpretación de un tratado, el contexto comprenderá, además del texto, incluidos su preámbulo y anexos".*

En ese orden de ideas, es indispensable para interpretar la Convención de los Derechos del Niño, tener de presente que ellos requieren de la protección y cuidados especiales por carecer de madurez física y mental, lo cual es desconocido al permitirles consentir sobre intervenciones en sus cuerpos que no tienen evidencia de generarles beneficios clínicamente significativos y científicamente está demostrado les pueden acarrear consecuencias nefastas en su vida, salud física y mental, desarrollo e integridad, en su dignidad humana y con imposibilidad de retrotraerlas para cuando tengan la madurez necesaria según las pautas de PALKO y los informes de la UKOM, entre otras evidencias.

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

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

> "Los artículos 8 y 9 establecen la definición del interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes y la prevalencia de sus derechos. Se entiende por interés superior, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes. **En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño.** Sobre la prevalencia, la norma dicta que todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe un conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona."[93] (Negrillas fuera del texto).

En ese sentido, se obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos humanos del niño, que son prevalentes,

[93] Corte Constitucional, Sala de Revisión de Tutelas, T-512 del 16 de septiembre de 2016.

universales e interdependientes, y no solo asegurar uno en detrimento de los otros, como está ocurriendo con la autorización de los niños, niñas y adolescentes a realizarse tratamientos médicos que perjudican su vida, salud, integridad personal, desarrollo, derechos sexuales, reproductivos y a formar una familia so pretexto de garantizar su libre desarrollo de la personalidad.

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

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

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

De conformidad con lo anterior, **en el evento en que entren en conflicto dos o más disposiciones normativas, debe aplicarse la más favorable al interés superior del niño**, y en ese sentido, en un eventual conflicto entre la disposición del artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño que reconoce la evolución de las facultades del niño y del artículo 16 de la Constitución Política que indica el libre desarrollo de la personalidad, contra las demás disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño, de la Carta Política y demás normas que hacen parte del bloque de constitucionalidad para establecer si pueden elegir la realización de la reasignación de género siendo menores de 18 años, debe inclinarse a una **satisfacción integral y simultánea y a las disposiciones que son más favorables a los derechos de los niños, niñas y adolescentes las cuales serían la prohibición de la realización de estos tratamientos hasta que cumplan la mayoría de edad porque no se afectaría su vida, su integridad, su salud física y mental, su desarrollo, su dignidad humana, sus derechos sexuales, reproductivos y a formar una familia, y podrá, eventualmente, decidir cuando cumpla la mayoría de edad**, mientras que si se argumenta una protección a aquellos derechos para el caso en particular, se afectarán los demás derechos fundamentales y humanos de los niños, niñas y adolescentes de forma que puede ser irreversible.

3.7. Justificación de la prohibición de realizar experimentos.

Varios Tratados Internacionales **prohíben expresamente la experimentación médica ilícita**, la cual es definida como "*toda alteración física y/o psicológica producida a través de operaciones quirúrgicas o inyección, ingestión o inhalación de productos, realizada por un funcionario público o por otra persona a su instigación o de la que resulta responsable un funcionario público, y para la que la persona sometida no haya prestado su consentimiento…*"[94]

La Unidad de Humanidades y Ética Médica de la Universidad de Navarra[95] lo explica de la siguiente forma: "***Sólo son lícitos aquellos experimentos en los que hay certeza de que no se causará daño y tiene utilidad para aumentar los conocimientos científicos;*** *o, en el caso de que se cause este daño, que el experimento realmente no sea tal, sino un tratamiento incierto a falta de un medio curativo cierto.* ***Serían ilícitos los experimentos en los que hay peligro grave de hacer daño y no tienen utilidad para el bienestar corporal de la persona****; y sería también ilícito ceder el propio cuerpo para experimentos peligrosos, a cambio de una cantidad de dinero."* (152, p. 4). (Negrillas fuera de texto)

De acuerdo con lo expuesto, los tratamientos descritos en la presente norma pueden cumplir con estas definiciones y la validez del consentimiento de los niños, niñas y adolescentes ha sido desacreditada para que ellos lo prestan y permitan la realización en sus cuerpos tanto científica como jurídicamente (no es solo un tema de identidad sexual, es de la propia vida, salud, integridad y desarrollo de los menores de 18 años, de sus derechos sexuales, reproductivos y de formar una familia). Además, existe grave peligro de hacer daño en la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes y no existe la utilidad para su propio bienestar corporal, de conformidad con la evidencia científica.

La experimentación médica ilícita está prohibida en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el literal b) del numeral segundo del artículo 11 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra, en el literal e) del artículo 5 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra y en el inciso segundo del literal a) del numeral segundo del artículo 8 del Estatuto de la Corte Penal Internacional.

[94] Malo Garizabal, Mario Madrid, Derechos Fundamentales, Conózcalos, ejérzalos y defiéndalos, Temas Jurídicos 3R Editores, 3ª edición, 2004, Colombia, página 490.
[95] G. Herranz, Deontología Biológica, Universidad de Navarra, Unidad de Humanidades y Ética Médica, Material de Bioética, Deontología Biológica Índice, Capítulo 17, (consultado el 8/7/2023). Disponible en: https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/deontologia-biologica/capitulo-17#gsc.tab=0

También, la Declaración De Helsinki, Recomendaciones para guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos[96] establece como principios, entre otros, los siguientes que son relevantes para el presente proyecto de ley: *"5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser* ***precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros.*** *La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. 6. Siempre* ***debe respetarse el derecho a la integridad*** *del ser humano sujeto a la investigación y deben adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad. 7.* ***Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles.*** *Igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios."*

En ese sentido, tampoco para investigaciones podrían permitirse los tratamientos prohibidos en el presente proyecto de ley, por cuanto:

a. Debe **prevalecer la preocupación del interés de los menores de 18 años** sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, y ya se sabe los efectos que estas prácticas causan en ellos, aun cuando se quiera avanzar científicamente;
b. **Permitir estas prácticas conllevan a un irrespeto en la integridad del menor** de 18 años porque no está probado el beneficio, pero sí las diferentes formas en que se afecta su integridad física, mental y el desarrollo de su personalidad con esas intervenciones en sus cuerpos;
c. **Está acreditado que los riesgos son mucho mayores que los beneficios** en los niños, niñas y adolescentes, y, por consiguiente, no pueden realizarse proyectos de investigación en ellos con esas prácticas, teniendo en cuenta, entre otras razones, que los riesgos se concretan en efectos para toda la vida y que pueden ser irreversibles.

Por otro lado, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, del 4 de abril de 1997* del Consejo de Europa, en su artículo 2, advierte sobre la primacía del interés y el bienestar del ser humano sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia, como a continuación se transcribe: *"Artículo 2. Primacía del ser humano. El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia."*

El artículo 6, para efectos de análisis, regula la protección de quienes no tengan capacidad para expresar su consentimiento: *"Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20,* ***sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo****. 2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley."* (Negrillas fuera del texto)

En ese orden de ideas, al establecer la comparación entre esta norma no aplicable con nuestro sistema y el presente proyecto de ley, se interpreta que al no tener los niños, niñas y adolescentes la capacidad para consentir las intervenciones de reasignación de género indicadas en esta norma, solo podría efectuarse con autorización si redundara en su beneficio directo, lo cual fue enervado con toda la evidencia científica y las razones jurídicas expuestas en el proyecto de ley que impedirían que, incluso, con el consentimiento de los padres, pudieran ellos realizarse esas prácticas que atentan gravemente contra su vida, integridad personal, desarrollo, salud física y mental y dignidad humana.

De hecho, es tan delicado el tema en Europa que inclusive el mismo convenio prohíbe a los médicos la utilización de técnicas para elegir el sexo del ser humano que va a nacer, como se observa en el artículo 14, (en la Convención de los Derechos del Niño se define por estos a todo ser humano menor de 18 años, el cual requiere de cuidados especiales desde antes del nacimiento): *"Artículo 14. No selección de sexo. No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada a sexo."*

Al igual que el Manual de Legislación Europea sobre los Derechos de los Niños, este convenio no es aplicable en Colombia, pero también permite identificar la forma en la que los demás Estados desarrollan la protección de los derechos de los niños cuyo interés superior es primordial en las medidas legislativas y administrativas de Colombia. Esto lleva a hacer constitucional y convencionalmente razonable y necesaria la prohibición de estos tratamientos en los niños, niñas y adolescentes.

3.8. Aplicación del Principio de Precaución

El portal de acceso del sitio oficial de la Unión Europea define al mencionado principio así:

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

[96] Adoptada por la 18" Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 19641, revisada por la 29" Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por la 35" Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41" Asamblea Médica Mwxlial (Hong Kong, 1989). Disponible en: v108n(5-6)p626.pdf (paho.org)

(TFUE)."[97]

El principio de precaución está previsto como el Principio 15 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo Sostenible.[98]

Este tiene su origen en Colombia en materia ambiental, de acuerdo con lo previsto en el numeral 6 del artículo 1 de la Ley 99 de 1993, cuyo contenido establece: *"(…) las autoridades ambientales y los particulares darán aplicación al principio de precaución conforme al cual, cuando exista peligro de daño grave e irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces para impedir la degradación del medio ambiente."*

También se desprende de otras normas en materia ambiental, tales como en la Ley 164 de 1994, por medio de la cual se aprueba "Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático", hecha en Nueva York el 9 de mayo de 1992, cuyo numeral 3 del artículo 1 determina: *"Las Partes deberían tomar medidas de precaución para prever, prevenir o reducir al mínimo las causas del cambio climático y mitigar sus efectos adversos. Cuando haya amenaza de daño grave o irreversible, no debería utilizarse la falta de total certidumbre científica como razón para posponer tales medidas, tomando en cuenta que las políticas y medidas para hacer frente al cambio climático deberían ser eficaces en función de los costos a fin de asegurar beneficios mundiales al menor costo posible."*.

Y también se encuentra en otras normas como en la Ley 740 de 2002, por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica", hecho en Montreal, el veintinueve (29) de enero de dos mil (2000). El artículo 1 de esta determina:

> "De conformidad con el enfoque de precaución que figura en el Principio 15 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, el objetivo del presente Protocolo es contribuir a garantizar un nivel adecuado de protección en la esfera de la transferencia, manipulación y utilización seguras de los organismos vivos modificados resultantes de la biotecnología moderna que puedan tener efectos adversos para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica, teniendo también en cuenta los riesgos para la salud humana, y centrándose concretamente en los movimientos transfronterizos."
>
> La Corte Constitucional ha definido jurisprudencialmente al principio de precaución en sentencia de unificación como "un criterio hermenéutico para la aplicación de normas relativas a la protección ambiental ante amenazas graves que no han sido científicamente comprobadas y los límites que deben observar los operadores administrativos y judiciales."[99]

Si bien tiene su origen en materia ambiental, este principio se empezó a aplicar en materia de salud.

La Ley 1523 de 2012, *"Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones"*, establece en el ordinal 8 del artículo 3 el principio en cita de la siguiente forma:

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

En sede de constitucional, la Sentencia C- 293 de 2002 resaltó sobre la aplicación del principio si se puede derivar de una actividad un peligro para la salud humana o los recursos naturales:

> "4.3 En este punto, sólo resta mencionar que no se violan los artículos constitucionales mencionados por el actor (trabajo, propiedad, derechos adquiridos), si, como consecuencia de una decisión de una autoridad ambiental que, acudiendo al principio de precaución, con los límites que la propia norma legal consagra, procede a la suspensión de la obra o actividad que desarrolla el particular, mediante el acto administrativo motivado, si de tal actividad se deriva daño o peligro para los recursos naturales o la salud humana, así no exista la certeza científica absoluta."

También en otra sentencia de constitucionalidad, la Corte Constitucional sostuvo en la C-988 de 2004 que *"la Carta ha constitucionalizado el llamado "principio de precaución", pues le impone a las autoridades el deber de evitar daños y riesgos a la vida, a la salud y al medio ambiente"*.

En sede de revisión de tutelas, la Sentencia T-104 de 2012 aplicó este principio y tuteló los derechos a la salud y a la integridad personal de niños que acudían a un hogar comunitario infantil en el municipio de Matanza y se ordenó al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y a la Agencia Nacional del Espectro analizar y comunicar a la comunidad los posibles efectos adversos a la salud que pueden ocasionar la exposición a campos electromagnéticos y las medidas adecuadas a tomarse para minimizarlos. También se ordenó a la Alcaldía de ese municipio el diseño de un proyecto dirigido a la reubicación a distancia prudente de las antenas parabólicas con relación a los hogares comunitarios y otros establecimientos de atención o permanencia de menores de edad.

Sobre el principio analizado, el fallo recalcó:

> "A pesar de no estar probada la afectación a la salud del menor de edad u otros niños, a causa de las siete antenas parabólicas que se hallan en el hogar infantil, se debe prevenir el riesgo que puedan causar, de conformidad con el principio de precaución, pues la falta de certeza científica no puede aducirse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces para precaver la degradación del ambiente y la generación de riesgos contra la salud."

En un fallo similar, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-1077 de 2012 se aplicó el principio en alusión para tutelar los derechos a la salud del niño accionante que padecía de cáncer y se ordenó a Telefónica Telecom S.A. E.S.P. desmontar la estación base localizada en un inmueble y al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que regule la distancia prudente entre las torres de telefonía móvil y las viviendas, instituciones educativas, hospitales y hogares geriátricos.

