



Bogotá D.C., 15 de septiembre de 2026

Señor
Secretario General
Cámara de Representantes

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se establecen los lineamientos para la educación sexual con enfoque biológico en el sistema educativo"* - *Ley él es él y ella es ella.*

Respetado,

En ejercicio de la facultad prevista en el artículo 150 de la Constitución, ponemos a consideración de la Cámara de Representantes el Proyecto de Acto Legislativo citado en referencia, a fin de que surta el respectivo trámite legislativo.

Cordialmente,

DAVID GERARDO COTE RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara
Bogotá D.C.



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare

Hilda Gutierrez
Representante a la Cámara por
Cundinamarca

CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Senador de la República

MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República

SANTIAGO MONTOYA MONTOYA
Senador de la República



Proyecto de Ley No. ____ Cámara de 2026

“Por medio de la cual se establecen los lineamientos para la educación sexual con enfoque biológico en el sistema educativo” - Ley él es él y ella es ella

El Congreso de la República

D E C R E T A:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer los lineamientos para el desarrollo de la educación sexual con enfoque biológico, fundamentada en criterios científicos verificables y orientada al reconocimiento de la identidad sexual y al fortalecimiento del autocuidado, como elementos esenciales para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de la presente ley serán aplicables a los establecimientos educativos oficiales y no oficiales del país que presten los niveles de educación preescolar, básica y media, de conformidad con las disposiciones que regulan el servicio público educativo.

La educación sexual con enfoque biológico se impartirá de acuerdo con la edad, el nivel educativo y el grado de desarrollo neurobiológico propio de cada etapa de los estudiantes.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones:

- a. **Educación sexual con enfoque biológico:** Proceso pedagógico, continuo y sistemático, fundamentado en criterios científicos, de acuerdo con el grado de desarrollo neurobiológico de los estudiantes, orientado a la comprensión del cuerpo humano, su desarrollo, funciones reproductivas y sus diferencias biológicas, así como al reconocimiento de la identidad sexual y el autocuidado.
- b. **Criterios científicos:** Parámetros para la selección, fundamentación y presentación de contenidos educativos sustentados en evidencia científica verificable obtenida mediante métodos de investigación reconocidos, conforme a estándares académicos y científicos.
- c. **Sexo biológico:** Característica biológica del individuo vinculada a su organización reproductiva masculina o femenina, cuyo desarrollo se inicia con la fecundación y comprende procesos de diferenciación sexual determinados por factores genéticos, cromosómicos, gonadales, hormonales y anatómicos.
- d. **Identidad sexual:** Hace referencia al autoconcepto del individuo como hombre o mujer, en correspondencia con su sexo biológico, que se consolida en el transcurso del desarrollo sobre una base biológica preexistente.
- e. **Autocuidado:** Conjunto de prácticas, decisiones y hábitos orientados a la protección del bienestar integral del individuo, que comprende la adopción de comportamientos destinados a la promoción de la salud y a la prevención de riesgos relacionados con la sexualidad, entre ellos las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por VIH, las hepatitis B y C, el embarazo en la adolescencia y la violencia sexual.

- f. **Prevención de la violencia sexual:** Conjunto de acciones orientadas al fortalecimiento de factores protectores individuales de niños, niñas y adolescentes, encaminadas a desarrollar capacidades para reconocer, prevenir y comunicar situaciones de riesgo frente a actos de naturaleza sexual que vulneren su integridad, dignidad o libertad, en contextos presenciales o digitales.
- g. **Factores protectores individuales:** Conocimientos, habilidades y recursos personales que contribuyen a disminuir la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes frente a situaciones de abuso, violencia o explotación sexual. Comprenden, entre otros, el desarrollo de una autoestima saludable, el reconocimiento y establecimiento de límites personales y corporales, la capacidad para identificar situaciones de riesgo, expresar emociones, solicitar ayuda y conocer las rutas institucionales de atención y protección.
- h. **8. Prevención del embarazo adolescente:** Conjunto de acciones educativas orientadas a fortalecer conocimientos, habilidades y conductas dirigidas a la postergación del inicio de las relaciones sexuales, reconociendo que la adolescencia constituye una etapa de especial vulnerabilidad asociada al proceso de desarrollo neurobiológico. Asimismo, busca fortalecer la responsabilidad emocional en las relaciones interpersonales y afectivas.
- i. **Responsabilidad emocional:** Capacidad de reconocer, comprender y regular los propios estados afectivos, así como de reconocer y respetar los estados afectivos y límites de la otra persona, considerando las posibles consecuencias emocionales de la intimidad sexual y de la vinculación afectiva.
- j. **Estudiantes:** Niños, niñas y adolescentes matriculados en los niveles de educación preescolar, básica y media del sistema educativo.
- k. **Desarrollo neurobiológico:** Hace referencia al proceso paulatino de maduración del sistema nervioso central, particularmente del cerebro, mediante el cual los niños, niñas y adolescentes adquieren gradualmente capacidades cognitivas, emocionales y conductuales. Este proceso, sustentado en cambios biológicos como la maduración de las redes neuronales y la mielinización, se relaciona con el desarrollo de funciones ejecutivas y otras capacidades neuropsicológicas, entre ellas el pensamiento abstracto, la regulación emocional, el control de impulsos, la planificación, la anticipación de acciones y consecuencias, y la comprensión y valoración de riesgos.

Artículo 4. Principios rectores de la educación sexual con enfoque biológico. La educación sexual con enfoque biológico, en el marco del sistema educativo, se regirá por los siguientes principios:

- a. **Derecho preferente de los padres:** La familia, como núcleo fundamental de la sociedad, tiene un papel primario y preferente en la formación de sus hijos, de conformidad con la Constitución y la ley.
- b. **Fundamentación científica:** Los contenidos impartidos deberán basarse en criterios científicos verificables, conforme a estándares académicos reconocidos, en concordancia con los fines de la educación.

- c. **Enfoque biológico:** Se desarrollará a partir del conocimiento de la sexualidad humana, de la realidad biológica, de sus procesos de desarrollo y de sus funciones reproductivas, como fundamento para la comprensión integral del individuo.
- d. **Reconocimiento de la identidad sexual:** Promoverá el reconocimiento de la identidad sexual en correspondencia con el sexo biológico del individuo, como elemento orientador para la comprensión de sí mismo y para su desarrollo integral.
- e. **Autocuidado y prevención:** Promoverá conocimientos, hábitos y conductas de autocuidado orientados a la promoción de la salud y a la prevención de riesgos relacionados con la sexualidad, particularmente las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por VIH, las hepatitis B y C, el embarazo en la adolescencia y la violencia sexual, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.
- f. **Principio de adecuación al neurodesarrollo:** La educación sexual con enfoque biológico deberá impartirse de acuerdo con la edad, el nivel educativo y el grado de desarrollo neurobiológico de los estudiantes, atendiendo a las características propias de cada etapa del desarrollo. Los contenidos, metodologías y estrategias pedagógicas deberán ser adecuados al nivel de desarrollo y madurez cerebral de los estudiantes y evitar la exposición a contenidos que excedan las capacidades propias de su etapa.
- g. **Protección integral de la niñez:** Las disposiciones de la presente Ley se interpretarán y aplicarán conforme al principio de protección integral de los niños, niñas y adolescentes, en los términos establecidos en la Ley 1098 de 2006.

Artículo 5. Criterios y restricciones en la implementación. En concordancia con el objeto y los principios de la presente ley y con las disposiciones de la Ley 115 de 1994 y las demás disposiciones normativas que la modifiquen, las instituciones educativas deberán garantizar que la educación sexual con enfoque biológico se desarrolle con fundamento en criterios científicos verificables y en los principios establecidos en la presente ley.

En consecuencia, no se podrá inducir, presionar, sugerir, promover o persuadir a un estudiante para que niegue, rechace, reinterprete o redefina su identidad sexual, ni implementar programas, contenidos o enfoques pedagógicos fundamentados en la identidad de género o dirigidos a promover su afirmación social.

Parágrafo. Cuando un estudiante manifieste inconformidad respecto de su identidad sexual, la institución educativa deberá informar oportunamente a sus padres o representantes legales sobre la situación, con el propósito de promover el acompañamiento familiar y la atención que corresponda.

Artículo 6. Desarrollo de la educación sexual con enfoque biológico. La educación sexual con enfoque biológico estará en articulación con el currículo y el Proyecto Educativo Institucional, de conformidad con la Ley 115 de 1994, la Ley 1620 de 2013 y demás disposiciones que regulan el servicio educativo.

La implementación de la presente ley se efectuará en el marco de las competencias institucionales, con el personal y los recursos disponibles, sin que implique la creación de nuevas asignaturas, cargos, plantas de personal, entidades, programas administrativos o fuentes de financiación.