El pronunciamiento en mención reseñó sobre la aplicación del principio de precaución para la protección de la salud esto:

> "**2.3.3.3.2.** No obstante, tanto la jurisprudencia nacional, como la de otros países, han optado por aplicar el principio de precaución ante la falta de certeza científica sobre los efectos nocivos causados a la salud de las personas, como consecuencia de la exposición a campos electromagnéticos en el ambiente. En efecto, tales decisiones han dado aplicación a dicho principio con el fin de proteger el derecho fundamental a la salud de las personas expuestas a la emisión de ondas electromagnéticas.
>
> En este orden de ideas, a pesar de que no es posible constatar una relación directa entre las afecciones de salud de las personas y la radiación no ionizante, la clasificación de los campos electromagnéticos de radiofrecuencia como ***posiblemente carcinógenos*** para los humanos, permite que las autoridades, en aplicación del principio de precaución, tomen medidas frente a la radiación, con el fin de evitar que se produzcan daños en la salud derivados de los riesgos medioambientales a los que se ven sometidos los accionantes, como consecuencia de la omisión legislativa frente a este tema."

La Sentencia T-397 de 2014 dio aplicación al principio de precaución para tutelar el derecho a la salud de un niño y ordenar a *Comcel S.A. el desmonte de una antena de telefonía móvil celular* y al Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que regulara la distancia prudente entre las torres de telefonía móvil y las viviendas, instituciones educativas, hospitales y hogares geriátricos.

El fallo expuso loque a continuación se cita al tenor sobre el principio abordado:

> "(i) El principio de precaución se aplica cuando el riesgo o la magnitud del daño generado o que puede sobrevenir no son conocidos con anticipación, porque no hay manera de establecer, a mediano o largo plazo, los efectos de una acción, lo cual generalmente ocurre por la falta de certeza científica absoluta acerca de las precisas consecuencias de un fenómeno, un producto o un proceso; (ii) según los instrumentos internacionales, las normas y jurisprudencia nacionales, el principio de precaución puede ser empleado para proteger el derecho a la salud."

En cuanto a su aplicación para la protección del derecho fundamental a la salud de los menores, se refirió lo siguiente frente a la emisión de ondas electromagnéticas:

> "La Corte Constitucional ha presentado, a través de sus salas de revisión, distintas aproximaciones sobre el tema. Sin embargo, la Sala resalta que: (i) en los casos en los que se ha pedido la protección del derecho a la salud de menores de edad por la amenaza que implica la exposición a campos electromagnéticos generados por las antenas de telefonía móvil, la posición mayoritaria de esta Corporación ha sido optar por la aplicación del principio de precaución para garantizar dicho derecho, ante la falta de certeza científica sobre los efectos en la salud humana que trae la exposición a esa clase de ondas, enfatizando que, tratándose de los niños, niñas y adolescentes, dicho principio es reforzado (Sentencias T-104 y T-1077 de 2012); (ii) postura que es la que mejor armoniza con el alcance dado por esta Corporación al principio de precaución con el derecho fundamental a la salud de los niños y con el interés superior del menor."

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-236 de 2017, dio aplicación al principio de precaución para ordenar al Consejo Nacional de Estupefacientes no reanudar el Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos mediante Aspersión Aérea con Glifosato (PECIG) por el riesgo significativo contra la salud humana que implicaba contra las comunidades étnicas del municipio de Nóvita, entre otros motivos.

En este fallo la Sala de Revisión de Tutelas advirtió:

> "El principio de precaución no responde exclusivamente al peligro, noción que se refiere exclusivamente a una posibilidad de daño. Este responde más bien al riesgo, es decir, a un cierto grado de probabilidad de un daño, en las situaciones en que la magnitud de dicha probabilidad no se ha podido establecer con certeza."

Sobre el riesgo significativo para la salud humana que activó la aplicación del mencionado principio, el fallo expuso lo siguiente:

> "La Corte cuenta con elementos para concluir provisionalmente que el glifosato es una sustancia tóxica que dependiendo del nivel de exposición puede causar cáncer u otras afectaciones a las células humanas. Por otra parte, cuenta con elementos para afirmar, también de manera provisional, que el uso del glifosato podría estar relacionado con el aumento de afectaciones de salud en los municipios donde se utiliza. A pesar de las posibles objeciones metodológicas contra algunas investigaciones, el grado de certidumbre en esta etapa del análisis tendría que llevar, al menos, a ordenar una mayor actividad de investigación científica por parte de las autoridades públicas para establecer los distintos tipos de riesgo y

---

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

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

[99] Corte Constitucional, SU 018 de 2024.

mitigarlos."

Por otro lado, en la Sentencia T-614 de 2019, aplicó expresamente el principio de precaución para ordenar a la empresa Carbones del Cerrejón Limited que controlara sus emisiones de material particulado para que la calidad del aire en el Resguardo Indígena *Provincial* se tuviera con concentraciones que no superen los 25 µg/m3 -promedio diario- y 10 µg/m3 -promedio mensual- de PM 2.5 (menor a 2.5 micras), ni los 50 µg/m3 -promedio diario- y 20 µg/m3 -promedio mensual- de PM 10 (menor o igual a 10 micras).

En esta la Corte Constitucional sostuvo lo siguiente:

> "No es necesario tener certeza científica sobre el riesgo que representa una actividad o sustancia para el ambiente y/o la salud humana, con el fin de ordenar la adopción de medidas que eviten la ocurrencia de dicho peligro y, así, evitar la ocurrencia de daños con graves repercusiones sobre el ecosistema o alguna comunidad".

La Corte Constitucional profirió la Sentencia T – 343 de 2022, en cuyo contenido desarrolló el mencionado principio para ordenar al Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) que suspenda inmediatamente la comercialización de productos químicos agropecuarios con el componente activo clorpirifós, para proteger el derecho fundamental a la salud de los accionantes y de todos los niños del territorio colombiano.

En esta sentencia se sostuvo lo siguiente frente al derecho a la salud, a la aplicación del principio de precaución y a su alcance, respectivamente:

> "(…), la posibilidad de que las personas lleven una vida que asegure el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (…) incluye la protección preventiva frente a sustancias que puedan afectar la salud humana.
>
> (…), los Estados tienen obligaciones en materia de protección del derecho a la salud de las personas y, especialmente de los niños, niñas y adolescentes, frente a riesgos por la exposición a sustancias tóxicas. Todo lo cual implica que los gobiernos adopten medidas de prevención y mitigación tanto de los riesgos potenciales que podrían generarse para evitar un perjuicio irreparable como de los daños causados.
>
> (…), se ha acudido a este mandato para proteger la salud de las personas ante la evidencia de que existe el potencial riesgo de daños irreparables, pese a que no exista la certeza científica sobre ese aspecto."

Y recientemente, en sede de unificación, la Corte Constitucional advirtió en la SU 018 de 2024 su aplicación incluso con indicios para la prevención de daños al ambiente y a la salud pública, así:

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

En esta decisión se indicó su aplicación a toda actividad del ser humano así:

> "150. Adicionalmente, se ha precisado que toda actividad humana estatal o privada que genere un riesgo significativo para los seres humanos está obligada a observar el principio de precaución[211]. De manera que, no solo la administración está obligada por los mandatos del principio de precaución, sino que también es responsabilidad de los particulares actuar conforme a ese principio pues hace parte de los deberes de la persona y del ciudadano."

De los previos fallos se puede extraer los planteamientos que a continuación se sintetizan:

- Este principio se ha constitucionalizado e impone el deber de evitar riesgos y daños a la vida y a la salud a las autoridades (C-988 de 2004).

- No se desconocen las disposiciones de la Norma Superior al suspenderse obras, actividades o proyectos si de estas actividades se desprenden daños o peligros para la salud humana, incluso si no existe una certeza científica absoluta (c 293 de 2002).

- La falta de certeza científica no puede invocarse para posponer la adopción de medidas eficaces que eviten la generación de los riesgos contra la salud, incluso pese a no probarse la afectación de la salud de los niños (T-104 de 2012 y T-343 de 2022) o de otras comunidades (T-614 de 2019).

- Si bien no se pudo constatar una relación directa entre la radiación no ionizante y la afectación de la salud de las personas, la sola clasificación de la actividad (en ese caso los campos electromagnéticos de radiofrecuencia) como posiblemente carcinógenos requiere a las autoridades aplicar el principio y tomar medidas contra la radicación para evitar la producción de daños en la salud a los accionantes por la omisión legislativa sobre el tema (T-1077 de 2012).

- Tiene su aplicación no solo cuando el riesgo, sino cuando la magnitud del daño generado o que pueda sobrevenir a la salud humana no sea conocida previamente, debido a que no se puede determinar los efectos de una acción a mediano o largo plazo por la falta de certeza de la evidencia científica absoluta (T-397 de 2014).

- Cuando se ha amenazado el derecho fundamental a la salud de los niños y adolescentes la aplicación del principio de precaución es reforzada (T-104 y T-1077 de 2012), postura que armoniza mejor con el alcance dado por la Corte Constitucional con ese derecho fundamental y con el interés superior del menor y que se ha aplicado con la exposición a campos electromagnéticos (T-397 de 2014).

- Este principio no responde con exclusividad al peligro, sino más bien al riesgo, el cual es un determinado grado de probabilidad del daño, en los eventos en los que la magnitud de esa probabilidad no se ha definido con certeza (T-236 de 2017).

- Se puede aplicar con elementos que permitan conclusiones provisionales, y pese a las posibles objeciones metodológicas contra algunas investigaciones, se aplica como ha ocurrido con los riesgos del glifosato. La posible objeción metodológica debería llevar a ordenar una mayor investigación científica para mitigar los riesgos (T-236 de 2017).

- Los Estados tienen la obligación de proteger la salud de las personas, y de manera primordial de los niños y adolescentes, asegurando el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, lo cual incluye la protección preventiva frente a sustancias que la puedan afectar, y esto conlleva a la adopción de medidas de prevención y mitigación de los riesgos potenciales como de los daños ya causados (T-343 de 2022).

- Este principio debe aplicarse siempre que constaten elementos científicos, técnicos o incluso indicios sobre la potencialidad de un peligro y la materialización de un daño grave o irreversible (SU-018 de 2024).

- Rige a toda la actividad humana, tanto pública como privada, por ende, también es responsabilidad de los particulares su aplicación debido a que ellos también tienen deberes con la sociedad (SU-018 de 2024).

Aterrizando los anteriores pronunciamientos al objeto de la presente regulación, se tiene una armonización de la aplicación del principio de precaución en materia de salud con el interés superior del niño y la prevalencia de sus derechos sobre los demás para fundamentar la protección contra las consecuencias de los tratamientos de reasignación de género en niños, niñas y adolescentes.

En el derecho comparado, la Sala Administrativa del Tribunal Superior de Inglaterra y Gales observó este principio para desestimar las pretensiones de la demanda instaurada contra la Orden 727 de 2024. En la observancia de la precaución, la Sala encontró que el Informe Cass tenía la más reciente revisión de la evidencia científica, la cual permitió concluir con base en la evidencia la ausencia de beneficios clínicos significativos para los niños y adolescentes y los graves riesgos que los tratamientos de los bloqueadores de la pubertad y la hormonización cruzada pueden causar en ellos, motivo por el cual, la aplicación para la prohibición se encuentra soportada en el ordenamiento jurídico de ese país.

Si bien no existe una evidencia científica 100% conclusiva de la magnitud de cada uno de los daños que pueden irrogar, la existencia de estos se encuentra ampliamente soportada al igual que la ausencia de un beneficio clínico significativo para la disforia o incongruencia de género, de conformidad con lo concluido por las revisiones sistemáticas de la evidencia desarrolladas en otros países. Además, también ha revelado la evidencia la posibilidad de la existencia de riesgos todavía no identificados a mediano y largo plazo frente a estos tratamientos.

En ese sentido, se hace menester dar aplicación al principio de precaución, el cual regula toda la actividad humana, estatal y privada, para evitar que esos riesgos se concreten en la integridad de los niños y adolescentes.

Debe tenerse en cuenta que en los niños y adolescentes la aplicación del principio de precaución es reforzada, de acuerdo con lo expuesto en las sentencias T-104 de 2012, T-1077 de 2012 y T-397 de 2014, argumentos que se traen a colación para asegurar la protección del derecho a la salud frente a los tratamientos de reasignación de género de bloqueadores de la pubertad, hormonización cruzada y cirugías de afirmación, tal y como se ha realizado frente a la exposición a campos electromagnéticos.

Esta protección debe otorgarse incluso frente a la posible objeción metodológica que se realice con posterioridad a las evidencias científicas descritas en esta exposición de motivos (T-236 de 2017) que advierten sobre la falta de eficacia, la ausencia de beneficios clínicamente significativos y los graves daños que estas intervenciones pueden ocasionar, no solo frente al derecho fundamental a la salud, sino frente a los demás derechos identificados (dignidad humana, vida, desarrollo, integridad, derechos sexuales, reproductivos y a conformar una familia).

De la forma en la cual se ha aplicado el principio de precaución para proteger la salud humana frente a la fumigación con glifosato, a los riesgos de la radicación de las antenas de telecomunicaciones, a la comercialización de productos químicos agropecuarios con el componente activo clorpirifós, a la emisión de material particulado de empresas de carbón en el aire, se aplica el citado principio, incluso con un enfoque reforzado, en armonía con el principio *pro infants*, para la protección del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a tratamientos cuyos beneficios clínicos carecen de respaldo en la evidencia científica y que tienen pueden causar graves efectos en la anatomía de ellos (como se ha evidenciado en otros países), pese a que, incluso, existen riesgos todavía no identificados por la necesidad de adelantarse más investigaciones al respecto.

4. IMPACTO FISCAL

Dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 *"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones",* se debe manifestar que el presente proyecto de ley **NO** genera impacto fiscal, en la medida que no crea ni ordena gasto público. Por lo tanto, el proyecto no necesita un concepto de aval fiscal emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Sin embargo, sin perjuicio de que el Proyecto de Ley continúe su trámite en el Honorable Senado de la República, se informa que se procederá a solicitar concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

5. CONFLICTO DE INTERESES

El artículo 291 de la Ley 5ta de 1992, modificado por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019 establece la obligación de los autores y ponentes de presentar en el cuerpo de la exposición de motivos las posibles circunstancias o eventos que pueden configurar un conflicto de interés a la luz del artículo 286 de la Ley 5ta de 1992.

En el caso particular, es necesario mencionar el inciso segundo del artículo 286 del reglamento del Congreso, el cual establece lo siguiente:

> "... Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:
>
> a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.
>
> b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro..."

Así mismo, el artículo 291 de la Ley 5ta de 1992, modificado por el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, se considera que los siguientes eventos darían lugar a la existencia de un posible conflicto de intereses entre los congresistas a cuyo conocimiento para votar o fungir como ponente llegue el presente proyecto de ley:

1. Cuando el congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean socios, controlantes, matrices, administradores o revisores fiscales de Entidades Promotoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Cuando el congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean acreedores de Entidades Promotoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Cuando el congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, se encuentren vinculados directamente (en nombre propio) o indirectamente (sociedades en las que sean socios) a un procedimiento administrativo de investigación y declaración de grupo empresarial y/o control, por parte de la Superintendencia de Sociedades.

Ahora bien, el Consejo de Estado en Sentencia proferida el 10 de noviembre de 2009, hace las siguientes precisiones al referirse a los elementos que deben concurrir para que se configure la violación al régimen de conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura:

> "No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna".

De la norma citada se puede evidenciar lo siguiente, la implementación de un proyecto de ley que establece lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género es una medida de carácter general que beneficia a todos los colombianos y por lo tanto no configura un conflicto de interés.

Así mismo, como ponente única, debo ser enfática de que no me encuentro inmersa en ninguna de las causales dispuestas en los artículos 286 y 291 de la ley 5ta de 1992, por lo anterior se cumple con el requisito del conflictos de interés.

6. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto radicado	Pliego de modificaciones	Texto propuesto ponencia primer debate
Artículo 1. Objeto. La presente Ley busca establecer los lineamientos para la prestación del servicio de salud en niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género, tales como: el uso de bloqueadores de pubertad, tratamientos hormonales de afirmación de género y tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género.	Sin modificaciones.	**Artículo 1. Objeto.** La presente Ley busca establecer los lineamientos para la prestación del servicio de salud en niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género, tales como: el uso de bloqueadores de pubertad, tratamientos hormonales de afirmación de género y tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género.
Artículo 2. Definiciones. Para efectos de la aplicación de la presente Ley, se utilizarán las siguientes definiciones: - **Sexo:** Son aquellas características genéticas y fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres, siendo a nivel cromosómico el hombre XY y la mujer XX. - **Afirmación de género:** Tratamiento médico que está encaminado a desarrollar características físicas del sexo opuesto, por medio de una transición somática con un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital. - **Bloqueadores de pubertad**: Medicamentos que se utilizan para retrasar o detener temporalmente los cambios físicos asociados con la pubertad. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales. - **Tratamientos hormonales de afirmación de género:** Medicamentos que tienen como fin reducir los caracteres físicos del sexo biológico, y a su vez, desarrollar los del sexo opuesto, mediante la administración de estrógenos o testosterona. - **Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género:** Procedimientos quirúrgicos que tienen como fin crear la apariencia física del sexo opuesto, entre estos se encuentran las intervenciones quirúrgicas genitales, mamarias, no genitales y no mamarias.	Sin modificaciones.	**Artículo 2. Definiciones.** Para efectos de la aplicación de la presente Ley, se utilizarán las siguientes definiciones: - **Sexo:** Son aquellas características genéticas y fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres, siendo a nivel cromosómico el hombre XY y la mujer XX. - **Afirmación de género:** Tratamiento médico que está encaminado a desarrollar características físicas del sexo opuesto, por medio de una transición somática con un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital. - **Bloqueadores de pubertad**: Medicamentos que se utilizan para retrasar o detener temporalmente los cambios físicos asociados con la pubertad. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales. - **Tratamientos hormonales de afirmación de género:** Medicamentos que tienen como fin reducir los caracteres físicos del sexo biológico, y a su vez, desarrollar los del sexo opuesto, mediante la administración de estrógenos o testosterona. - **Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género:** Procedimientos quirúrgicos que tienen como fin crear la apariencia física del sexo opuesto, entre estos se encuentran las intervenciones quirúrgicas genitales, mamarias, no genitales y no mamarias.
Artículo 3. Prohibición de intervenciones médicas frente a los tratamientos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes. En aplicación de los principios de precaución y *pro infans*, considerando la carencia de evidencia científica concluyente sobre la eficacia y seguridad de dichos tratamientos, y por los efectos nocivos que pueden	Sin modificaciones.	**Artículo 3. Prohibición de intervenciones médicas frente a los tratamientos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes.** En aplicación de los principios de precaución y *pro infans*, considerando la carencia de evidencia científica concluyente sobre la eficacia y seguridad de dichos tratamientos, y por los efectos nocivos que pueden

tener estos de causar grave detrimento en la salud, se prohíbe en todo el Territorio Nacional la utilización en niños, niñas y adolescentes de: **A)** Bloqueadores de pubertad. **B)** Tratamientos hormonales de afirmación de género. **C)** Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género. **Parágrafo.** Esta prohibición no se aplicará en casos clínicamente diagnosticados de pubertad precoz y alteraciones congénitas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor.		tener estos de causar grave detrimento en la salud, se prohíbe en todo el Territorio Nacional la utilización en niños, niñas y adolescentes de: **D)** Bloqueadores de pubertad. **E)** Tratamientos hormonales de afirmación de género. **F)** Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género. **Parágrafo.** Esta prohibición no se aplicará en casos clínicamente diagnosticados de pubertad precoz y alteraciones congénitas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor.
Artículo 4. Reglamentación y Vigencia: El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	Sin modificaciones.	**Artículo 4. Reglamentación y Vigencia:** El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

7. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones, nos permitimos presentar ponencia **POSITIVA** y solicitamos a los miembros de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, dar primer debate al proyecto de ley 001 de 2025 Senado, "Por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones". ¡Con los niños NO te metas!.

De la Honorable Senadora,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente única PL 001 de 2025S

8. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

Proyecto de Ley No. 001 de 2025 Senado

"Por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones." ¡Con los niños NO te metas!

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. La presente Ley busca establecer los lineamientos para la prestación del servicio de salud en niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género, tales como: el uso de bloqueadores de pubertad, tratamientos hormonales de afirmación de género y tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género.

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

- **Sexo:** Son aquellas características genéticas y fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres, siendo a nivel cromosómico el hombre XY y la mujer XX.
- **Afirmación de género:** Tratamiento médico que está encaminado a desarrollar características físicas del sexo opuesto, por medio de una transición somática con un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital.
- **Bloqueadores de pubertad**: Medicamentos que se utilizan para retrasar o detener temporalmente los cambios físicos asociados con la pubertad. Estos medicamentos, conocidos como análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), actúan sobre el sistema hormonal para suprimir la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, que desencadenan los cambios puberales.
- **Tratamientos hormonales de afirmación de género:** Medicamentos que tienen como fin reducir los caracteres físicos del sexo biológico, y a su vez, desarrollar los del sexo opuesto, mediante la administración de estrógenos o testosterona.
- **Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género:** Procedimientos quirúrgicos que tienen como fin crear la apariencia física del sexo opuesto, entre estos se encuentran las intervenciones quirúrgicas genitales, mamarias, no genitales y no mamarias.

Artículo 3. Prohibición de intervenciones médicas frente a los tratamientos de afirmación de género en niños, niñas y adolescentes. En aplicación de los principios de precaución y *pro infans*, considerando la carencia de evidencia científica concluyente sobre la eficacia y seguridad de dichos tratamientos, y por los efectos nocivos que pueden tener estos de causar grave detrimento en la salud, se prohíbe en todo el Territorio Nacional la utilización en niños, niñas y adolescentes de:

G) Bloqueadores de pubertad.
H) Tratamientos hormonales de afirmación de género.
I) Tratamientos quirúrgicos para la afirmación de género.

Parágrafo. Esta prohibición no se aplicará en casos clínicamente diagnosticados de pubertad precoz y alteraciones congénitas o cromosómicas que afecten directamente el desarrollo sexual del menor.

Artículo 4. Reglamentación y Vigencia: El Gobierno Nacional reglamentará la materia objeto de esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su expedición.

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

De la Honorable Senadora,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente única

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintiuno (21) días del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, **Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 001 DE 2025 SENADO

TITULO: **POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN PRO DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FRENTE A LOS TRATAMIENTOS DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" ¡CON LOS NIÑOS NO TE METAS!**

INICIATIVA: H.S. LORENA RIOS CUELLAR, JONATHAN PULIDO HERNÁNDEZ, JOSUE ALIRIO BARRERA RODRIGUEZ, HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO, KARINA ESPINOSA, OLIVER, H.R. JULIÁN PEINADO RAMÍREZ.

RADICADO: EN SENADO: **20-07-2025** EN COMISIÓN: **04-08-2025** EN CÁMARA: **X-X-XXXX**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1- DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2- DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1- DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2- DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
04 Art 1279/2025								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	**ASIGNADO (A)**	**PARTIDO**
LORENA RIOS CUELLAR	PONENTE ÚNICA	COLOMBIA JUSTA Y LIBRE

NÚMERO DE FOLIOS: OCHENTA Y CINCO (85) FOLIOS
RECIBIDO EL DÍA: 20 DE AGOSTO DE 2025
HORA: 21:34 AM

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

El secretario,

PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 03 DE 2025 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas integrales para la prevención de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, se fortalecen los entornos protectores, se modifican las Leyes 1146 de 2007, 2137 de 2021 y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, de 20 de agosto de 2025

Honorable Senador
MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Doctor
PRAXERE JOSE OSPINO REY
Secretario
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

E. S. D.

Referencia: Informe de ponencia **Positiva** para primer debate en el Senado de la República del Proyecto de Ley No. 003 de 2025 Senado "por medio de la cual se adoptan medidas integrales para la prevención de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, se fortalecen los entornos protectores, se modifican las leyes 1146 de 2007, 2137 de 2021 y se dictan otras disposiciones".

Honorable Presidente y Secretario,

Atendiendo la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto del artículo 150 de la Ley 5° de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir informe de ponencia **POSITIVA** para primer debate ante la Comisión séptima del Senado de la Republica del Proyecto de Ley 003 de 2025 "por medio de la cual se adoptan medidas integrales para la prevención de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, se fortalecen los entornos protectores, se modifican las leyes 1146 de 2007, 2137 de 2021 y se dictan otras disposiciones".en los siguientes términos.

De manera atenta,

BEATRIZ LORENA RÍOS CUELLAR
Senadora de la República
Ponente Única

1. Tramite del Proyecto de Ley.

El Proyecto de Ley 003 de 2025 fue radicado el 20 de julio de 2025 en la Secretaría General del Senado de la República bajo la autoría de los Senadores Beatriz Lorena Ríos Cuellar, Soledad Tamayo Tamayo, Ana Paola Agudelo García, Esperanza Andrade Serrano, Fabian Diaz Plata y los Representantes Julián Peinado Ramírez, Saray Robayo Bechara, Irma Luz Rodríguez Herrera, Wilder Iberson Escobar Ortiz, Daniel Restrepo Carmona y Hugo Alfonso Archila Suarez.Esta iniciativa fue publicada en la Gaceta 1280 de 2025. Por reparto, la Secretaría General envió el expediente el día 4 de agosto a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República. De esta forma, el 16 de agosto de 2025 mediante oficio CSP-CS-0803-2025 fui designada para primer debate en la Comisión Séptima del Senado como coordinadora ponente.

2. Objeto del Proyecto de Ley

La presente ley tiene por objeto establecer un marco integral, articulado e intersectorial para la prevención del abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes, operando desde una visión proactiva que prioriza la creación y el fortalecimiento de entornos protectores en los diversos ámbitos de su desarrollo. Esto implica una estrategia multifacética que abarca el ámbito educativo, familiar, comunitario, y digital. En esencia, la ley busca transformar la realidad de la niñez y adolescencia, garantizando su derecho a crecer en un ambiente libre de violencia y abuso, a través de la acción conjunta y coordinada de toda la sociedad.

3. Justificación del Proyecto de Ley

La violencia sexual en Colombia afecta principalmente a niñas, niños y adolescentes, en el 2023 el Instituto Nacional de Medicina Legal realizó 34.349 valoraciones médico legales por presunto delito sexual, donde el 81,17% de las víctimas eran menores de 18 años. El grupo de edad y sexo más afectado fueron las niñas entre 10 y 14 años con 9.527 y en el caso de los niños el grupo con mayor afectación fue el de 5 a 9 años que presentó 958 casos.