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare

Hilda Gutierrez
Representante a la Cámara por
Cundinamarca

CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Senador de la República

MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República

SANTIAGO MONTOYA MONTOYA
Senador de la República

Jota Pérez Hernández

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de Ley No. ____ de 2026

“Por medio de la cual se establece la educación sexual con enfoque biológico en el sistema educativo” - Ley él es él y ella es ella

1. ANTECEDENTES

El presente Proyecto de Ley tiene como antecedente el Proyecto de Ley 374 de 2026 Senado, iniciativa promovida por la Senadora Karina Espinosa, radicada el 4 de junio de 2026 bajo el título “Por medio de la cual se establece la educación para la sexualidad con enfoque biológico en el sistema educativo y se dictan otras disposiciones”. Durante su trámite legislativo, el proyecto fue archivado y, por tanto, no culminó el procedimiento requerido para convertirse en ley de la República.

El presente proyecto retoma este antecedente legislativo y desarrolla nuevamente la propuesta de establecer una educación para la sexualidad con enfoque biológico, actualizando su contenido y fundamentos de acuerdo con las necesidades actuales del sistema educativo colombiano y con el marco constitucional y legal aplicable.

2. OBJETIVO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como finalidad establecer lineamientos para la educación sexual con enfoque biológico dentro del sistema educativo colombiano, como un componente esencial de la formación integral de los estudiantes desde el nivel preescolar hasta la educación media. Este enfoque busca que los estudiantes desarrollen un criterio informado, basado en conocimientos verificables, de acuerdo a su desarrollo neurobiológico, que les permita tomar decisiones responsables y asertivas en su juventud y adultez respecto de su sexualidad.

La iniciativa no se limita a la transmisión de contenidos, sino que pretende establecer unos criterios básicos para que en materia de Política Pública se haga un modelo pedagógico coherente fundamentado en la evidencia científica, orientado a la aceptación de la identidad sexual de los educandos, el fortalecimiento del autocuidado con la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por VIH, las hepatitis B y C, el embarazo en la adolescencia y la violencia sexual. Es importante precisar que, el enfoque biológico constituye el fundamento científico del proyecto, sin desconocer la dimensión afectiva, social y familiar del desarrollo humano.

2. MARCO NORMATIVO

2.1. LEY 115 DE 1994

La Educación Sexual con Enfoque Biológico se encuentra en concordancia con el artículo 4 de la Ley 115 de 1994, en cuanto dicha disposición establece el deber de velar por la calidad de la educación y por su mejoramiento permanente. En este marco, la incorporación de un enfoque fundamentado en conocimientos científicos sobre la sexualidad y el neurodesarrollo constituye una vía para fortalecer la calidad y pertinencia de la educación sexual. Así mismo, el artículo 14 de la misma Ley establece la educación sexual como enseñanza obligatoria en los niveles de preescolar, básica y media, de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad. En consecuencia, la presente propuesta busca desarrollar este mandato legal mediante una educación sexual fundamentada científicamente y adecuada a las características y al desarrollo de los estudiantes.

2.1.1. FINES DE LA EDUCACIÓN

La Ley 115 de 1994 establece los fines y objetivos generales de la educación en Colombia, dentro de los cuales se encuentran tanto la adquisición y generación de conocimientos científicos como el desarrollo de capacidades críticas, reflexivas y analíticas orientadas al avance científico y tecnológico y al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

En particular, el artículo 5 dispone como fines de la educación:

"5. La adquisición y generación de los conocimientos científicos y técnicos más avanzados (...)".

Asimismo, establece:

"9. El desarrollo de la capacidad crítica, reflexiva y analítica que fortalezca el avance científico y tecnológico nacional, orientado con prioridad al mejoramiento cultural y de la calidad de la vida de la población (...)".

Estas disposiciones constituyen un fundamento jurídico para promover una educación sustentada en conocimientos científicos y orientada al mejoramiento de la calidad de vida. En ese sentido, los contenidos relacionados con la sexualidad pueden incorporar conocimientos científicos y biológicos que permitan a los estudiantes comprender aspectos como la anatomía, la fisiología, la reproducción humana y la prevención de riesgos relacionados con la sexualidad.

A ello se suma el numeral 12 del artículo 5, que establece como finalidad de la educación *"la formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes (...)"*. Esta disposición permite vincular la formación educativa con la promoción de la salud y la prevención de situaciones que puedan afectarla.

Desde esta perspectiva, una educación sexual que incorpore un enfoque biológico puede encontrar fundamento en los fines establecidos por la Ley 115 de 1994, particularmente cuando dicho enfoque se orienta a proporcionar conocimientos científicos y a fortalecer la capacidad de los estudiantes para adoptar decisiones informadas relacionadas con su salud. Entre los asuntos que pueden abordarse desde esta perspectiva se encuentran la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por VIH, las hepatitis B y C, el embarazo en la adolescencia y la violencia sexual.

En consecuencia, el enfoque biológico propuesto en el Proyecto de Ley no puede considerarse, por ese solo hecho, una innovación arbitraria o ajena a los fines del sistema educativo colombiano. Por el contrario, puede entenderse como una propuesta compatible con las finalidades legales de promover el conocimiento científico, desarrollar capacidades críticas y reflexivas y contribuir a la promoción y preservación de la salud.

2.1.2. OBJETIVOS COMUNES DE TODOS LOS NIVELES

Dentro de los objetivos comunes de todos los niveles de la educación formal, la Ley 115 de 1994, en su artículo 13, literal d), establece:

"d) Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos (...)"

Esta disposición reconoce expresamente la **identidad sexual** como un componente de la formación integral de los estudiantes y establece que su desarrollo debe estar acompañado del respeto por la **equidad de los sexos**. En este contexto, la presente ley busca **precisar el alcance del concepto de identidad sexual**, mediante una definición fundamentada en criterios científicos y en el conocimiento del desarrollo biológico y neuropsicológico del ser humano, con el propósito de dotar al sistema educativo de mayor claridad conceptual y coherencia normativa.

Esta precisión resulta pertinente para garantizar que los contenidos relacionados con la identidad sexual sean desarrollados de manera objetiva, científicamente fundamentada y acorde con las características del desarrollo de los estudiantes, evitando ambigüedades conceptuales que puedan dar lugar a interpretaciones disímiles en su aplicación dentro del sistema educativo. Asimismo, contribuye a fortalecer el derecho de los niños, niñas y adolescentes a recibir una formación integral, clara y fundamentada en conocimientos científicos, en armonía con los principios de calidad y pertinencia educativa establecidos en la Ley 115 de 1994.

En consecuencia, la inclusión expresa del componente de **identidad sexual** en la presente propuesta no constituye la creación de un elemento ajeno al ordenamiento educativo, sino la **precisión y desarrollo de un concepto que ya se encuentra expresamente contemplado en el artículo 13 de la Ley 115 de 1994**. Su delimitación desde un enfoque biológico y científico busca aportar mayor claridad conceptual, rigor técnico y coherencia normativa a la educación sexual, contribuyendo a la formación integral, el bienestar y la protección de los niños, niñas y adolescentes.

2.2. LEY 2566 DE 2026

El presente Proyecto de Ley responde a lo dispuesto en el artículo 4, literal b), de la Ley 2566 de 2026, que establece:

"b) La educación sexual con enfoque biológico en las instituciones educativas públicas y privadas se hará con la participación de toda la comunidad educativa, haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el respeto de la dignidad humana, la intimidad, el autocuidado, la autoestima; enfatizando en los factores de riesgo, determinantes en salud y consecuencias en materia de salud física y mental como medida de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la Infección por VIH/sida, las hepatitis B y C, la prevención de embarazos en adolescentes, así como de la morbilidad materna."

En este marco, la **Educación Sexual con Enfoque Biológico** constituye el fundamento del presente Proyecto de Ley, en cuanto desarrolla y precisa una categoría que ya ha sido incorporada expresamente al ordenamiento jurídico colombiano. La propuesta establece **principios y lineamientos generales para su desarrollo en el ámbito educativo**, fundamentados en el conocimiento científico del cuerpo humano, el desarrollo biológico y neuropsicológico, la prevención de riesgos y la promoción del bienestar y el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes. De esta manera, el proyecto busca dotar de **claridad conceptual y alcance normativo** a la educación sexual con enfoque biológico reconocida por la Ley 2566 de 2026, sin sustituir las competencias reglamentarias y pedagógicas de las autoridades educativas.

Así mismo, la Educación Sexual con Enfoque Biológico se orienta a fortalecer factores protectores frente a los riesgos asociados a la sexualidad durante las distintas etapas del desarrollo, mediante **lineamientos generales dirigidos a favorecer el autocuidado**, en el marco de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

En desarrollo de estos propósitos, el presente Proyecto de Ley establece como **lineamientos generales**:

1. Prevención de riesgos asociados a la sexualidad. Orientar la educación sexual hacia la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por VIH/sida y las hepatitis B y C, los embarazos en adolescentes y otros factores de riesgo que puedan afectar la salud física y mental, bajo criterios de fundamentación científica, prevención y protección integral.

2. Prevención de la violencia sexual. Orientar la educación sexual hacia el fortalecimiento de factores protectores individuales y sociales de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, favoreciendo el reconocimiento de situaciones de riesgo, el establecimiento de límites personales, el autocuidado y la búsqueda oportuna de ayuda frente a situaciones de violencia o explotación sexual, tanto en entornos presenciales como digitales.

3. Adecuación al neurodesarrollo. Orientar la educación sexual de acuerdo con la edad, el nivel educativo y la madurez cerebral de los estudiantes.