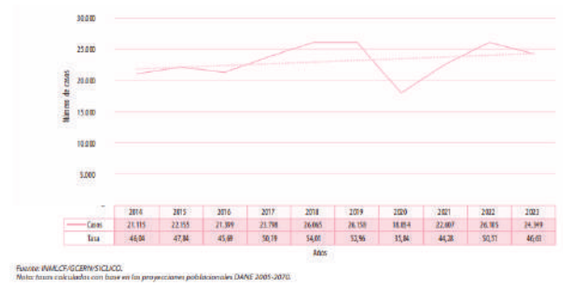
Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
(00 a 04)	395	13,48	1.326	6,19	1.721	7,07
(05 a 09)	958	32,70	3.282	15,32	4.240	17,41
(10 a 14)	897	30,61	9.527	44,48	10.424	42,81
(15 a 17)	312	10,61	3.068	14,32	3.380	13,88

Fuente: *Datos tomados de Forensis 2023*

De acuerdo a la pertenencia grupal se resalta que 283 niñas, niños y adolescentes se encontraban bajo protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 217 de sexo femenino y 66 de sexo masculino, y 221 se encontraban en condición de abandono, de los cuales 180 eran de sexo femenino y 41 de sexo masculino, lo que indica que de los 19.765 niños, niñas y adolescentes que fueron valorados el 97,45% se encontraban bajo el cuidado de sus familias. En cuanto al presunto agresor y de acuerdo al sexo de la víctima 9.233 mujeres y 1.168 hombres fueron atacados por sus familiares, 4.489 mujeres y 911 hombres fueron víctimas de un conocido, mientras que los desconocidos atacaron a 950 mujeres y 149 hombres, y por delincuencia común fueron atacadas 77 mujeres y 14 hombres. El escenario del hecho donde más se presentó este presunto delito fue la vivienda, con 16.204 casos en mujeres y 2.002 en hombres, seguido de la calle, los centros educativos y los lugares de hospedaje.

Las actividades que se registraron durante el hecho fueron principalmente las relacionadas con actividades vitales o aquellas relacionadas con el cuidado personal con un total de 9.851 víctimas (8.666 mujeres y 1.185 hombres), seguidas de actividades de desplazamiento de un lugar a otro, actividades de trabajo doméstico no pagado para el propio hogar, actividades relacionadas con asistencia a eventos culturales, de entrenamiento y/o deportivos, actividades relacionadas con el cuidado no pagado de miembros del hogar y actividades relacionadas con el aprendizaje.

El comportamiento de la violencia sexual en el país ha ido en aumento en los últimos años, con una variación importante durante el 2020 de lo cual se estima que debido al aislamiento obligatorio se presentó un subregistro importante de los casos de violencia sexual, más cuando los datos han mostrado de manera permanente que principalmente el escenario en el que se predomina la violencia sexual es la vivienda y el presunto agresor es un familiar o conocido. De acuerdo con los datos del INML-CF entre 2014 y 2023 se han realizado 231.805 valoraciones donde las niñas, niños y adolescentes son el grupo poblacional más afectado.



Fuente: INMLCF-IGCRPyS-SICLICO.
Notas: tasas calculadas con base en las proyecciones poblacionales DANE 2005-2070.

Fuente: *Tomado de Forensis 2023*

El ICBF reporta 71.582 Procesos Administrativos de Restablecimiento de Derechos PARD que se encuentran activos con corte al 31 mayo de 2025, donde el principal motivo de ingreso corresponde a 20.558 casos de violencia sexual lo que representa el 28,71 % del total de ingresos, siendo 17.654 de sexo femenino y 2.904 de sexo masculino. Los casos se concentran principalmente en la Regional Bogotá con 4.618 casos, Valle del Cauca con 2.212, en Antioquia 1.589 y en Atlántico 1.054 casos. Por su parte el Observatorio del Delito de la Policía Nacional de Colombia en su estadística delictiva para el 2024 cuenta con 14.904 registros de delitos sexuales cometidos contra niñas, niños y adolescentes, de los cuales 12.446 corresponden a víctimas de sexo femenino y 2.458 al sexo masculino. En cuanto a la distribución territorial Cundinamarca cuenta con 2.615 registros de estos 1.919 correspondientes a Bogotá, Antioquia tiene 1.859 de los cuales 694 ocurrieron en Medellín, en Valle del Cauca 1.173 con 534 registros en Cali, lo que concentra en estos tres departamentos el 37.9% de los registros. Los delitos se encuentran tipificados en el código penal entre los artículos 205 y 219 A. los cuales fueron: acceso carnal violento, acto sexual violento, acceso carnal o acto sexual con persona en incapacidad de resistir, acceso carnal o acto sexual con incapaz de resistir, actos sexuales con menor de 14 años, acoso sexual, proxenetismo con menor de edad, inducción a la prostitución, constreñimiento a la prostitución, demanda de explotacion sexual comercial de persona menor de 18 años de edad, estímulo a la prostitución, pornografía con menores, utilización o facilitación de medios de comunicación para ofrecer servicios sexuales de menores.

4. MARCO NORMATIVO

El artículo 1° de la Constitución enmarca a Colombia como un Estado que se caracteriza por ser democrático, participativo y pluralista.

Por su parte, el artículo 2° de la Constitución determina los fines esenciales del Estado como: servir a la comunidad, promover la prosperidad general, facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en *la vida económica,* política, administrativa y cultural de la Nación.

Así mismo, el artículo 44 de la Constitución Política anuncia los derechos fundamentales de los niños como: *la vida, la integridad física, la salud* y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.

De la misma manera, establece una obligación constitucional de *asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos*. Dicha obligación se encuentra en cabeza de la familia, la sociedad y el Estado.

El inciso final del artículo 44 de la Carta señala que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Ahora bien, en nuestro ordenamiento jurídico colombiano existe y se aplica el principio de interés superior del menor. Según la Corte Constitucional, este principio obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes, lo que implica adoptar un enfoque basado en derechos para garantizar su integridad física, psicológica, moral y espiritual[1]

De la misma manera, el Tribunal Constitucional determinó que (i) el interés superior del menor es un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y una norma de procedimiento[2] y (ii) debe ser tenido en cuenta en todas las decisiones de las instituciones públicas o privadas, los tribunales, órganos legislativos y autoridades administrativas.[3]

[1] T-240 de 2023, M.P. Alejandro Linares Castillo.
[2] Sentencias T-384 de 2018, T-033 de 2020 y T-051 de 2022
[3] sentencia T-384 de 2018

Finalmente, el artículo 8 de la Ley 1098 de 2006 *"Por el cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia"* aterrizó al ordenamiento jurídico interno el principio de interés superior del menor en los siguientes términos:

> "Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes"[4]

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

En cumplimiento de las obligaciones internacionales Colombia suscribió y ratificó la Convención sobre los derechos del niño, por medio de la Ley 12 de 1991. El artículo 3.1 de la Convención consagra que:

> *"(...)En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño(...)"*[5]

Por su parte, el artículo 3.2 de la Convención establece que:

> *"(...)Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas(...)".*[6]

Finalmente, los artículo 19.1 y 19.2 de la Convención establecen que:

> *"1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*

[4] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html#8
[5] https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf
[6] https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial".[7]

5. Impacto Fiscal

Con relación al impacto fiscal que genera la materialización de la presente iniciativa legislativa, corresponde al Ministerio de Hacienda conceptuar durante el trámite de la iniciativa de conformidad con lo establecido el artículo séptimo de la Ley 819 de 2003 que estableció que cualquier proyecto de ley que otorgue gasto o que otorgue beneficios tributarios deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

De igual forma, La Corte Constitucional ha sostenido que la finalidad del artículo 7 de la Ley 819 de 2003 es garantizar que las leyes que se expidan tengan en cuenta las realidades macroeconómicas del país, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda, en el siguiente sentido:

"36. Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del art. 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda. Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el Ministro de Hacienda. Por otra parte, es preciso reiterar que, si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003. Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente."

[7] https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

6. Relación de posibles conflictos de intereses

El artículo 293 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019 establece la obligación de los autores y ponentes de presentar en el cuerpo de la exposición de motivos las posibles circunstancias o eventos que pueden configurar un conflicto de interés a la luz del artículo 286 de la Ley 5 de 1992.

En el caso particular, es necesario mencionar que el inciso segundo del artículo 286 del reglamento del Congreso establece lo siguiente:

"(....) Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:
a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.
b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro(...)"

De la norma citada se puede evidenciar lo siguiente: la implementación de un proyecto de ley que adopta medidas integrales para la prevención de la violencia sexual en los entornos protectores es una medida de carácter general que beneficia a todos y no configura, a futuro, un beneficio para los congresistas.

Ahora bien, el Consejo de Estado en Sentencia proferida el 10 de noviembre de 2009, hace las siguientes precisiones al referirse a los elementos que deben concurrir para que se configure la violación al régimen de conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura:

"No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna".

Sin embargo, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

7. Pliego de modificaciones

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
ARTÍCULO 1°. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer medidas integrales, articuladas e intersectoriales para la prevención del abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes mediante el fortalecimiento de entornos protectores en los ámbitos educativos, familiares, comunitarios y digitales.	**ARTÍCULO 1°. OBJETO.** La presente ley tiene por objeto establecer medidas integrales, articuladas e intersectoriales para la prevención del abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes mediante el fortalecimiento de entornos protectores en los ámbitos educativos, familiares, comunitarios y digitales.	Sin modificación
ARTÍCULO 2°. DEFINICIONES. Para los efectos de la presente ley se entenderá por: **1. Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes:** Todo acto sexual, tentativa de acto sexual, comentario o insinuación sexual no deseada, o acción para comercializar o utilizar de cualquier forma la sexualidad de un niño, niña o adolescente mediante coacción, manipulación, amenaza, engaño, fuerza o cualquier forma de presión independientemente de la relación entre la víctima y el agresor. **2. Violencia sexual digital:** Toda acción con connotación sexual ejercida a través de medios tecnológicos o plataformas digitales, que cause daño, coacción, intimidación o vulneración de la intimidad y la dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Incluye entre otras formas, el grooming, el sexting no consentido, la difusión de material íntimo sin autorización y la explotación sexual digital. **3. Entorno seguro y protector:** Es un espacio físico, emocional, social o digital caracterizado por el buen trato, el afecto y la ausencia de cualquier forma de violencia, abuso, negligencia o explotación. En estos entornos, las relaciones se rigen por el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo su desarrollo integral, su participación y su bienestar. **4. Prevención integral:** Es el conjunto de acciones pedagógicas, informativas, institucionales y comunitarias encaminadas orientadas a sensibilizar, orientar y generar conciencia sobre la existencia de la violencia sexual infantil y sus consecuencias; con la finalidad de dotar a los niños, niñas y adolescentes de con herramientas que les permitan protegerse, identificar situaciones de riesgo y buscar ayuda. **5. Entornos digitales seguros:** Espacios virtuales en los que se promueve el uso responsable, informado y protegido de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de niños, niñas y adolescentes, con medidas específicas para prevenir riesgos de abuso, acoso o explotación. **6. Participación infantil:** Es el derecho y la capacidad de los niños, niñas y adolescentes para expresar libremente sus opiniones, ideas y decisiones en todos los asuntos que les afectan. **7. Entornos educativos protectores:** Es todo espacio físico, emocional y social dentro de las instituciones educativas como escuelas, colegios, jardines infantiles y centros de formación que se encuentran libres	**ARTÍCULO 2°. DEFINICIONES.** Para los efectos de la presente ley se entenderá por: **1. Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes:** Todo acto sexual, tentativa de acto sexual, comentario o insinuación sexual no deseada, o acción para comercializar o utilizar de cualquier forma la sexualidad de un niño, niña o adolescente mediante coacción, manipulación, amenaza, engaño, fuerza o cualquier forma de presión independientemente de la relación entre la víctima y el agresor. **2. Violencia sexual digital:** Toda acción con connotación sexual ejercida a través de medios tecnológicos o plataformas digitales, que cause daño, coacción, intimidación o vulneración de la intimidad y la dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Incluye entre otras formas, el grooming, el sexting no consentido, la difusión de material íntimo sin autorización y la explotación sexual digital. **3. Entorno seguro y protector:** Es un espacio físico, emocional, social o digital caracterizado por el buen trato, el afecto y la ausencia de cualquier forma de violencia, abuso, negligencia o explotación. En estos entornos, las relaciones se rigen por el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo su desarrollo integral, su participación y su bienestar. **4. Prevención integral:** Es el conjunto de acciones pedagógicas, informativas, institucionales y comunitarias encaminadas orientadas a sensibilizar, orientar y generar conciencia sobre la existencia de la violencia sexual infantil y sus consecuencias; con la finalidad de dotar a los niños, niñas y adolescentes de con herramientas que les permitan protegerse, identificar situaciones de riesgo y buscar ayuda. **5. Entornos digitales seguros:** Espacios virtuales en los que se promueve el uso responsable, informado y protegido de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de niños, niñas y adolescentes, con medidas específicas para prevenir riesgos de abuso, acoso o explotación. **6. Participación infantil:** Es el derecho y la capacidad de los niños, niñas y adolescentes para expresar libremente sus opiniones, ideas y decisiones en todos los asuntos que les afectan. **7. Entornos educativos protectores:** Es todo espacio físico, emocional y social dentro de las instituciones educativas como escuelas, colegios, jardines infantiles y centros de formación que se encuentran libres de violencia, discriminación, acoso y explotación, garantizando la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.	Sin modificación