2.3. LEY 1620 DE 2013

De igual manera, la **Ley 1620 de 2013**, por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y se establecen mecanismos para la formación en el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, incorpora dentro de sus disposiciones la **prevención del embarazo en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual (ITS)** como asuntos relacionados con la educación sexual. En este sentido, dicha ley constituye un antecedente normativo relevante para el presente Proyecto de Ley, en cuanto reconoce la educación sexual como un instrumento para la prevención de riesgos asociados a la sexualidad. Esta perspectiva se articula con el enfoque preventivo de la **Educación Sexual con Enfoque Biológico**.

Así mismo, en la presente Ley establece que las instituciones educativas del país tienen el deber a desarrollar acciones de prevención, identificar oportunamente situaciones de riesgo y activar los mecanismos de atención correspondientes frente a hechos que puedan constituir violencia sexual.

En este sentido, la prevención de la violencia sexual constituye una finalidad legítima de la formación impartida en las instituciones educativas. La educación puede proporcionar a los estudiantes conocimientos científicos y herramientas adecuadas para reconocer situaciones de riesgo, identificar conductas inapropiadas, establecer límites personales, solicitar ayuda y conocer los mecanismos de protección y denuncia disponibles.

Esta obligación de prevención guarda además relación directa con la Ley 115 de 1994, cuyo artículo 5 establece como fines de la educación la promoción y preservación de la salud, así como la prevención integral de problemas socialmente relevantes. Por consiguiente, la incorporación de contenidos orientados específicamente a la prevención de la violencia sexual puede entenderse como una medida educativa compatible con los fines establecidos por la legislación colombiana.

Así, la prevención de la violencia sexual en las instituciones educativas no constituye un elemento ajeno a la función educativa del Estado, sino una medida de protección y prevención dirigida a salvaguardar la integridad de los estudiantes y a reducir los factores de riesgo asociados a este tipo de violencia.

3. Justificación

La educación constituye una herramienta fundamental para la formación integral de niños, niñas y adolescentes y para la adquisición de conocimientos que les permitan comprender su cuerpo, su desarrollo y los diferentes aspectos relacionados con la sexualidad humana. En este contexto, resulta necesario fortalecer la educación sexual mediante contenidos sustentados en conocimientos científicos, claros, verificables y adecuados al desarrollo neurobiológico de los estudiantes, que se estructura en ejes orientados a la comprensión de la identidad sexual y el autocuidado.

Uno de estos ejes corresponde a la **identidad sexual**, entendida en el marco de la realidad biológica del ser humano. En desarrollo de este principio, los lineamientos propuestos buscan garantizar que la educación sexual proporcione información objetiva y científicamente fundamentada. Así mismo, busca limitar contenidos pedagógicos enfocados en la identidad de género, ya que dicho contenido podría inducir, presionar, sugerir de manera directiva, promover o persuadir a un estudiante para que niegue, rechace, reinterprete o redefina su identidad sexual, siendo este un riesgo porque podría conducir a los estudiantes a que soliciten los tratamientos médicos de afirmación de género, los cuales presentan grandes cuestionamientos a nivel internacional en torno a su eficacia, validez y sus posibles efectos secundarios en la salud física y mental.¹

De igual manera, el eje de **autocuidado** surge de la necesidad de fortalecer este componente educativo por las diferentes situaciones que afectan a la población colombiana. Las estadísticas oficiales muestran que, si bien algunos indicadores han presentado una tendencia favorable, persisten fenómenos relacionados con la salud y la protección de niños, niñas y adolescentes que requieren acciones de prevención y formación.

En materia de fecundidad adolescente, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reportó que durante 2024 continuó la reducción de las tasas específicas de fecundidad entre las adolescentes. La tasa correspondiente a las mujeres de 15 a 19 años presentó una reducción del 17,2 % frente a 2023. No obstante, la persistencia de nacimientos en este grupo de edad evidencia la necesidad de fortalecer las herramientas educativas que permitan a los estudiantes adquirir conocimientos científicos sobre el funcionamiento del cuerpo humano, la reproducción y las consecuencias asociadas a las decisiones relacionadas con la sexualidad.²

La necesidad de contar con información científica también se evidencia en materia de infecciones de transmisión sexual. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, durante 2024 se notificaron en Colombia 19.344 casos de VIH, de los cuales 18.140 correspondieron a casos nuevos. El mismo informe señala que la transmisión sexual continuó siendo el principal mecanismo de transmisión, representando el 99,1 % de los casos en los que se reportó esta información.³ Estos datos ponen de manifiesto la

¹ Doctors protecting children [Internet]. Doctors Protecting Children. 2024 [citado el 2 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doctorsprotectingchildren.org>

² Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas Vitales (EEVV): nacimientos y defunciones. Boletín técnico, primer semestre 2025. Bogotá D.C.: DANE; 2026.

³ Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: VIH/SIDA, Colombia, 2024. Bogotá D.C.: INS; 2025.

importancia de que los estudiantes tengan acceso, dentro del proceso educativo, a conocimientos científicos que les permitan comprender la anatomía y fisiología humanas, los procesos relacionados con la reproducción y las medidas de prevención de riesgos para su salud.

A esta realidad se suma la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante 2024 se practicaron 17.653 exámenes médico-legales por presunto delito sexual a niños, niñas y adolescentes. De este total, 9.933 corresponden a adolescentes entre los 12 y 17 años, 5.687 a niños y niñas entre los 6 y 11 años y 2.033 a menores en primera infancia.⁴

La magnitud de estas cifras evidencia la necesidad de fortalecer las acciones educativas orientadas a que los niños, niñas y adolescentes conozcan su cuerpo, puedan identificar situaciones que representen un riesgo para su integridad, reconozcan conductas inapropiadas y sepan cuándo y ante quién solicitar ayuda. En este sentido, una educación sustentada en conocimientos científicos puede constituir una herramienta preventiva dentro de las estrategias de protección de la población menor de edad.

4. EDUCACIÓN SEXUAL CON ENFOQUE BIOLÓGICO

La Educación Sexual con Enfoque Biológico se entiende como un proceso pedagógico continuo y sistemático, fundamentado en criterios científicos, orientado a la comprensión del cuerpo humano, su desarrollo, sus funciones reproductivas, teniendo como base las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, en el cual está inmersa la identidad sexual y el autocuidado.

4.1. Identidad Sexual

La identidad sexual es un concepto que surgió por los aportes del sexólogo Milton Diamond, quien propuso una comprensión basada en factores biológicos y del desarrollo, en contraposición a la identidad de género. En este sentido, el autor sostiene que *"behavior is a composite of prenatal and postnatal influences with the postnatal factors superimposed on a definite inherent sexuality"*, lo cual afirma que la conducta sexual y la identidad no son construcciones sociales, sino que se desarrollan sobre una base biológica preexistente, estableciendo unos principios claros:⁵

- Sexualidad inherente:** Los individuos están predispuestos a actuar de manera masculina o femenina debido a la influencia genética y hormonal prenatal.
- Superposición posnatal:** Las influencias posteriores al nacimiento, tales como la crianza, la educación, el aprendizaje social y el entorno cultural, actúan sobre la base biológica inherente.
- Interacción naturaleza-crianza:** Si bien la crianza (socialización) puede modificar o fomentar ciertos comportamientos, actúa sobre un sistema biológico ya diferenciado, en lugar de sobre un recién nacido "psicosexualmente neutro".

Este planteamiento ha estado expuesto en debates contemporáneos, particularmente a la luz de avances en áreas como la neurociencia y la biología del desarrollo, fortaleciendo la discusión sobre la necesidad de integrar factores biológicos en la comprensión de la identidad sexual. En este sentido,

⁴ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico: niños, niñas y adolescentes, diciembre de 2024. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2025.

⁵ Diamond M. Biased-interaction theory of psychosexual development: how does one know if one is male or female? Honolulu: Pacific Center for Sex and Society; 2006. Disponible en: <https://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2006-biased-interaction.html>

autores destacados como Neil Carlson, en su obra *Fisiología de la conducta* (2014), al hacer referencia de la teoría de género de John Money, señala que "(...) la identidad sexual de una persona y su orientación sexual están marcadamente influidas por factores biológicos y que no pueden cambiarse fácilmente por el modo en que se cría al niño (...)".⁶ Lo anterior corrobora que la conducta femenina o masculina es el resultado del funcionamiento cerebral.

4.1.1. Base biológica preexistente

El dimorfismo o diferenciación sexual, constituye un principio fundamental de la biología humana y se refiere a las diferencias estructurales, funcionales y conductuales entre hombres y mujeres.