de violencia, discriminación, acoso y explotación, garantizando la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. **8. Entornos familiares protectores:** Un núcleo familiar garante de derechos que a través del buen trato, el afecto y una comunicación efectiva construye un hogar seguro y de confianza para niños, niñas y adolescentes, asegurando el respeto por sus derechos mientras se les equipa activamente con herramientas de autoprotección y se genera la confianza irrestricta para que se sientan seguros al manifestar cualquier situación de riesgo o abuso. **9, Entornos comunitarios protectores:** Es el espacio social y físico donde la comunidad asume por corresponsabilidad, la protección activa de niños, niñas y adolescentes. Se caracteriza por la vigilancia solidaria y el apoyo mutuo, opera como una red de alerta temprana para prevenir cualquier tipo de violencia y garantizando la prevalencia de los derechos e interés superior de los NNA. Artículo 44 de la CP, artículo 7 y 43 de la ley 1098 de 2006 (código de infancia y adolescencia), además de las sentencias ya mencionadas	**8. Entornos familiares protectores:** Un núcleo familiar garante de derechos que a través del buen trato, el afecto y una comunicación efectiva construye un hogar seguro y de confianza para niños, niñas y adolescentes, asegurando el respeto por sus derechos mientras se les equipa activamente con herramientas de autoprotección y se genera la confianza irrestricta para que se sientan seguros al manifestar cualquier situación de riesgo o abuso. **9, Entornos comunitarios protectores:** Es el espacio social y físico donde la comunidad asume por corresponsabilidad, la protección activa de niños, niñas y adolescentes. Se caracteriza por la vigilancia solidaria y el apoyo mutuo, opera como una red de alerta temprana para prevenir cualquier tipo de violencia y garantizando la prevalencia de los derechos e interés superior de los NNA. Artículo 44 de la CP, artículo 7 y 43 de la ley 1098 de 2006 (código de infancia y adolescencia), además de las sentencias ya mencionadas	
ARTÍCULO 3°. EDUCACIÓN INTEGRAL EN PREVENCIÓN Y DERECHOS. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con las secretarías de educación de los entes territoriales y en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones garantizarán la implementación obligatoria, progresiva y evaluable de contenidos pedagógicos sobre la prevención del abuso y la violencia sexual, los derechos humanos, la salud mental, el uso seguro de entornos digitales, el desarrollo socioemocional y las rutas de denuncia, en todas las instituciones educativas oficiales y no oficiales del país, desde la educación inicial hasta la educación media. Dichos contenidos deberán integrarse de forma transversal en el currículo escolar con enfoque diferencial de edad, género, territorialidad, diversidad étnica y cultural. Deberán además contemplar recursos pedagógicos específicos dirigidos a niñas, niños y adolescentes, así como a madres, padres, cuidadores y tutores.	**ARTÍCULO 3°. EDUCACIÓN INTEGRAL EN PREVENCIÓN Y DERECHOS.** El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con las secretarías de educación de los entes territoriales y en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones garantizarán la implementación obligatoria, progresiva y evaluable de contenidos pedagógicos sobre la prevención del abuso y la violencia sexual, los derechos humanos, la salud mental, el uso seguro de entornos digitales, el desarrollo socioemocional y las rutas de denuncia, en todas las instituciones educativas oficiales y no oficiales del país, desde la educación inicial hasta la educación media. Dichos contenidos deberán integrarse de forma transversal en el currículo escolar con enfoque diferencial de edad, género, territorialidad, diversidad étnica y cultural. Deberán además contemplar recursos pedagógicos específicos dirigidos a niñas, niños y adolescentes, así como a madres, padres, cuidadores y tutores.	Sin modificación
deberán conformar y operar equipos interdisciplinarios con enfoque psicosocial, pedagógico, restaurativo y de protección jurídico legal los cuales tendrán a su cargo: **1,** La atención emocional inmediata, valoración diagnóstica y seguimiento integral. **2,** La intervención restaurativa en los entornos escolares y comunitarios. **3,** La capacitación docente, cuidadores y agentes comunitarios en salud mental y detección de signos de riesgo.	interdisciplinarios con enfoque psicosocial, pedagógico, restaurativo y de protección jurídico legal los cuales tendrán a su cargo: **1,** La atención emocional inmediata, valoración diagnóstica y seguimiento integral. **2,** La intervención restaurativa en los entornos escolares y comunitarios. **3,** La capacitación docente, cuidadores y agentes comunitarios en salud mental y detección de signos de riesgo.	
ARTÍCULO 5º. FORMACIÓN OBLIGATORIA EN PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. El Ministerio de Educación Nacional, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y las secretarías de educación de los entes territoriales, diseñarán e implementarán un programa nacional de formación obligatoria y periódica para docentes, directivos docentes y orientadores escolares, en temas relacionados con la prevención, detección y atención del abuso sexual infantil. Este programa deberá contemplar **1,** El conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes. **2,** Herramientas para la identificación de factores de riesgo, signos de alerta y conductas sospechosas, así como para una primera aproximación sensible. **3,** Rutas de atención institucional y protocolos de actuación escolar ante situaciones de presunto abuso sexual. **4,** Estrategias para la creación y mantenimiento de ambientes escolares seguros, que fomenten la confianza de niños, niñas y adolescentes para comunicar situaciones de riesgo o abuso. **5,** Capacitación específica en entornos rurales, étnicos y con necesidades especiales. **6,** La implementación de mecanismos de evaluación periódica del programa y su consecuente actualización, garantizando su pertinencia y eficacia. Las instituciones educativas públicas y privadas deberán garantizar la participación	**ARTÍCULO 5º. FORMACIÓN OBLIGATORIA EN PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.** El Ministerio de Educación Nacional, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y las secretarías de educación de los entes territoriales, diseñarán e implementarán un programa nacional de formación obligatoria y periódica para docentes, directivos docentes y orientadores escolares, en temas relacionados con la prevención, detección y atención del abuso sexual infantil. Este programa deberá contemplar **1,** El conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes. **2,** Herramientas para la identificación de factores de riesgo, signos de alerta y conductas sospechosas, así como para una primera aproximación sensible. **3,** Rutas de atención institucional y protocolos de actuación escolar ante situaciones de presunto abuso sexual. **4,** Estrategias para la creación y mantenimiento de ambientes escolares seguros, que fomenten la confianza de niños, niñas y adolescentes para comunicar situaciones de riesgo o abuso. **5,** Capacitación específica en entornos rurales, étnicos y con necesidades especiales. **6,** La implementación de mecanismos de evaluación periódica del programa y su consecuente actualización, garantizando su pertinencia y eficacia. Las instituciones educativas públicas y privadas deberán garantizar la participación efectiva del personal de la comunidad educativa con contacto directo o indirecto con niños, niñas y	Sin modificación

niños y adolescentes, así como a madres, padres, cuidadores y tutores. Las instituciones educativas deberán promover espacios permanentes de participación infantil, diálogo, cuidado colectivo y conocimiento de las rutas de atención y protección frente a situaciones de riesgo o abuso. Las instituciones educativas deberán reportar anualmente al Ministerio de Educación Nacional el avance en la implementación y ejecución de los contenidos definidos en este artículo, con base en indicadores de cumplimiento establecidos por dicha cartera. **Parágrafo 1.** El Ministerio de Educación Nacional diseñará y garantizará programas de **formación y capacitación permanente para docentes y directivos** en la implementación de estos contenidos, así como estrategias de acompañamiento técnico a las instituciones educativas para asegurar la calidad de la educación integral. **Parágrafo 2.** La implementación de las disposiciones de este artículo se realizará con cargo a las asignaciones presupuestales del Ministerio de Educación Nacional y las entidades territoriales, conforme a los principios de concurrencia y complementariedad. **Parágrafo 3** El incumplimiento injustificado de las obligaciones establecidas en el presente artículo por parte de las instituciones educativas, oficiales y no oficiales, dará lugar a las sanciones correspondientes.	Las instituciones educativas deberán promover espacios permanentes de participación infantil, diálogo, cuidado colectivo y conocimiento de las rutas de atención y protección frente a situaciones de riesgo o abuso. Las instituciones educativas deberán reportar anualmente al Ministerio de Educación Nacional el avance en la implementación y ejecución de los contenidos definidos en este artículo, con base en indicadores de cumplimiento establecidos por dicha cartera. **Parágrafo 1.** El Ministerio de Educación Nacional diseñará y garantizará programas de **formación y capacitación permanente para docentes y directivos** en la implementación de estos contenidos, así como estrategias de acompañamiento técnico a las instituciones educativas para asegurar la calidad de la educación integral. **Parágrafo 2.** La implementación de las disposiciones de este artículo se realizará con cargo a las asignaciones presupuestales del Ministerio de Educación Nacional y las entidades territoriales, conforme a los principios de concurrencia y complementariedad. **Parágrafo 3** El incumplimiento injustificado de las obligaciones establecidas en el presente artículo por parte de las instituciones educativas, oficiales y no oficiales, dará lugar a las sanciones correspondientes.	
ARTÍCULO 4°. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las secretarías de salud de los entes territoriales, las comisarías de familia garantizarán el acceso oportuno, continuo y gratuito a servicios de salud mental y acompañamiento psicosocial para niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas o estén en riesgo de violencia sexual, así como para sus familias o cuidadores principales. Estas entidades, en articulación con las instituciones educativas oficiales y no oficiales	**ARTÍCULO 4°. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las secretarías de salud de los entes territoriales, las comisarías de familia garantizarán el acceso oportuno, continuo y gratuito a servicios de salud mental y acompañamiento psicosocial para niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas o estén en riesgo de violencia sexual, así como para sus familias o cuidadores principales. Estas entidades, en articulación con las instituciones educativas oficiales y no oficiales deberán conformar y operar equipos	
efectiva del personal de la comunidad educativa con contacto directo o indirecto con niños, niñas y adolescentes como requisito para el cumplimiento de su función protectora.	adolescentes como requisito para el cumplimiento de su función protectora.	
ARTÍCULO 6º. MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 1146 DE 2007, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: Artículo 3º. Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes. Créase el Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes, como instancia rectora de coordinación, articulación y orientación de la política pública, planes, programas o proyectos en esta materia. Estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y contará con capacidad de emitir lineamientos técnicos y orientaciones normativas para la formulación, implementación y evaluación de la política pública en esta materia El Comité estará integrado por los siguientes miembros, con voz y voto: 1. El Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá. 2. El Director del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, quien ejercerá la Secretaría Técnica. 3. El Ministro de Educación Nacional, o su delegado. 4. El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, o su delegado. 5. El Ministro de Justicia y del Derecho, o su delegado. 6. El Fiscal General de la Nación, o su delegado. 7. El Procurador General de la Nación, o su delegado. 8. El Defensor del Pueblo, o su delegado. 9. Director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 10. El Director de Protección y Servicios Especiales de la Policía Nacional (DIPRO), o su delegado. 11. Dos miembros representantes del nivel territorial, uno de los Comités Departamentales o Distritales y otro de los	**ARTÍCULO 6º. MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 1146 DE 2007, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: Artículo 3º. Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes.** Créase el Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes, como instancia rectora de coordinación, articulación y orientación de la política pública, planes, programas o proyectos en esta materia. Estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y contará con capacidad de emitir lineamientos técnicos y orientaciones normativas para la formulación, implementación y evaluación de la política pública en esta materia El Comité estará integrado por los siguientes miembros, con voz y voto: 11. El Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá. 12. El Director del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, quien ejercerá la Secretaría Técnica. 13. El Ministro de Educación Nacional, o su delegado. 14. El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, o su delegado. 15. El Ministro de Justicia y del Derecho, o su delegado. 16. El Fiscal General de la Nación, o su delegado. 17. El Procurador General de la Nación, o su delegado. 18. El Defensor del Pueblo, o su delegado. 19. Director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 20. El Director de Protección y Servicios Especiales de la Policía Nacional (DIPRO), o su delegado. 11. Dos miembros representantes del nivel territorial, uno de los Comités Departamentales o Distritales y otro de los Comités Municipales, cuyo mecanismo de elección será definido en el reglamento interno del Comité Nacional	

Comités Municipales, cuyo mecanismo de elección será definido en el reglamento interno del Comité Nacional 12. Dos delegados de las facultades de psicología de instituciones de educación superior del país, uno por las universidades públicas y otro por las universidades privadas. El mecanismo de elección será definido autónomamente por las respectivas instituciones de educación superior, de conformidad con sus principios democráticos y organizativos, y deberá ser comunicado al Ministerio de Educación Nacional. 13. Un representante de las Asociaciones Colombianas de Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Sexología, quien será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Consejo. 14. Un (1) representante de las organizaciones no gubernamentales que tengan por finalidad la prestación de servicios de protección de los niños, niñas y adolescentes, que será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Consejo **Parágrafo.** El Comité sesionará de manera ordinaria durante cuatro (4) veces al año, o de manera extraordinaria cuando uno de sus integrantes lo demande. **Parágrafo transitorio.** El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes deberá conformarse en un término de máximo cuatro (4) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	12. Dos delegados de las facultades de psicología de instituciones de educación superior del país, uno por las universidades públicas y otro por las universidades privadas. El mecanismo de elección será definido autónomamente por las respectivas instituciones de educación superior, de conformidad con sus principios democráticos y organizativos, y deberá ser comunicado al Ministerio de Educación Nacional. 13. Un representante de las Asociaciones Colombianas de Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Sexología, quien será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Consejo. 14. Un (1) representante de las organizaciones no gubernamentales que tengan por finalidad la prestación de servicios de protección de los niños, niñas y adolescentes, que será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Comité **Parágrafo.** El Comité sesionará de manera ordinaria durante cuatro (4) veces al año, o de manera extraordinaria cuando uno de sus integrantes lo demande. **Parágrafo transitorio.** El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes deberá conformarse en un término de máximo cuatro (4) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	
ARTÍCULO 7º. MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 4º DE LA LEY 1146 DE 2007, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: **Artículo 4º. Comités Territoriales para la Prevención de la Violencia Sexual.** En los departamentos, distritos y municipios se constituirán Comités Territoriales para la Prevención de la Violencia Sexual contra los Niños, Niñas y Adolescentes, estarán presididos por la Secretaría de Gobierno, o la Secretaría que tenga a su cargo las funciones misionales de protección de la infancia y adolescencia, y la secretaría técnica estará a cargo de la Secretaría de Salud, o quien ejerza las funciones misionales de salud en el territorio. En virtud del principio de autonomía territorial, corresponde a las Asambleas Departamentales, Concejos Distritales y Concejos Municipales, en un término máximo de doce (12) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, establecer mediante ordenanza o acuerdo, la conformación, funciones, mecanismos de elección, periodicidad de sesiones y reglas de funcionamiento de los respectivos Comités Territoriales. Estos comités deberán observar criterios de participación infantil y adolescente, enfoque diferencial, corresponsabilidad interinstitucional, articulación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) a nivel territorial, articulación con el Comité Nacional y coordinación con el Sistema Nacional de Alertas Tempranas. **Parágrafo 1**. Estos comités deberán observar criterios de participación infantil y adolescente, enfoque diferencial, corresponsabilidad interinstitucional, articulación con el Comité Nacional y coordinación con el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una representación intersectorial que incluya a las autoridades de salud, educación, protección y justicia, así como a la sociedad civil y, cuando sea pertinente, a organizaciones de niños, niñas y adolescentes. **Parágrafo 2.** En caso de que los órganos de representación política territorial no regulen lo dispuesto en este artículo dentro del plazo establecido, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior o la entidad competente, podrá emitir lineamientos técnicos obligatorios y modelos de ordenanza o acuerdo para su implementación, sin perjuicio de las demás acciones que garanticen la efectiva constitución de dichos comités	**ARTÍCULO 7º. MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 4º DE LA LEY 1146 DE 2007, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:** **Artículo 4º. Comités Territoriales para la Prevención de la Violencia Sexual.** En los departamentos, distritos y municipios se constituirán Comités Territoriales para la Prevención de la Violencia Sexual contra los Niños, Niñas y Adolescentes, estarán presididos por la Secretaría de Gobierno, o la Secretaría que tenga a su cargo las funciones misionales de protección de la infancia y adolescencia, y la secretaría técnica estará a cargo de la Secretaría de Salud, o quien ejerza las funciones misionales de salud en el territorio. En virtud del principio de autonomía territorial, corresponde a las Asambleas Departamentales, Concejos Distritales y Concejos Municipales, en un término máximo de doce (12) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, establecer mediante ordenanza o acuerdo, la conformación, funciones, mecanismos de elección, periodicidad de sesiones y reglas de funcionamiento de los respectivos Comités Territoriales. Estos comités deberán observar criterios de participación infantil y adolescente, enfoque diferencial, corresponsabilidad interinstitucional, articulación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) a nivel territorial, articulación con el Comité Nacional y coordinación con el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una representación intersectorial que incluya a las autoridades de salud, educación, protección y justicia, así como a la sociedad civil y, cuando sea pertinente, a organizaciones de niños, niñas y adolescentes. **Parágrafo 1**. Estos comités deberán observar criterios de participación infantil y adolescente, enfoque diferencial, corresponsabilidad interinstitucional, articulación con el Comité Nacional y coordinación con el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una representación intersectorial que incluya a las autoridades de salud, educación, protección y justicia, así como a la sociedad civil y, cuando sea pertinente, a organizaciones de niños, niñas y adolescentes. **Parágrafo 2.** En caso de que los órganos de representación política territorial no regulen lo dispuesto en este artículo dentro del plazo establecido, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior o la entidad competente, podrá emitir lineamientos técnicos obligatorios y modelos de ordenanza o acuerdo para su implementación, sin perjuicio de las demás acciones que garanticen la efectiva constitución de dichos comités	Sin modificación
ARTÍCULO 8° MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 5° DE LA LEY 2137 DE 2021, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: Artículo 5°. Funciones del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes. El Comité Nacional tendrá funciones de coordinación, formulación, evaluación y articulación de la política pública de prevención de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. En cumplimiento de su mandato, deberá: 1. Formular lineamientos técnicos, estratégicos y operativos para las entidades del orden nacional y territorial en materia de prevención, atención, reparación integral y acompañamiento continuo frente a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. 2. Diseñar e implementar un sistema de evaluación técnica y sistemática de los Planes Territoriales de Prevención, elaborados por los Comités Territoriales, empleando metodologías transparentes y criterios robustos de pertinencia, impacto y enfoque diferencial. 3. Evaluar los Planes Territoriales de Prevención definidos por los Comités Territoriales. 4. Diseñar procesos que definan estándares mínimos de actuación interinstitucional en detección temprana, protección urgente, atención psicosocial, reparación integral y procesos restaurativos. 5. Diseñar mecanismos de monitoreo y evaluación para el seguimiento de los estándares mínimos de actuación interinstitucional. 6. Diseñar estrategias nacionales de capacitación, sensibilización y comunicación pública. 7. Articular y coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional el desarrollo y actualización de los lineamientos de educación en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, garantizando su coherencia con la política pública integral y su implementación efectiva en el sistema educativo y de salud. 8. Producir conceptos técnicos y propuestas normativas, sustentados en evidencia científica y en un amplio diálogo con la sociedad civil y la academia, que deberán ser considerados por las autoridades competentes La desestimación de dichos conceptos requerirá de una justificación expresa y motivada por parte de la autoridad receptora. 9. Supervisar la implementación del Sistema Nacional de Alertas Tempranas y coordinar su funcionamiento técnico, interoperabilidad de datos, análisis territorial y uso para la toma de decisiones. 10. Monitorear la situación de violencia sexual infantil en el país mediante indicadores periódicos, segmentados por territorio, grupo poblacional y tipo de riesgo, y presentar reportes públicos trimestrales. 11. Establecer mecanismos de apoyo técnico y medidas extraordinarias para los entes territoriales con mayor índice de violencia sexual infantil. 12. Identificar y promover la movilización de recursos financieros y técnicos, tanto a nivel nacional como de cooperación internacional, destinados a la implementación de la política pública de prevención de la violencia sexual contra NNA. 13. Diseñar e implementar mecanismos para la participación significativa y protegida de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez, en la construcción y seguimiento de la política pública de prevención de la violencia sexual. 14. Articular con las autoridades judiciales y la Fiscalía General de la Nación la implementación de protocolos que garanticen la celeridad, especialización y un trato no revictimizante en la investigación y judicialización de los casos de violencia sexual contra NNA. 15. Diseñar, implementar y mantener un sistema permanente de seguimiento y evaluación de la política pública nacional en materia de prevención del abuso sexual infantil. Este sistema incluirá: i). Indicadores de cobertura, calidad e impacto. ii). Reportes segmentados por territorio, grupo poblacional y tipos de riesgo. iii). Evaluación de cumplimiento por parte de las entidades nacionales y territoriales. iv). Mecanismos de retroalimentación desde las comunidades, niños, niñas y adolescentes. 16. Convocar (2) veces al año, una audiencia pública nacional de rendición de cuentas, con participación de organizaciones infantiles, académicas y de control institucional. 17. Rendir informe anual ante las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso sobre las acciones, logros, dificultades y recomendaciones en	**ARTÍCULO 8° MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 5° DE LA LEY 2137 DE 2021, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: Artículo 5°. Funciones del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes.** El Comité Nacional tendrá funciones de coordinación, formulación, evaluación y articulación de la política pública de prevención de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. En cumplimiento de su mandato, deberá: 1. Formular lineamientos técnicos, estratégicos y operativos para las entidades del orden nacional y territorial en materia de prevención, atención, reparación integral y acompañamiento continuo frente a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. 2. Diseñar e implementar un sistema de evaluación técnica y sistemática de los Planes Territoriales de Prevención, elaborados por los Comités Territoriales, empleando metodologías transparentes y criterios robustos de pertinencia, impacto y enfoque diferencial. 3. Evaluar los Planes Territoriales de Prevención definidos por los Comités Territoriales. 4. Diseñar procesos que definan estándares mínimos de actuación interinstitucional en detección temprana, protección urgente, atención psicosocial, reparación integral y procesos restaurativos. 5. Diseñar mecanismos de monitoreo y evaluación para el seguimiento de los estándares mínimos de actuación interinstitucional. 6. Diseñar estrategias nacionales de capacitación, sensibilización y comunicación pública. 7. Articular y coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional el desarrollo y actualización de los lineamientos de educación en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, garantizando su coherencia con la política pública integral y su implementación efectiva en el sistema educativo y de salud. 8. Producir conceptos técnicos y propuestas normativas, sustentados en evidencia científica y en un amplio diálogo con la sociedad civil y la academia, que deberán ser considerados por las autoridades competentes La desestimación de dichos conceptos requerirá de una justificación expresa y motivada por parte de la autoridad receptora. 9. Supervisar la implementación del Sistema Nacional de Alertas Tempranas y coordinar su funcionamiento técnico, interoperabilidad de datos, análisis territorial y uso para la toma de decisiones. 10. Monitorear la situación de violencia sexual infantil en el país mediante indicadores periódicos, segmentados por territorio, grupo poblacional y tipo de riesgo, y presentar reportes públicos trimestrales. 11. Establecer mecanismos de apoyo técnico y medidas extraordinarias para los entes territoriales con mayor índice de violencia sexual infantil. 12. Identificar y promover la movilización de recursos financieros y técnicos, tanto a nivel nacional como de cooperación internacional, destinados a la implementación de la política pública de prevención de la violencia sexual contra NNA. 13. Diseñar e implementar mecanismos para la participación significativa y protegida de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez, en la construcción y seguimiento de la política pública de prevención de la violencia sexual. 14. Articular con las autoridades judiciales y la Fiscalía General de la Nación la implementación de protocolos que garanticen la celeridad, especialización y un trato no revictimizante en la investigación y judicialización de los casos de violencia sexual contra NNA. 15. Diseñar, implementar y mantener un sistema permanente de seguimiento y evaluación de la política pública nacional en materia de prevención del abuso sexual infantil. Este sistema incluirá: i). Indicadores de cobertura, calidad e impacto. ii). Reportes segmentados por territorio, grupo poblacional y tipos de riesgo. iii). Evaluación de cumplimiento por parte de las entidades nacionales y territoriales. iv). Mecanismos de retroalimentación desde las comunidades, niños, niñas y adolescentes. 16. Convocar (2) veces al año, una audiencia pública nacional de rendición de cuentas, con participación de organizaciones infantiles, académicas y de control institucional. 17. Rendir informe anual ante las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso sobre las acciones, logros, dificultades y recomendaciones en	Sin modificación

rendición de cuentas, con participación de organizaciones infantiles, académicas y de control institucional. 17. Rendir informe anual ante las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso sobre las acciones, logros, dificultades y recomendaciones en materia de prevención de la violencia sexual. 18. Adoptar su propio reglamento interno, estructura de subcomités temáticos y calendario anual de sesiones, garantizando la representación de los sectores definidos en el artículo 6° de esta ley. 19. Las demás funciones necesarias para garantizar la operación eficaz, coordinada y territorializada de la política pública de prevención de la violencia sexual infantil. **Parágrafo.** Las actas del Comité serán públicas y estarán disponibles a través de la Secretaría Técnica del ICBF. **Parágrafo transitorio.** El Comité Nacional deberá revisar, ajustar y armonizar sus actuales instrumentos de política, seguimiento y evaluación para garantizar su coherencia con las nuevas disposiciones de esta ley y optimizar su impacto, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en funcionamiento del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes	materia de prevención de la violencia sexual. 18. Adoptar su propio reglamento interno, estructura de subcomités temáticos y calendario anual de sesiones, garantizando la representación de los sectores definidos en el artículo 6° de esta ley. 19. Las demás funciones necesarias para garantizar la operación eficaz, coordinada y territorializada de la política pública de prevención de la violencia sexual infantil. **Parágrafo.** Las actas del Comité serán públicas y estarán disponibles a través de la Secretaría Técnica del ICBF. **Parágrafo transitorio.** El Comité Nacional deberá revisar, ajustar y armonizar sus actuales instrumentos de política, seguimiento y evaluación para garantizar su coherencia con las nuevas disposiciones de esta ley y optimizar su impacto, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en funcionamiento del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes	
ARTÍCULO 9°. COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL CON LOS COMITÉS TERRITORIALES Y EL SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS. El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual deberá garantizar la articulación permanente con los Comités Territoriales, a través de mecanismos de coordinación técnica, acompañamiento estratégico, intercambio de información y fortalecimiento de capacidades. Para tal fin, se establecerá un protocolo nacional de articulación interinstitucional entre el nivel central y los niveles departamental, distrital y municipal, el cual deberá ser adoptado mediante resolución conjunta del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el ICBF,	**ARTÍCULO 9°. COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL CON LOS COMITÉS TERRITORIALES Y EL SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS.** El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual deberá garantizar la articulación permanente con los Comités Territoriales, a través de mecanismos de coordinación técnica, acompañamiento estratégico, intercambio de información y fortalecimiento de capacidades. Para tal fin, se establecerá un protocolo nacional de articulación interinstitucional entre el nivel central y los niveles departamental, distrital y municipal, el cual deberá ser adoptado mediante resolución conjunta del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el ICBF, en un plazo no mayor a seis	Sin modificación