En neurociencia, la diferenciación sexual se manifiesta en la organización y activación cerebral, el cual se da desde la concepción, porque en el momento en el que el espermatozoide fecunda al óvulo, dependiendo del tipo de cromosoma que contenga el espermatozoide Y o X, va a dar lugar a la formación de las gónadas, entonces, 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 conlleva a la formación de los ovarios o gónadas femeninas.⁷

Posteriormente, las gónadas secretan o producen la mayor cantidad de hormonas sexuales, principalmente testosterona en los varones y estrógenos y progesterona en las mujeres, las cuales desempeñan un papel organizador y activador en el desarrollo integral del ser humano, estas no únicamente influyen en la formación de los caracteres sexuales primarios y secundarios, sino también tienen una participación directa a nivel prenatal en la organización del cerebro masculino o femenino, y en la etapa posnatal de activación de las estructuras cerebrales dimorfas,⁸ además de acuerdo a su producción establecen tres periodos críticos del desarrollo del dimorfismo cerebral, los cuales son en la etapa prenatal, peri y posnatal y la pubertad.⁹

- **Primer trimestre de gestación:** Aunque los ovarios no están completamente formados sino hasta el sexto mes de gestación, entre la octava a décima semana ya tiene la capacidad de producir estrógenos. En el hombre, los testículos culminan su formación a los seis meses y medio o a la semana veintiséis de gestación, pero estas gónadas desde la séptima semana de gestación ya están facultadas para producir testosterona.¹⁰ Es decir, a partir de la séptima semana de gestación por **la alta secreción hormonal, comienza la diferenciación cerebral entre hombre y mujer anatómica y funcionalmente, los cuales optimizan el desarrollo de las diferentes estructuras y circuitos cerebrales.** A su vez estos actúan como factores neurotróficos permitiendo la supervivencia neuronal, crecimiento y plasticidad cerebral.¹¹

⁶ Carlson NR. Fisiología de la conducta, undécima edición. Martin-Romo M, editor. Madrid: PERSON EDUCACIÓN S.A.; 2014. 800 p. Available from: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/64ded175e178a7ad38eb76e6494a86e5.pdf>

⁷ Barral, M. J. (1996). Diferencias cerebrales entre el hombre y la mujer. Area 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 10. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-4-diferenciascerebrales-MJBarral.pdf>

⁸ Auyeung B, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Prenatal and postnatal hormone effects on the human brain and cognition. Pflugers Arch. 2013 May;465(5):557-71. doi: 10.1007/s00424-013-1268-2. Epub 2013 Apr 16. PMID: 23588379.

⁹ 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>

¹⁰ Pinilla, Leonor. "Determinación y diferenciación sexual.Pubertad". FISILOGIA HUMANA (2005): 995-1006.

¹¹ 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.

- **Etapas peri y posnatal:** En este periodo la alta producción de hormonas sexuales, favorece la continuidad del desarrollo de estructuras cerebrales dimorfas (diferentes entre hombres y mujeres) y la conectividad neuronal. Entonces un bebé recién nacido ya tiene un cerebro diferenciado a nivel sexual, "*no nacen neutros*", como lo afirmó John Money. En diversos estudios de neurociencia lo han corroborado, en el año 2000 por ejemplo, un estudio liderado el psicólogo Baron-Cohen, reveló como en neonatos hay una clara distinción cerebral, con una muestra poblacional de 102 recién nacidos, hallaron que los varones tenían preferencia por los objetos en movimiento, ya mantenían su mirada fija hacia ellos; en cambio, las mujeres se inclinaban más por los rostros humanos,¹² evidenciando cómo los hombres son más sistematizadores, y las mujeres empáticas.

En otro estudio realizado por Knickmeyer RC y colaboradores en el año 2021, después de evaluar las diferencias a nivel de volumen cerebral entre ambos sexos en (n≈514 recién nacidos) de 0 a 28 días, entre los cuales se encontraban 236 niñas y 278 niños, hallaron que los niños presentaron volúmenes cerebrales intracraneales y totales significativamente mayores, incluso tras ajustar por el peso al nacer. Después de ajustar el volumen cerebral total, las niñas mostraron volúmenes de materia gris cortical total significativamente mayores, mientras que los niños mostraron volúmenes de materia blanca total mayores. Tras ajustar el volumen cerebral total en las comparaciones regionales, las niñas presentaron volúmenes de materia blanca significativamente mayores en el cuerpo calloso y volúmenes de materia gris mayores en las circunvoluciones parahipocampales bilaterales (partes posteriores), la circunvolución cingulada anterior izquierda, los lóbulos parietales bilaterales y el núcleo caudado izquierdo. Los varones presentaron volúmenes de materia gris significativamente mayores en el giro temporal medial e inferior derecho (parte posterior) y en el núcleo subtalámico derecho, a su vez, se observaron interacciones significativas entre sexo y edad en el giro cingulado anterior izquierdo y el giro temporal superior izquierdo (partes posteriores),¹³ evidenciando cómo desde la etapa prenatal se establecieron diferencias sexuales a nivel cerebral y cómo su desarrollo no depende de la interacción social. En otras palabras, el cerebro femenino y masculino se determina desde el primer trimestre de gestación y no es de libre elección.

- **La pubertad:** Es la tercera etapa de alta secreción de las hormonas sexuales, las cuales propician el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, órganos importantes que permiten la reproducción humana, los cuales comienzan en la niña entre los 8 y los 13 años, se desarrollan las mamas, vello pubico, ensanchamiento de las caderas entre otros. En el niño, se da entre los 9 y los 14 años, en esta etapa se desarrolla el vello facial como la barba y bigote, cambio de la voz, desarrollo de la musculatura, huesos y crecimiento de los órganos sexuales. Además, propicia mayor diferenciación y activación cerebral en ambos sexos¹⁴ y refuerza la identidad sexual.

4.1.2. Diferencia conductual y cognitiva entre hombres y mujeres

¹² Connellan, Jennifer, et al. "Sex differences in human neonatal social perception." *Infant behavior and Development* 23.1 (2000): 113-118.

¹³ Knickmeyer RC, Wheelock MD, et al. Sex differences in human brain structure at birth. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2034019. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.34019

¹⁴ Marquant, E., Ploton, I., & Reynaud, R. (2015). Pubertad normal. *EMC – Pediatría*. 50(1), 1–6. [https://doi.org/10.1016/s1245-1789\(15\)70112-5](https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)70112-5)

Durante los períodos críticos del desarrollo (prenatal, perinatal y puberal), las hormonas sexuales gonadales modulan la formación y conectividad de redes cerebrales relacionadas con funciones cognitivas, emocionales y sociales, en particular, regiones como la amígdala, el hipotálamo, la corteza prefrontal y el sistema de recompensa.^{15,16}

Empatía, agresividad y conductas de riesgo: En estudios de metaanálisis recientes señalan que, en promedio, los hombres presentan mayores niveles de conductas externalizantes, como agresividad física, búsqueda de sensaciones y mayor toma de riesgos,¹⁷ mientras que las mujeres muestran mayor tendencia a conductas internalizantes, como ansiedad, mayor sensibilidad emocional y conductas prosociales. Siguiendo esta misma línea argumental, en 2011, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México, se realizó un estudio comparativo utilizando resonancia magnética funcional para analizar estas diferencias. Los resultados evidenciaron un patrón de activación cerebral dimorfo según el sexo. En los hombres se observó una mayor activación en la corteza orbitofrontal, región asociada con la evaluación de juicios morales. En contraste, en las mujeres se registró una mayor activación en la corteza parahipocampal y en regiones temporales, áreas implicadas en el procesamiento de emociones como la tristeza y el enojo. Asimismo, se evidenció una mayor activación en regiones frontales vinculadas con la empatía emocional, la toma de decisiones y la anticipación de las intenciones de otros.¹⁸

Conducta sexual: A nivel funcional, estudios experimentales y revisiones recientes señalan que el área preóptica del hipotálamo desempeña un papel clave en la regulación de conductas reproductivas y sexuales, y que estas diferencias estructurales están influenciadas por la acción de hormonas sexuales durante el desarrollo prenatal y postnatal, siendo unas de las áreas con mayor dimorfismo sexual, especialmente el área preóptica, conocido como el sexually dimorphic nucleus of the preoptic area (SDN-POA), el cual presenta mayor tamaño y número de células en varones en comparación con mujeres.¹⁹ Asimismo, revisiones neurocientíficas han documentado que, en seres humanos, varios núcleos del hipotálamo anterior (como los núcleos intersticiales, especialmente el INAH-3) pueden ser significativamente más grandes en hombres que en mujeres,²⁰ haciendo que los hombres tengan mayor propensión a conductas sexuales.

Lenguaje: Diversos estudios han señalado diferencias promedio entre niñas y niños en ciertos dominios cognitivos. En el ámbito verbal, las niñas suelen mostrar un mejor desempeño en tareas relacionadas con el lenguaje, lo que se ha asociado con una menor prevalencia de alteraciones del

¹⁵ Sisk CL, Zehr JL. Pubertal hormones and adolescent brain development. *Front Neuroendocrinol.* 2005;26:163–74.

¹⁶ Goldstein JM, Seidman LJ. Sex differences in brain structure and function. *Dialogues Clin Neurosci.* 2021;23:215–29.

¹⁷ Martínez, Ángel Romero. Organizational and activational effects of testosterone in two populations with high androgenization susceptibility= Efectos organizadores y activadores de la testosterona en dos poblaciones susceptibles de alta androgenización. Diss. Universitat de València, 2013.

¹⁸ Mercadillo, Roberto E., José Luis Díaz Gómez, and Fernando Alejandro Barrios Álvarez. "¿Mujeres sensibles y hombres morales?: Imágenes de la compasión en el cerebro." (2011).

¹⁹ He Z, Ferguson SA, Cui L, Greenfield LJ, Paule MG. Development of the sexually dimorphic nucleus of the preoptic area and the influence of estrogen-like compounds. *Neural Regen Res.* 2013 Oct 15;8(29):2763-74. doi: 10.3969/j.issn.1673-5374.2013.29.008. PMID: 25206587; PMCID: PMC4145994.

²⁰ Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, et al., editors. *Neuroscience*. 2nd edition. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 2001. Central Nervous System Dimorphisms Related to Reproductive Behaviors.

desarrollo lingüístico en comparación con los niños.²¹ Asimismo, tienden a destacar en habilidades de motricidad fina, velocidad perceptiva y en aspectos sociales vinculados a la comunicación.

Habilidades visoespaciales: Por su parte, los varones, en promedio, presentan un mejor rendimiento en habilidades visoespaciales.²² Este desempeño se ha relacionado con una mayor activación de regiones del lóbulo parietal, particularmente en el hemisferio derecho, implicadas en el procesamiento espacial.²³ Estas diferencias pueden traducirse en mayor facilidad para tareas como la orientación, la lectura de mapas o la manipulación mental de objetos en el espacio. Dado que estas redes también participan en el razonamiento matemático, se ha planteado una posible asociación con la mayor representación masculina en algunas áreas de las ciencias exactas.

Memoria: En diversos estudios se ha reportado que estructuras como el núcleo caudado, el globo pálido y el hipocampo presentan, en promedio, un mayor volumen en el cerebro femenino. Estas regiones están implicadas en procesos de memoria, aprendizaje y regulación emocional, por lo que en las mujeres hay una mayor capacidad para codificar y recuperar información contextual y detalles de la vida cotidiana.²⁴

Multitarea: A nivel funcional, también se han descrito diferencias en los patrones de conectividad cerebral. Algunas investigaciones sugieren que las mujeres presentan, en promedio, una mayor conectividad interhemisférica, mientras que en los hombres predomina una conectividad interhemisférica. Estas diferencias se han relacionado con variaciones en la organización del cuerpo calloso, estructura que conecta ambos hemisferios cerebrales, entonces, las mujeres tienen mayor capacidad de integrar los procesos cognitivos y emocionales, lo que facilitaría la ejecución de múltiples tareas de manera simultánea; mientras que los hombres tenderían a un procesamiento más focalizado, es decir, una tarea a la vez.²⁵

En este contexto, la Educación Sexual con Enfoque Biológico adquiere especial relevancia, porque permite comprender la identidad sexual a partir de la base genética, hormonal y neurobiológica que caracteriza a hombres y mujeres desde la concepción. Este enfoque promueve el reconocimiento de la identidad sexual como una realidad anclada en el sexo biológico, facilitando una comprensión integral del ser humano.

Además, este enfoque favorece la comprensión de quién es la persona en función de su sexo biológico, y a partir de esto posibilita establecer bases sólidas para la construcción de la tolerancia y el respeto por la diferencia. De este modo, se contribuye a la reducción de la violencia, promoviendo una convivencia social más armónica fundamentada en el reconocimiento de la realidad biológica y la dignidad de cada individuo.

²¹ Eriksson, M., Marschik, P. B., Tulviste, T., Almgren, M., Pérez Pereira, M., Wehberg, S., ... & Gallego, C. "Differences between girls and boys in emerging language skills: Evidence from 10 language communities." *British journal of developmental psychology* 30.2 (2012): 326-343.

²² Gil-Verona JA, Macías JA, Pastor Juan F, De paz F, Barbosa M, Maniega MA, et al. Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. *Rev Int Psicol Clínica y la Salud*. 2003;3(2):351-61

²³ Jordan K, Wüstenberg T, Heinze HJ, Peters M, Jäncke L. Women and men exhibit different cortical activation patterns during mental rotation tasks. *Neuropsychologia*. 2002;40(13):2397-408.

²⁴ Durston S, Hulshoff Pol HE, Casey BJ, Giedd JN, Buitelaar JK, Van Engeland H. Anatomical MRI of the developing human brain: What have we learned? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(9):1012-1020. doi:10.1097/00004583-200109000-00009

²⁵ Hernández-Chavarría, Francisco. "Creatividad: ¿derecho o izquierdo? No, el juego de ambos!." *El Artista* 11 (2014): 374 381.

Es importante aclarar que, las diferencias descritas corresponden a tendencias observadas en grupos poblacionales y no determinan las capacidades o comportamientos de cada individuo, dada la amplia variabilidad existente dentro de cada sexo. Adicionalmente, los estudios científicos se realizaron con población típica, es decir, individuos que no presentaban alteraciones neurológicas o condiciones médicas como alteraciones cromosómicas, o como se conoce a nivel social “intersexuales”.

4.2. Identidad de género

El concepto de “identidad de género” tiene antecedentes relevantes en la sexología y la psiquiatría del siglo XX. A mediados de ese siglo, surgió este concepto por las observaciones derivadas de condiciones clínicas como la intersexualidad y no en población típica. En este contexto, los trabajos de John Money, quien introdujo el concepto de “género”,²⁶ y de Robert Stoller, quien desarrolló la noción de “identidad de género”, establecieron una separación entre la conducta masculina y femenina y el sexo biológico,²⁷ haciendo alusión al género como la conducta y, el sexo a las características físicas que diferencian a los hombres y mujeres. Esta teoría surgió en la década de los 50, y el caso clínico “caso John” en el que Money buscó corroborar su planteamiento no produjo los resultados esperados. David Remier quien fue educado como niña a muy temprana edad, en la medida en la que iba creciendo manifestó una conducta masculina y preferencia por juegos de niños, siendo el momento más álgido de su vida en la adolescencia, quien anhelaba tener una esposa, hijos y tener el rol del hombre, desde este caso a nivel médico se replanteó la teoría de género de John Money.

Doctores como Milton Diamond la criticó, expresando que carecía de validez científica suficiente, pero a pesar de esto, socialmente se siguió difundiendo, llegando a los diferentes ámbitos sociales, influyendo de manera significativa en el abordaje contemporáneo de la sexualidad humana, el cual ha traído como resultado, que los niños, niñas y adolescentes han llegado a cuestionar o rechazar su realidad biológica como hombre o mujer, o su identidad sexual.

Es necesario resaltar que, una persona con una identificación opuesta a su sexo biológico, responde a la disforia de género como diagnóstico clínico. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) contempla la disforia de género como una condición diagnóstica caracterizada por una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado o expresado y el sexo asignado, asociada a malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento.²⁸

La incorporación de las categorías diagnósticas relacionadas con la identidad de género en la psiquiatría contemporánea tiene antecedentes en los trabajos desarrollados desde mediados del siglo XX por investigadores como John Money, Harry Benjamin, Robert Stoller y Richard Green. Money desempeñó un papel particularmente relevante en la conceptualización de la identidad y el rol de género y en el desarrollo de la práctica clínica relacionada con estas categorías. La literatura histórica especializada señala que sus contribuciones, junto con las de otros investigadores y clínicos, respaldaron el proceso que condujo a la inclusión del “Gender Identity Disorder of Childhood” y del “Transsexualism” en el

²⁶ Money J, Hampson JG, Hampson JL. Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. Bull Johns Hopkins Hosp. 1955;97(4):284–300.

²⁷ Stoller RJ. Sex and gender: on the development of masculinity and femininity. New York: Science House; 1968.

²⁸ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.

DSM-III, publicado en 1980.^{29,30} Posteriormente, estas categorías fueron modificadas en sucesivas ediciones del DSM, hasta llegar al concepto de “Gender Dysphoria” incorporado en el DSM-5.³¹

Por tratarse de un diagnóstico clínico, su evaluación corresponde a profesionales debidamente capacitados. La Endocrine Society establece que el diagnóstico de disforia de género o incongruencia de género en niños y adolescentes debe ser realizado por profesionales de salud mental con formación específica en desarrollo y psicopatología infantil y adolescente, capaces de diferenciar esta condición de otras situaciones clínicas y de valorar las circunstancias psicosociales relevantes. Asimismo, esta guía señala que las decisiones relativas a la transición social de niños prepuberales con disforia o incongruencia de género deben contar con la participación de un profesional de salud mental u otro profesional con experiencia en esta materia.³²

Sin embargo, en la actualidad se ha extendido el modelo de **afirmación social del género**, mediante el cual a niños, niñas y adolescentes que manifiestan inconformidad con su sexo biológico o que presentan disforia de género se les puede afirmar socialmente en el género con el que se identifican, incluso sin que necesariamente haya mediado un diagnóstico clínico o un tratamiento previo. La transición social constituye una práctica diferenciada dentro del denominado modelo de afirmación de género y puede comprender modificaciones en el nombre, los pronombres, el vestuario, la apariencia y la utilización de espacios segregados por sexo. Un informe de política publicado por Bauwens en el America First Policy Institute señala que estas prácticas pueden desarrollarse fuera del ámbito clínico y que también han sido implementadas en contextos escolares, lo que plantea interrogantes sobre la participación de personal educativo en actuaciones relacionadas con la identidad de género de los menores.³³

Esta tendencia en el ámbito educativo, se debe a que algunas han incorporado el enfoque de Educación Integral Sexual, el cual promueve contenidos pedagógicos relacionados con la identidad y expresión de género, así como prácticas asociadas a la afirmación social.³⁴ De esta manera, conductas que anteriormente se circunscribían principalmente al ámbito familiar o clínico se han trasladado al entorno educativo, donde niños, niñas y adolescentes se encuentran en proceso de desarrollo físico, psicológico y neurobiológico. Esta realidad hace necesario establecer límites claros respecto de los contenidos y prácticas que pueden promoverse en las instituciones educativas, particularmente cuando se trata de la identidad sexual de menores de edad y de decisiones que pueden tener consecuencias en su desarrollo posterior.