en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de en funcionamiento del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes. Dicho protocolo incluirá: **Coordinación Técnica Permanente y Acompañamiento Estratégico:** El Comité Nacional debe garantizar una coordinación técnica continua y un acompañamiento estratégico a los Comités Territoriales. Esto implica ofrecer orientación, experiencia y recursos para que los organismos territoriales implementen eficazmente las estrategias de prevención. **Intercambio de Información:** Establecer canales sólidos para el intercambio continuo de información. Esto asegura que los datos relevantes, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas fluyan sin problemas entre los niveles nacional y territorial, permitiendo la toma de decisiones informada y un enfoque unificado. **Fortalecimiento de Capacidades:** El Comité Nacional es responsable de fortalecer las capacidades de los Comités Territoriales. Esto podría incluir programas de capacitación, talleres y el suministro de herramientas para mejorar sus habilidades en prevención, respuesta y gestión de datos relacionados con la violencia sexual. **Reglas Claras de Comunicación Institucional:** Directrices definidas sobre cómo se comunicarán las instituciones en los diferentes niveles, asegurando un flujo de información eficiente y oportuno. **Metodologías Unificadas para la Evaluación de Riesgo:** Métodos estandarizados para evaluar el riesgo en todos los niveles, lo que conducirá a evaluaciones consistentes y comparables en todo el país. **Indicadores Comunes de Seguimiento y Gestión:** Indicadores compartidos para monitorear el progreso y gestionar los esfuerzos, lo que permitirá una comprensión unificada del impacto y la efectividad de las iniciativas de prevención. **Rutas Técnicas para la Activación y Respuesta desde el Sistema Nacional de Alertas Tempranas:** Procedimientos	(6) meses contados a partir de en funcionamiento del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes. Dicho protocolo incluirá: **Coordinación Técnica Permanente y Acompañamiento Estratégico:** El Comité Nacional debe garantizar una coordinación técnica continua y un acompañamiento estratégico a los Comités Territoriales. Esto implica ofrecer orientación, experiencia y recursos para que los organismos territoriales implementen eficazmente las estrategias de prevención. **Intercambio de Información:** Establecer canales sólidos para el intercambio continuo de información. Esto asegura que los datos relevantes, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas fluyan sin problemas entre los niveles nacional y territorial, permitiendo la toma de decisiones informada y un enfoque unificado. **Fortalecimiento de Capacidades:** El Comité Nacional es responsable de fortalecer las capacidades de los Comités Territoriales. Esto podría incluir programas de capacitación, talleres y el suministro de herramientas para mejorar sus habilidades en prevención, respuesta y gestión de datos relacionados con la violencia sexual. **Reglas Claras de Comunicación Institucional:** Directrices definidas sobre cómo se comunicarán las instituciones en los diferentes niveles, asegurando un flujo de información eficiente y oportuno. **Metodologías Unificadas para la Evaluación de Riesgo:** Métodos estandarizados para evaluar el riesgo en todos los niveles, lo que conducirá a evaluaciones consistentes y comparables en todo el país. **Indicadores Comunes de Seguimiento y Gestión:** Indicadores compartidos para monitorear el progreso y gestionar los esfuerzos, lo que permitirá una comprensión unificada del impacto y la efectividad de las iniciativas de prevención. **Rutas Técnicas para la Activación y Respuesta desde el Sistema Nacional de Alertas Tempranas:** Procedimientos técnicos claros para activar y responder a las alertas generadas por el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una respuesta	

técnicos claros para activar y responder a las alertas generadas por el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una respuesta coordinada y oportuna a las situaciones emergentes. **Designación de Enlaces Territoriales Permanentes:** El Comité Nacional designará dos enlaces territoriales permanentes. Uno será para departamentos y distritos, y el otro para municipios. Estos enlaces servirán como puntos de contacto institucionales principales y coordinarán el flujo de información entre los diferentes niveles, actuando como facilitadores cruciales para una comunicación y colaboración fluidas.	coordinada y oportuna a las situaciones emergentes. **Designación de Enlaces Territoriales Permanentes:** El Comité Nacional designará dos enlaces territoriales permanentes. Uno será para departamentos y distritos, y el otro para municipios. Estos enlaces servirán como puntos de contacto institucionales principales y coordinarán el flujo de información entre los diferentes niveles, actuando como facilitadores cruciales para una comunicación y colaboración fluidas.	
ARTÍCULO 10°. MONITOREO, EVALUACIÓN Y RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS. El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo de todas las entidades que lo conforman, deberá en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en funcionamiento del comité, diseñar e implementar un sistema de información y seguimiento que evalué la cobertura, la calidad y el impacto real y el cumplimiento de los derechos humanos en todas las políticas, planes, programas, proyectos y acciones de las entidades que componen el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en materia de Violencia Sexual contra NNA, además de analizar el desempeño, la gestión y los resultados del propio Comité Nacional. Este sistema también incluirá: **1,** Reportes segmentados por territorio, grupo poblacional y tipos de riesgo. **2,** Evaluación de cumplimiento por parte de las entidades nacionales y territoriales. **3,** Mecanismos de retroalimentación desde las comunidades, niños, niñas y adolescentes.	**ARTÍCULO 10°. MONITOREO, EVALUACIÓN Y RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS.** El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo de todas las entidades que lo conforman, deberá en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en funcionamiento del comité, diseñar e implementar un sistema de información y seguimiento que evalué la cobertura, la calidad y el impacto real y el cumplimiento de los derechos humanos en todas las políticas, planes, programas, proyectos y acciones de las entidades que componen el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en materia de Violencia Sexual contra NNA, además de analizar el desempeño, la gestión y los resultados del propio Comité Nacional. Este sistema también incluirá: **1,** Reportes segmentados por territorio, grupo poblacional y tipos de riesgo. **2,** Evaluación de cumplimiento por parte de las entidades nacionales y territoriales. **3,** Mecanismos de retroalimentación desde las comunidades, niños, niñas y adolescentes.	Sin modificación
ARTÍCULO 11°. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	**ARTÍCULO 11°. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	Sin modificación

8. Proposición

En virtud de las consideraciones expuestas, solicitamos respetuosamente a los Honorables Congresistas de la Comisión Séptima del Senado de la República dar PRIMER DEBATE y APROBAR el Proyecto de Ley No. 003 de 2025, *"por medio de la cual se adoptan medidas integrales para la prevención de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, se fortalecen los entornos protectores, se modifican las leyes 1146 de 2007, 2137 de 2021 y se dictan otras disposiciones"*.

De la Honorable Senadora,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Ponente Única – Proyecto de Ley 003 de 2025

9. Texto propuesto para primer debate

PROYECTO DE LEY N° 003 DE 2025 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS INTEGRALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, SE FORTALECEN LOS ENTORNOS PROTECTORES, SE MODIFICAN LAS LEYES 1146 DE 2007, 2137 DE 2021 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTÍCULO 1°. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer medidas integrales, articuladas e intersectoriales para la prevención del abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes mediante el fortalecimiento de entornos protectores en los ámbitos educativos, familiares, comunitarios y digitales.

ARTÍCULO 2°. DEFINICIONES. Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

1. **Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes:** Todo acto sexual, tentativa de acto sexual, comentario o insinuación sexual no deseada, o acción para comercializar o utilizar de cualquier forma la sexualidad de un niño, niña o adolescente mediante coacción, manipulación, amenaza, engaño, fuerza o cualquier forma de presión independientemente de la relación entre la víctima y el agresor.
2. **Violencia sexual digital:** Toda acción con connotación sexual ejercida a través de medios tecnológicos o plataformas digitales, que cause daño, coacción, intimidación o vulneración de la intimidad y la dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Incluye entre otras formas, el grooming, el sexting no consentido, la difusión de material íntimo sin autorización y la explotación sexual digital.
3. **Entorno seguro y protector:** Es un espacio físico, emocional, social o digital caracterizado por el buen trato, el afecto y la ausencia de cualquier forma de violencia, abuso, negligencia o explotación. En estos entornos, las relaciones se rigen por el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo su desarrollo integral, su participación y su bienestar.
4. **Prevención integral:** Es el conjunto de acciones pedagógicas, informativas, institucionales y comunitarias encaminadas orientadas a sensibilizar, orientar y generar conciencia sobre la existencia de la violencia sexual infantil y sus consecuencias; con la finalidad de dotar a los niños, niñas y adolescentes de con herramientas que les permitan protegerse, identificar situaciones de riesgo y buscar ayuda.
5. **Entornos digitales seguros:** Espacios virtuales en los que se promueve el uso responsable, informado y protegido de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de niños, niñas y adolescentes, con medidas específicas para prevenir riesgos de abuso, acoso o explotación.
6. **Participación infantil:** Es el derecho y la capacidad de los niños, niñas y adolescentes para expresar libremente sus opiniones, ideas y decisiones en todos los asuntos que les afectan.
7. **Entornos educativos protectores:** Es todo espacio físico, emocional y social dentro de las instituciones educativas como escuelas, colegios, jardines infantiles y centros de formación que se encuentran libres de violencia, discriminación, acoso y explotación, garantizando la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.
8. **Entornos familiares protectores:** Un núcleo familiar garante de derechos que a través del buen trato, el afecto y una comunicación efectiva construye un hogar seguro y de confianza para niños, niñas y adolescentes, asegurando el respeto por sus derechos mientras se les equipa activamente con herramientas de autoprotección y se genera la confianza irrestricta para que se sientan seguros al manifestar cualquier situación de riesgo o abuso.
9. **Entornos comunitarios protectores:** Es el espacio social y físico donde la comunidad asume por corresponsabilidad, la protección activa de niños, niñas y adolescentes. Se caracteriza por la vigilancia solidaria y el apoyo mutuo, opera como una red de alerta temprana para prevenir cualquier tipo de violencia y garantizando la prevalencia de los derechos e interés superior de los NNA. Articulo 44 de la CP, artículo 7 y 43 de la ley 1098 de 2006 (código de infancia y adolescencia), además de las sentencias ya mencionadas

ARTÍCULO 3°. EDUCACIÓN INTEGRAL EN PREVENCIÓN Y DERECHOS.

El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con las secretarías de educación de los entes territoriales y en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones garantizarán la implementación obligatoria, progresiva y evaluable de contenidos pedagógicos sobre la prevención del abuso y la violencia sexual, los derechos humanos, la salud mental, el uso seguro de entornos digitales, el desarrollo socioemocional y las rutas de denuncia, en todas las instituciones educativas oficiales y no oficiales del país, desde la educación inicial hasta la educación media.

Dichos contenidos deberán integrarse de forma transversal en el currículo escolar con enfoque diferencial de edad, género, territorialidad, diversidad étnica y cultural. Deberán además contemplar recursos pedagógicos específicos dirigidos a niñas, niños y adolescentes, así como a madres, padres, cuidadores y tutores.

Las instituciones educativas deberán promover espacios permanentes de participación infantil, diálogo, cuidado colectivo y conocimiento de las rutas de atención y protección frente a situaciones de riesgo o abuso.

Las instituciones educativas deberán reportar anualmente al Ministerio de Educación Nacional el avance en la implementación y ejecución de los contenidos definidos en este artículo, con base en indicadores de cumplimiento establecidos por dicha cartera.

Parágrafo 1. El Ministerio de Educación Nacional diseñará y garantizará programas de **formación y capacitación permanente para docentes y directivos** en la implementación de estos contenidos, así como estrategias de acompañamiento técnico a las instituciones educativas para asegurar la calidad de la educación integral.

Parágrafo 2. La implementación de las disposiciones de este artículo se realizará con cargo a las asignaciones presupuestales del Ministerio de Educación Nacional y las entidades territoriales, conforme a los principios de concurrencia y complementariedad.

Parágrafo 3 El incumplimiento injustificado de las obligaciones establecidas en el presente artículo por parte de las instituciones educativas, oficiales y no oficiales, dará lugar a las sanciones correspondientes.

ARTÍCULO 4°. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las secretarías de salud de los entes territoriales, las comisarías de familia garantizarán el acceso oportuno, continuo y gratuito a servicios de salud mental y acompañamiento psicosocial para niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas o estén en riesgo de violencia sexual, así como para sus familias o cuidadores principales.

Estas entidades, en articulación con las instituciones educativas oficiales y no oficiales deberán conformar y operar equipos interdisciplinarios con enfoque psicosocial, pedagógico, restaurativo y de protección jurídico legal los cuales tendrán a su cargo:

1. La atención emocional inmediata, valoración diagnóstica y seguimiento integral.
2. La intervención restaurativa en los entornos escolares y comunitarios.
3. La capacitación docente, cuidadores y agentes comunitarios en salud mental y detección de signos de riesgo.

ARTÍCULO 5º. FORMACIÓN OBLIGATORIA EN PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. El Ministerio de Educación Nacional, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y las secretarías de educación de los entes territoriales, diseñarán e implementarán un programa nacional de formación obligatoria y periódica para docentes, directivos docentes y orientadores escolares, en temas relacionados con la prevención, detección y atención del abuso sexual infantil.

Este programa deberá contemplar

- El conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes.
- Herramientas para la identificación de factores de riesgo, signos de alerta y conductas sospechosas, así como para una primera aproximación sensible.
- Rutas de atención institucional y protocolos de actuación escolar ante situaciones de presunto abuso sexual.
- Estrategias para la creación y mantenimiento de ambientes escolares seguros, que fomenten la confianza de niños, niñas y adolescentes para comunicar situaciones de riesgo o abuso.
- Capacitación específica en entornos rurales, étnicos y con necesidades especiales.
- La implementación de mecanismos de evaluación periódica del programa y su consecuente actualización, garantizando su pertinencia y eficacia.

Las instituciones educativas públicas y privadas deberán garantizar la participación efectiva del personal de la comunidad educativa con contacto directo o indirecto con niños, niñas y adolescentes como requisito para el cumplimiento de su función protectora.