Hay que tener presente que, los factores sociales influyen en la identidad de género de los niños, niñas y adolescentes. En un estudio reciente con una muestra poblacional de (n≈5.242 menores),

²⁹ Crocq MA. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses – a historical review. *Dialogues Clin Neurosci.* 2022;24(1):44-51.

³⁰ Zucker KJ, Spitzer RL. Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a “backdoor” maneuver to replace homosexuality? A historical note. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):31-42.

³¹ American Psychiatric Association. Gender Dysphoria Diagnosis [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; [cited 2026 Sep 13].

³² Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658.

³³ Bauwens J. Gender dysphoria and the social transition intervention [Internet]. Washington, DC: America First Policy Institute; 2026 Mar 11 [cited 2026 Sep 13]. <https://www.americafirstpolicy.com/issues/gender-dysphoria-and-the-social-transition-intervention>

³⁴ UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Revised ed. Paris: UNESCO; 2018.

identificaron una asociación positiva entre la cobertura mediática y el incremento en las consultas clínicas de género, reportando como factores socioculturales influyen en la identificación contraria a sexo biológico, conduciendo a que los niños, niñas y adolescentes soliciten los tratamientos médicos de afirmación de género.³⁵ Asimismo, en la literatura científica se ha documentado un incremento sostenido en los diagnósticos de disforia de género, particularmente en población infantil y adolescente, en un estudio longitudinal realizado en Ámsterdam, evidenció un aumento significativo de más del (2.000%) en la prevalencia de casos de Disforia de Género.³⁶ De manera similar, investigaciones en Europa y países nórdicos como Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia y Reino Unido han reportado un crecimiento exponencial en las derivaciones a clínicas especializadas en identidad de género, especialmente en adolescentes.³⁷ De la misma forma, datos del Reino Unido reportó un aumento notable de demanda de atención en las clínicas de género en adolescentes mujeres.³⁸

Entonces, en el marco del derecho fundamental a la salud y del principio de protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes, diversos estudios científicos han advertido sobre la influencia de factores sociales, culturales y mediáticos en la construcción de la identidad en menores de edad y como la enseñanza encaminada hacia la libre elección del género, han confundido a los menores en su realidad biológica. Por tal razón, en Estados Unidos 18 asociaciones del área de la salud, entre ellas el Colegio Americano de Pediatría, quienes representan a más de 75.000 doctores, firmaron el 24 de junio de 2024 una declaración denominada *"Doctors protecting children"*, en donde mencionaron como la afirmación social de la identidad de género, en contraposición al sexo biológico en niños y niñas, conlleva a que en la adolescencia soliciten acceso a los tratamientos médicos de reasignación de género, que corresponde a los bloqueadores de la pubertad, hormonización cruzada y cirugías de cambio de sexo, los cuales representan un alto riesgo a nivel de salud.³⁹

A su vez, dichas asociaciones cuestionaron la validez de estos tratamientos farmacológicos, los cuales son catalogados como experimentales;⁴⁰ es decir, no cuentan con aprobación de autoridades regulatorias internacionales, como la Food and Drug Administration (FDA), ni con aval de la autoridad sanitaria en Colombia del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para el suministro en menores de edad para la reasignación o afirmación de género o del manejo de la disforia de género, por lo que dichos tratamientos no cuentan con cuenta con la suficiente validez y eficacia.

Adicionalmente, hay que tener presente que, dichos tratamientos alteran diversos sistemas del funcionamiento del cuerpo humano, porque al suministrar los bloqueadores de la pubertad como los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), suprimen la producción hormonal

³⁵ Pang KC, de Graaf NM, Chew D, Hoq M, Keith DR, Carmichael P, Steensma TD. Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. JAMA Netw Open. 2020 Jul 1;3(7):e2011161. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11161. PMID: 32721030; PMCID: PMC7388018.

³⁶ Wiepjes, Chantal M., et al. "The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets." The journal of sexual medicine 15.4 (2018): 582-590.

³⁷ Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf NM, Egebjerg Rischel K, Frisén L, et al. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries. Nord J Psychiatry. 2020;74(1):40–44.

³⁸ de Graaf NM, Carmichael P, Steensma TD, Zucker KJ. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the UK Gender Identity Development Service (2009–2016). J Sex Med. 2018;15(10):1381–1383.

³⁹ Doctors protecting children [Internet]. Doctors Protecting Children. 2024 [citado el 2 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doctorsprotectingchildren.org>

⁴⁰ Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: final report. London: NHS England; 2024.

natural, las cuales son fundamentales para el óptimo funcionamiento de distintos órganos como el corazón, sistema metabólico, inciden en el desarrollo óseo, muscular, cerebral y reproductivo.^{41,42,43,44}

Por lo tanto, los medicamentos de afirmación de género (Bloqueador de la pubertad y hormonización cruzada), aumentan el riesgo de que se desencadene diferentes enfermedades o patologías, como son: problemas cardiovasculares (infarto de miocardio), siendo esta la segunda causa de muerte en personas transgénero después del suicidio,⁴⁵ osteoporosis, diabetes tipo 2, cáncer de ovario, de útero, cáncer de mama, tromboembolia, hipertensión entre otros.⁴⁶ Sin contar que, al obstruir el desarrollo de los órganos sexuales en los niños, niñas y adolescentes, existe una alta probabilidad de infertilidad, además, en la juventud o adultez no podrán gozar de las relaciones sexuales, porque se disminuiría o se perdería por completo el deseo sexual.⁴⁷

Otras de las afecciones que se han visto con población transexual que han sido tratadas con medicamentos para la "afirmación de género", además de las arritmias ventriculares, es el riesgo de eventos cardiovasculares adversos como el accidente cerebrovascular (ACV),⁴⁸ dentro de los cuales se encuentra la isquemia o infarto cerebral, que ocasiona muerte neuronal y la hemorragia cerebral.⁴⁹

Por lo que se hace inminente, como protección al menor, que la educación se base netamente en contenido científico, porque la enseñanza de este postulado, no únicamente conlleva a que los niños, niñas y adolescentes rechacen su realidad biológica, sino que los conduce a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos de la reasignación o afirmación de género, los cuales una vez entren por este camino, ya no hay reversa, porque las secuelas a nivel de salud los acompañará de por vida.

4.3. Panorama internacional de restricción de la enseñanza con enfoque de género en centros educativos

En el derecho comparado contemporáneo se evidencia una diversidad de enfoques regulatorios frente a la enseñanza de contenidos relacionados con la identidad de género en los sistemas educativos. En varios países han adoptado medidas normativas que restringen, limitan o condicionan dichos contenidos, especialmente en la educación básica, invocando principios como la protección de los menores de edad, la soberanía educativa y la participación de los padres en la formación de sus hijos.

⁴¹ Morselli E, Santos RS, Criollo A, Nelson MD, Palmer BF, Clegg DJ. The effects of oestrogens and their receptors on cardiometabolic health. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(6):352-364. doi:10.1038/nrendo.2017.12.

⁴² Gerdtz E, Regitz-Zagrosek V. Sex differences in cardiometabolic disorders. *Nat Med.* 2019;25:1657-1666. doi:10.1038/s41591-019-0643-8.

⁴³ Lee BH, Eid RS, Hodges TE, Barth C, Galea LAM. Leveraging research into sex differences and steroid hormones to improve brain health. *Nat Rev Endocrinol.* 2025;21:214-229.

⁴⁴ Mieritz MG, et al. On the role of sex steroids in biological functions by classical and non-classical pathways. An update. [PubMed-indexed review]. 2021.

⁴⁵ Lapertosa, Manuel. "Identidad de género, diabetes y riesgo cardiovascular. Enfoque endocrinológico." *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 58.3Sup (2024): 62-62.

⁴⁶ Ovies Carballo G, Alonso Domínguez E, Gómez Alzugaray M, Duarte Cázeres E. Tratamiento hormonal y sus complicaciones en el paciente con disforia de género. *Revista Cubana de Endocrinología.* 2019;30

⁴⁷ Biggs, Michael. "The Dutch protocol for juvenile transsexuals: origins and evidence." *Journal of sex & marital therapy* 49.4 (2023): 348-368.

⁴⁸ Berni, Ana C., Wamboldt, Rachel and Baranchuk, Adrián. "Arritmias en personas transgénero." *Archivos de cardiología de México* 93 (2023): 18-22.