ARTÍCULO 6º. MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 1146 DE 2007, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: Artículo 3º. Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes. Créase el Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes, como instancia rectora de coordinación, articulación y orientación de la política pública, planes, programas o proyectos en esta materia. Estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y contará con capacidad de emitir lineamientos técnicos y orientaciones normativas para la formulación, implementación y evaluación de la política pública en esta materia

El Comité estará integrado por los siguientes miembros, con voz y voto:

1. El Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Director del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, quien ejercerá la Secretaría Técnica.
3. El Ministro de Educación Nacional, o su delegado.
4. El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, o su delegado.
5. El Ministro de Justicia y del Derecho, o su delegado.
6. El Fiscal General de la Nación, o su delegado.
7. El Procurador General de la Nación, o su delegado.
8. El Defensor del Pueblo, o su delegado.
9. Director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

10. El Director de Protección y Servicios Especiales de la Policía Nacional (DIPRO), o su delegado.

11. Dos miembros representantes del nivel territorial, uno de los Comités Departamentales o Distritales y otro de los Comités Municipales, cuyo mecanismo de elección será definido en el reglamento interno del Comité Nacional

12. Dos delegados de las facultades de psicología de instituciones de educación superior del país, uno por las universidades públicas y otro por las universidades privadas. El mecanismo de elección será definido autónomamente por las respectivas instituciones de educación superior, de conformidad con sus principios democráticos y organizativos, y deberá ser comunicado al Ministerio de Educación Nacional.

13. Un representante de las Asociaciones Colombianas de Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Sexología, quien será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Consejo.

14. Un (1) representante de las organizaciones no gubernamentales que tengan por finalidad la prestación de servicios de protección de los niños, niñas y adolescentes, que será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Comité

Parágrafo. El Comité sesionará de manera ordinaria durante cuatro (4) veces al año, o de manera extraordinaria cuando uno de sus integrantes lo demande.

Parágrafo transitorio. El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes deberá conformarse en un término de máximo cuatro (4) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

ARTÍCULO 7º. MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 4º DE LA LEY 1146 DE 2007, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ:

Artículo 4º. Comités Territoriales para la Prevención de la Violencia Sexual. En los departamentos, distritos y municipios se constituirán Comités Territoriales para la Prevención de la Violencia Sexual contra los Niños, Niñas y Adolescentes, estarán presididos por la Secretaría de Gobierno, o la Secretaría que tenga a su cargo las funciones misionales de protección de la infancia y adolescencia, y la secretaría técnica estará a cargo de la Secretaría de Salud, o quien ejerza las funciones misionales de salud en el territorio.

En virtud del principio de autonomía territorial, corresponde a las Asambleas Departamentales, Concejos Distritales y Concejos Municipales, en un término máximo de doce (12) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, establecer mediante ordenanza o acuerdo, la conformación, funciones, mecanismos de elección, periodicidad de sesiones y reglas de funcionamiento de los respectivos Comités Territoriales.

Estos comités deberán observar criterios de participación infantil y adolescente, enfoque diferencial, corresponsabilidad interinstitucional, articulación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) a nivel territorial, articulación con el Comité Nacional y coordinación con el Sistema Nacional de Alertas Tempranas.

Parágrafo 1. Estos comités deberán observar criterios de participación infantil y adolescente, enfoque diferencial, corresponsabilidad interinstitucional, articulación con el Comité Nacional y coordinación con el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una representación intersectorial que incluya a las autoridades de salud, educación, protección y justicia, así como a la sociedad civil y, cuando sea pertinente, a organizaciones de niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo 2. En caso de que los órganos de representación política territorial no regulen lo dispuesto en este artículo dentro del plazo establecido, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior o la entidad competente, podrá emitir lineamientos técnicos obligatorios y modelos de ordenanza o acuerdo para su implementación, sin perjuicio de las demás acciones que garanticen la efectiva constitución de dichos comités

ARTÍCULO 8° MODIFÍQUESE EL ARTÍCULO 5° DE LA LEY 2137 DE 2021, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: Artículo 5°. Funciones del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes. El Comité Nacional tendrá funciones de coordinación, formulación, evaluación y articulación de la política pública de prevención de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. En cumplimiento de su mandato, deberá:

1. Formular lineamientos técnicos, estratégicos y operativos para las entidades del orden nacional y territorial en materia de prevención, atención, reparación integral y acompañamiento continuo frente a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes.
2. Diseñar e implementar un sistema de evaluación técnica y sistemática de los Planes Territoriales de Prevención, elaborados por los Comités Territoriales, empleando metodologías transparentes y criterios robustos de pertinencia, impacto y enfoque diferencial.
3. Evaluar los Planes Territoriales de Prevención definidos por los Comités Territoriales.
4. Diseñar procesos que definan estándares mínimos de actuación interinstitucional en detección temprana, protección urgente, atención psicosocial, reparación integral y procesos restaurativos.
5. Diseñar mecanismos de monitoreo y evaluación para el seguimiento de los estándares mínimos de actuación interinstitucional.
6. Diseñar estrategias nacionales de capacitación, sensibilización y comunicación pública.
7. Articular y coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional el desarrollo y actualización de los lineamientos de educación en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, garantizando su coherencia con la política pública integral y su implementación efectiva en el sistema educativo y de salud.
8. Producir conceptos técnicos y propuestas normativas, sustentados en evidencia científica y en un amplio diálogo con la sociedad civil y la academia, que deberán ser considerados por las autoridades competentes La desestimación de dichos conceptos requerirá de una justificación expresa y motivada por parte de la autoridad receptora.
9. Supervisar la implementación del Sistema Nacional de Alertas Tempranas y coordinar su funcionamiento técnico, interoperabilidad de datos, análisis territorial y uso para la toma de decisiones.
10. Monitorear la situación de violencia sexual infantil en el país mediante indicadores periódicos, segmentados por territorio, grupo poblacional y tipo de riesgo, y presentar reportes públicos trimestrales.
11. Establecer mecanismos de apoyo técnico y medidas extraordinarias para los entes territoriales con mayor índice de violencia sexual infantil.
12. Identificar y promover la movilización de recursos financieros y técnicos, tanto a nivel nacional como de cooperación internacional, destinados a la implementación de la política pública de prevención de la violencia sexual contra NNA.
13. Diseñar e implementar mecanismos para la participación significativa y protegida de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez, en la construcción y seguimiento de la política pública de prevención de la violencia sexual.
14. Articular con las autoridades judiciales y la Fiscalía General de la Nación la implementación de protocolos que garanticen la celeridad, especialización y un trato no revictimizante en la investigación y judicialización de los casos de violencia sexual contra NNA.
15. Diseñar, implementar y mantener un sistema permanente de seguimiento y evaluación de la política pública nacional en materia de prevención del abuso sexual infantil. Este sistema incluirá: i). Indicadores de cobertura, calidad e impacto. ii). Reportes segmentados por territorio, grupo poblacional y tipos de riesgo. iii). Evaluación de cumplimiento por parte de las entidades nacionales y territoriales. iv). Mecanismos de retroalimentación desde las comunidades, niños, niñas y adolescentes.
16. Convocar (2) veces al año, una audiencia pública nacional de rendición de cuentas, con participación de organizaciones infantiles, académicas y de control institucional.
17. Rendir informe anual ante las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso sobre las acciones, logros, dificultades y recomendaciones en materia de prevención de la violencia sexual.
18. Adoptar su propio reglamento interno, estructura de subcomités temáticos y calendario anual de sesiones, garantizando la representación de los sectores definidos en el artículo 6° de esta ley.
19. Las demás funciones necesarias para garantizar la operación eficaz, coordinada y territorializada de la política pública de prevención de la violencia sexual infantil.

Parágrafo. Las actas del Comité serán públicas y estarán disponibles a través de la Secretaría Técnica del ICBF.

Parágrafo transitorio. El Comité Nacional deberá revisar, ajustar y armonizar sus actuales instrumentos de política, seguimiento y evaluación para garantizar su coherencia con las nuevas disposiciones de esta ley y optimizar su impacto, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en funcionamiento del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes

ARTÍCULO 9°. COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL CON LOS COMITÉS TERRITORIALES Y EL SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS. El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual deberá garantizar la articulación permanente con los Comités Territoriales, a través de mecanismos de coordinación técnica, acompañamiento estratégico, intercambio de información y fortalecimiento de capacidades.

Para tal fin, se establecerá un protocolo nacional de articulación interinstitucional entre el nivel central y los niveles departamental, distrital y municipal, el cual deberá ser adoptado mediante resolución conjunta del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el ICBF, en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de en funcionamiento del Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes.

Dicho protocolo incluirá:

Coordinación Técnica Permanente y Acompañamiento Estratégico: El Comité Nacional debe garantizar una coordinación técnica continua y un acompañamiento estratégico a los Comités Territoriales. Esto implica ofrecer orientación, experiencia y recursos para que los organismos territoriales implementen eficazmente las estrategias de prevención.

Intercambio de Información: Establecer canales sólidos para el intercambio continuo de información. Esto asegura que los datos relevantes, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas fluyan sin problemas entre los niveles nacional y territorial, permitiendo la toma de decisiones informada y un enfoque unificado.

Fortalecimiento de Capacidades: El Comité Nacional es responsable de fortalecer las capacidades de los Comités Territoriales. Esto podría incluir programas de capacitación, talleres y el suministro de herramientas para mejorar sus habilidades en prevención, respuesta y gestión de datos relacionados con la violencia sexual.

Reglas Claras de Comunicación Institucional: Directrices definidas sobre cómo se comunicarán las instituciones en los diferentes niveles, asegurando un flujo de información eficiente y oportuno.

Metodologías Unificadas para la Evaluación de Riesgo: Métodos estandarizados para evaluar el riesgo en todos los niveles, lo que conducirá a evaluaciones consistentes y comparables en todo el país.

Indicadores Comunes de Seguimiento y Gestión: Indicadores compartidos para monitorear el progreso y gestionar los esfuerzos, lo que permitirá una comprensión unificada del impacto y la efectividad de las iniciativas de prevención.

Rutas Técnicas para la Activación y Respuesta desde el Sistema Nacional de Alertas Tempranas: Procedimientos técnicos claros para activar y responder a las alertas generadas por el Sistema Nacional de Alertas Tempranas, garantizando una respuesta coordinada y oportuna a las situaciones emergentes.

Designación de Enlaces Territoriales Permanentes: El Comité Nacional designará dos enlaces territoriales permanentes. Uno será para departamentos y distritos, y el otro para municipios. Estos enlaces servirán como puntos de contacto institucionales principales y coordinarán el flujo de información entre los diferentes niveles, actuando como facilitadores cruciales para una comunicación y colaboración fluidas.

ARTÍCULO 10°. MONITOREO, EVALUACIÓN Y RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS.

El Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Sexual, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo de todas las entidades que lo conforman, deberá en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en funcionamiento del comité, diseñar e implementar un sistema de información y seguimiento que evalué la cobertura, la calidad y el impacto real y el cumplimiento de los derechos humanos en todas las políticas, planes, programas, proyectos y acciones de las entidades que componen el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en materia de Violencia Sexual contra NNA, además de analizar el desempeño, la gestión y los resultados del propio Comité Nacional.

Este sistema también incluirá:

- Reportes segmentados por territorio, grupo poblacional y tipos de riesgo.
- Evaluación de cumplimiento por parte de las entidades nacionales y territoriales.
- Mecanismos de retroalimentación desde las comunidades, niños, niñas y adolescentes.

ARTÍCULO 11°. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

BEATRIZ LORENA RÍOS CUELLAR
Senadora de la República
Ponente Única

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintiuno (21) días del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República. Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 003 DE 2025 SENADO

TITULO: **POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS INTEGRALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, SE FORTALECEN LOS ENTORNOS PROTECTORES, SE MODIFICAN LAS LEYES 1146 DE 2007, 2137 DE 2021 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".**

INICIATIVA: H.S. LORENA RIOS CUELLAR, SOLEDAD TAMAYO TAMAYO, ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, ESPERANZA ANDRADE SERRANO, KARINA ESPINOSA OLIVER, JONATHAN PULIDO HERNÁNDEZ; H.R. JULIÁN PEINADO RAMÍREZ, HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ, DANIEL RESTREPO CARMONA, WILDER IBERSON ESCOBAR ORTIZ, IRMA LUZ HERRERA RODRIGUEZ, SARAY ROBAYO BECHARA, JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA, ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO.

RADICADO: EN SENADO: **20-07-2025** EN COMISIÓN: **04-08-2025** EN CÁMARA: **X-X-XXXX**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1- DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2- DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1- DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2- DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
11 Art 1280/2025								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	**ASIGNADO (A)**	**PARTIDO**
LORENA RIOS CUELLAR	PONENTE ÚNICA	COLOMBIA JUSTA Y LIBRE

NÚMERO DE FOLIOS: DIECISEIS (16) FOLIOS
RECIBIDO EL DÍA: 20 DE AGOSTO DE 2025
HORA: 21:34 AM

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

El secretario,

PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima

CONTENIDO

Gaceta número 1502 - Viernes, 22 de agosto de 2025

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS **Págs.**

Informe de ponencia positiva para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de Ley número 01 de 2025 Senado, por medio de la cual se establecen lineamientos en la prestación de servicios médicos en pro de la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes frente a los tratamientos de afirmación de género y se dictan otras disposiciones. ¡Con los niños no te metas!..... 1

Informe de ponencia positiva para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto en el Senado de la República al Proyecto de Ley número 03 de 2025 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas integrales para la prevención de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, se fortalecen los entornos protectores, se modifican las Leyes 1146 de 2007, 2137 de 2021 y se dictan otras disposiciones..... 2 3