⁴⁹ ALVES FERREIRA, ANDRE LUIZ Y. COLS, et al. "ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV) 1." *Universidad, Ciencia y Sociedad* (2011): 19.

4.3.1. Prohibiciones expresas

En algunos ordenamientos se han adoptado restricciones directas sobre este tipo de contenidos en el currículo académico. En Paraguay, el Ministerio de Educación y Ciencias expidió la Resolución No. 29664 de 2017, mediante la cual se prohibió la difusión de materiales relacionados con la denominada “teoría o ideología de género” en instituciones educativas.⁵⁰ Posteriormente, la Resolución No. 1803 de 2025 reforzó esta política al ordenar la revisión y eliminación del término “género” en los materiales educativos oficiales.⁵¹ Estas disposiciones configuran un modelo de prohibición expresa de este enfoque pedagógico dentro del sistema educativo.

En Europa, Bulgaria adoptó en 2024 reformas a su legislación educativa que restringen la promoción de contenidos relacionados con la identidad de género en las escuelas.⁵² Este tipo de regulación evidencia un enfoque de limitación normativa directa. Esta medida fue formulada en aras de proteger a los estudiantes, por lo tanto, se enfocó en controlar los contenidos educativos.

4.3.2. Modelos de limitación parcial

Otras naciones han optado por esquemas regulatorios menos restrictivos, basados en la limitación por edad o la adecuación del contenido al desarrollo del menor. En el Reino Unido, el Departamento de Educación emitió en 2024 directrices preliminares sobre educación en relaciones, sexualidad y salud (RSHE), en las que se establecen restricciones al tratamiento de la identidad de género en determinados niveles educativos.⁵³ Este modelo no implica una prohibición absoluta, sino un control progresivo del contenido educativo.

De igual manera, en Estados Unidos, diversos estados han aprobado leyes que limitan la enseñanza de la identidad de género, especialmente en educación primaria, configurando un modelo de regulación descentralizada en el que las autoridades subnacionales definen el alcance de los contenidos educativos.⁵⁴

Entre 2022 y 2025, al menos once estados han aprobado leyes que censuran o restringen la enseñanza de temas LGBTQ, incluyendo identidad de género. Entre los principales se encuentran:^{55,56,57}

- **Florida:** La ley “Parental Rights in Education” prohíbe la enseñanza sobre orientación sexual e identidad de género en ciertos niveles educativos, ampliándose posteriormente a grados superiores.
- **Alabama:** Restringe la enseñanza de estos temas en los primeros años escolares, permitiéndolos sólo si se consideran apropiados para la edad.

⁵⁰ Ministerio de Educación y Ciencias (Paraguay). Resolución No. 29664 por la cual se prohíbe la difusión de la teoría o ideología de género en instituciones educativas. Asunción: MEC; 2017.

⁵¹ Ministerio de Educación y Ciencias (Paraguay). Resolución No. 1803 por la cual se dispone la revisión y eliminación del término “género” en materiales educativos. Asunción: MEC; 2025.

⁵² National Assembly of the Republic of Bulgaria. Amendments to the Pre-school and School Education Act restricting promotion of LGBTQ+ content in schools. Sofía: National Assembly; 2024.

⁵³ Department for Education (UK). Draft guidance: Relationships, Sex and Health Education (RSHE). London: Department for Education; 2024.

⁵⁴ U.S. Department of Health and Human Services. PREP program directive; 2025.

⁵⁵ GLSEN. Inclusive curricular standards policies; 2024.

⁵⁶ Movement Advancement Project. LGBTQ Curricular Laws [Internet]. 2026 [cited 2026 Sep 11]. Available from: Movement Advancement Project.

⁵⁷ The 19th News. Anti-trans laws and school curriculum restrictions; 2025.

- **Arkansas:** Ha adoptado medidas similares de limitación curricular.
- **Iowa:** Prohíbe la enseñanza de identidad de género desde el preescolar hasta sexto grado.
- **Indiana:** Establece restricciones sobre contenidos relacionados con sexualidad y género.
- **Kentucky:** Incluye disposiciones que limitan contenidos y permiten exclusión parental.
- **Louisiana:** Ha implementado restricciones en el currículo educativo.
- **North Carolina:** Introduce limitaciones y mecanismos de control parental.

Además, otros estados como Arizona, Montana y Tennessee han adoptado políticas que, sin prohibir totalmente la enseñanza, exigen notificación a los padres o permiten retirar a los estudiantes de clases con contenido relacionado con enfoque de género.

Además esta tendencia no se limita a leyes estrictamente curriculares, sino que se ha extendido hacia políticas que van en sincronía con la ciencia, tales como:

- Definiciones legales de “sexo biológico” que excluyen la identidad de género diversa.
- Prohibiciones de uso de nombres o pronombres elegidos sin consentimiento parental.
- Restricciones al uso de materiales educativos con este enfoque.

Por ejemplo, en 2025 se reportó que más de 120 leyes y políticas estatales han modificado la enseñanza de temas relacionados con género y sexualidad desde 2017.⁵⁸ Asimismo, iniciativas federales han buscado eliminar referencias a “ideología de género” en programas educativos financiados públicamente.⁵⁹

4.3.3. Restricción indirecta en el marco de política pública

En otros contextos, las limitaciones no se circunscriben exclusivamente al ámbito educativo, sino que forman parte de políticas públicas más amplias sobre la circulación de información. En Rusia, la legislación adoptada en 2022 prohíbe la propaganda de relaciones sexuales no tradicionales⁶⁰ y la identidad de género diversa, lo cual incluye la restricción de contenidos en entornos educativos. Este tipo de medidas tiene un alcance transversal y afecta no solo la educación, sino también los medios de comunicación y otros espacios de socialización.

4.3.4. Intentos de restricción y control judicial

En naciones como Brasil, entre 2015 y 2020 se promovieron diversas normas orientadas a prohibir la enseñanza de contenidos relacionados con género y sexualidad.⁶¹

4.4. Autocuidado

La Organización Mundial de la Salud define el autocuidado como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y afrontar problemas de

⁵⁸ The Washington Post. Tracking state laws on teaching race, sex and gender; 2024.

⁵⁹ U.S. Department of Health and Human Services. PREP program directive; 2025.

⁶⁰ State Duma of the Russian Federation. Federal Law No. 478-FZ on amendments prohibiting propaganda of non-traditional sexual relations. Moscow: State Duma; 2022.

⁶¹ Human Rights Watch. I became scared, this was their goal: Efforts to ban gender and sexuality education in Brazil. New York: Human Rights Watch; 2022.

salud, con o sin el apoyo de trabajadores de la salud.⁶² Por lo tanto, dentro la Educación Sexual con Enfoque Biológico, este eje es un principio rector derivado del conocimiento del propio cuerpo, sus procesos fisiológicos y sus límites. Este concepto no se restringe a la higiene o a la prevención puntual, sino que implica la capacidad de reconocer señales biológicas, comprender los riesgos asociados a determinadas conductas y actuar de manera anticipatoria para preservar la salud integral. Desde la evidencia científica, el autocuidado en adolescentes se relaciona con la alfabetización en salud (health literacy), entendida como la habilidad para acceder, comprender y utilizar información para tomar decisiones adecuadas, lo cual se asocia con menor incidencia de conductas sexuales de riesgo.⁶³

En este sentido, el conocimiento del ciclo ovulatorio, la maduración hormonal y la susceptibilidad biológica a infecciones permite a los adolescentes dimensionar la vulnerabilidad propia de esta etapa del desarrollo. La literatura ha documentado que la adolescencia implica cambios neuroendocrinos significativos que incrementan la reactividad emocional y la búsqueda de sensaciones, lo cual puede influir en la toma de decisiones en contextos de presión social o afectiva.⁶⁴ Por lo tanto, el autocuidado, desde un enfoque biológico, no es únicamente informativo, sino regulador: implica la capacidad de integrar conocimiento fisiológico con conductas concretas de protección.

4.4.1. Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual

Para esto, es importante que los programas educativos se centren en la prevención de conductas o decisiones que podrán afectar la salud y el desarrollo de los educandos, basado en criterios científicos que busquen su protección, para esto se debe enseñar de una manera clara y oportuna sobre las implicaciones de las ITS, por los altos índices a nivel nacional del contagio de las infecciones de transmisión sexual, el cual es una de las preocupaciones a nivel de Salud Pública.⁶⁵ De acuerdo con la información oficial del Instituto Nacional de Salud (INS), durante los últimos años Colombia ha mantenido una importante carga de enfermedad asociada a estas infecciones. En particular, el VIH continúa representando uno de los principales. Durante 2024 fueron notificados 19.344 casos de VIH procedentes de Colombia, de los cuales 18.140 correspondieron a casos nuevos.⁶⁶

La sífilis también representa una problemática relevante, especialmente durante el embarazo. En 2024 se notificaron 9.748 casos de sífilis gestacional, con una razón de prevalencia de 21,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos. Esta situación es especialmente importante debido a que una infección por sífilis durante el embarazo puede ocasionar consecuencias graves para el feto y el recién nacido si no es diagnosticada y tratada oportunamente.⁶⁷ Las hepatitis virales B y C también tienen importancia dentro del panorama de las infecciones transmisibles sexualmente. Según el INS, a la semana epidemiológica 28 de 2025 se habían notificado 1.571 casos de hepatitis B, frente a 1.262 casos registrados en el mismo periodo de 2024, lo que representa un incremento del 24,5 %. En el

⁶² World Health Organization. Autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Ginebra: OMS; 2026 [citado 11 sep 2026]. Disponible en: OMS – Autocuidado para la salud y el bienestar

⁶³ Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review. BMC Public Health. 2012;12:80.

⁶⁴ Dahl RE, Gunnar MR. Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation. Ann N Y Acad Sci. 2009;1021:276–287.

⁶⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Infecciones de transmisión sexual VIH sida [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; [citado 2026 Sep 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/infecciones-transmision-sexual-vih-sida.aspx>

⁶⁶ Instituto Nacional de Salud. VIH, sida y muerte por sida, Colombia, 2024: informe de evento [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2025 [citado 2026 Sep 3]. Disponible en: Informe oficial INS VIH 2024

⁶⁷ Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: sífilis gestacional y sífilis congénita, Colombia, 2024 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2025 [citado 2026 Sep 3]. Disponible en: Informe oficial INS sífilis gestacional y congénita

caso de la hepatitis C, se habían notificado 897 casos durante el mismo corte de 2025, frente a 698 casos en 2024, correspondiente a un aumento del 28,5 %. El INS señala que la transmisión sexual constituye uno de los principales mecanismos identificados para estas infecciones.⁶⁸

4.4.2. Prevención del Embarazo Adolescente

Uno de los objetivos en prevención del embarazo en menores de edad, consiste en fomentar conductas informadas y reflexivas, que van acorde con el desarrollo neurobiológico de los estudiantes, las cuales implican el conocimiento para tomar decisiones conscientes respecto a la elección de la pareja, el establecimiento de límites personales y la postergación del inicio de las relaciones sexuales como una opción de desarrollo personal y prevención del embarazo adolescente.^{69,70}

En este enfoque, la elección de pareja sexual no se reduce a una decisión circunstancial, sino que constituye un proceso que implica valoración del contexto relacional, reconocimiento del consentimiento mutuo, identificación de riesgos emocionales y conductuales, y evaluación de la estabilidad afectiva del vínculo. Desde la perspectiva de la salud pública y la psicología del desarrollo, las relaciones sexuales en la adolescencia se asocian a múltiples variables relacionales, incluyendo presión de pares, desequilibrios de poder y búsqueda de validación emocional, lo que puede influir en la calidad de las decisiones tomadas.⁷¹

Para esto, es importante que la educación se imparta bajo el enfoque de la responsabilidad emocional, la cual se entiende como la capacidad de reconocer, comprender y regular los propios estados afectivos, así como de interpretar adecuadamente los de la pareja, anticipando las consecuencias emocionales que pueden derivarse de la intimidad sexual y de la vinculación afectiva. Esta competencia incluye la habilidad de diferenciar entre deseo emocional momentáneo, presión externa y decisiones alineadas con el bienestar a largo plazo, lo que resulta fundamental en la elección de pareja en la juventud o adultez.^{72,73}

Desde la neurociencia del desarrollo, se ha evidenciado que la corteza prefrontal, encargada de funciones ejecutivas como la planificación, el juicio y el control inhibitorio, aún se encuentra en maduración durante la adolescencia, mientras que el sistema límbico, asociado a la recompensa y la emoción, presenta una mayor reactividad. Esta asimetría neurobiológica puede conllevar a que los adolescentes tomen decisiones sexuales impulsivas, que busquen emociones intensas o la gratificación inmediata, incluyendo la elección de parejas sin suficiente evaluación de riesgos relacionales o afectivos.⁷⁴

⁶⁸ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: semana epidemiológica 30, 20 al 26 de julio de 2025 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2025 [citado 2026 Sep 3]. Disponible en: Boletín Epidemiológico Semanal INS – semana 30 de 2025

⁶⁹ Kirby D, Laris BA, Rollieri L. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206–217.

⁷⁰ Santelli JS, Kantor LM, Grilo SA, et al. Abstinence-only-until-marriage: an updated review of U.S. policies and programs. *J Adolesc Health*. 2017;61(3):273–280.

⁷¹ Tolman DL, McClelland SI. Normative sexuality development in adolescence. *J Res Adolesc*. 2011;21(1):242–252.

⁷² Rothman EF, Daley N, Dahl RE. Adolescent romantic relationships as healthy development. *J Adolesc Health*. 2015;57(3):277–283.

⁷³ Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, et al. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis. *Child Dev*. 2011;82(1):405–432.

⁷⁴ Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1124:111–126.

En este contexto, la responsabilidad emocional actúa como un factor protector, en tanto permite que el adolescente desarrolle la capacidad de seleccionar la pareja de manera más consciente en su juventud y adultez, considerando aspectos como el respeto mutuo, la comunicación, la estabilidad emocional y la ausencia de coerción o presión. Siguiendo esta misma línea, la evidencia ha demostrado como los programas de educación sexual que incluyen habilidades socioemocionales, como regulación emocional, toma de decisiones y habilidades relacionales, se asocian con reducciones en conductas sexuales de riesgo y mejoras en la calidad de las relaciones interpersonales.⁷⁵

Asimismo, la integración entre responsabilidad emocional y educación es fundamental, ya que la elección de pareja también se relaciona con la capacidad de negociación dentro de la relación. Estudios han demostrado que adolescentes con mayores habilidades emocionales presentan menor exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que evidencia la interacción entre factores emocionales, relacionales y conductuales.⁷⁶

Finalmente, la postergación del inicio de las relaciones sexuales puede entenderse como una estrategia de autocuidado que favorece el desarrollo de competencias emocionales y neuropsicológicas más maduras, permitiendo decisiones más deliberadas, incluida una elección de pareja más consciente, estable y segura. En estudios longitudinales han demostrado que un inicio sexual más tardío se asocia con menor número de parejas sexuales, menor riesgo de ITS y menor probabilidad de embarazo adolescente.^{77,78}

En conjunto, la evidencia científica respalda la necesidad de una Educación Sexual con Enfoque Biológico que articule el desarrollo de habilidades socioemocionales y la formación en responsabilidad emocional como eje central para la toma de decisiones responsables, particularmente en la elección de pareja durante la juventud y adultez.

4.2.3. Prevención de la Violencia Sexual

La violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes constituye una grave vulneración de los derechos fundamentales y continúa siendo una problemática de gran importancia en Colombia. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entre 2019 y 2025 se registraron 97.494 ingresos de niñas y adolescentes mujeres a Procesos Administrativos de Restablecimiento de Derechos (PARD) por violencia sexual, siendo esta una de las principales causas de ingreso a estos procesos.

Durante el mismo periodo, el ICBF registró 137.607 procesos de restablecimiento de derechos relacionados con diferentes formas de violencia contra menores de 18 años. En relación con el lugar donde ocurren estos hechos, los registros del ICBF muestran que el 67,2 % de la violencia sexual contra niñas y adolescentes mujeres ocurrió dentro de la vivienda, mientras que el 8,9 % ocurrió en establecimientos educativos.⁷⁹ Estos datos permiten observar que la violencia sexual no se limita a

⁷⁵ Bastien S, Kajula LJ, Muhwezi WW. A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Reprod Health*. 2011;8:25.

⁷⁶ Bastien S, Kajula LJ, Muhwezi WW. A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Reprod Health*. 2011;8:25.

⁷⁷ Kirby D, Laris BA, Rollieri L. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206–217.

⁷⁸ Sandfort TG, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. Long-term health correlates of timing of sexual debut. *Perspect Sex Reprod Health*. 2008;40(4):233–241.

⁷⁹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El 81 % de casos de violencias se registran contra niñas y adolescentes mujeres [Internet]. Bogotá: ICBF; 2025 [citado 2026 Sep 9]. Disponible en: ICBF.

espacios públicos, sino que también puede producirse dentro de entornos familiares, domésticos y educativos que deberían proporcionar protección y seguridad.

La problemática también se extiende al entorno digital. Durante 2025, las autoridades colombianas reportaron incidentes relacionados con la explotación sexual y los riesgos digitales que afectan a niños, niñas y adolescentes, evidenciando que las tecnologías y las plataformas digitales pueden ser utilizadas como medios para ejercer diferentes formas de violencia y explotación contra menores.⁸⁰

Por otra parte, las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2025, reportaron que se realizaron en Colombia 16.533 exámenes médico-legales por presunto delito sexual contra niños, niñas y adolescentes, siendo Bogotá, Antioquia y Cundinamarca los departamentos en donde más casos se reportaron.⁸¹

En conclusión, las estadísticas disponibles para 2025 muestran que la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes continúa siendo un problema grave en Colombia, por lo que es inminente que los centros educativos prevengan este tipo de violencia en los niños, niñas y adolescentes.

Apoyo de la academia

El presente Proyecto de Ley contó con el soporte académico de Liliana Castañeda Suancha, experta en Neurodesarrollo. Especialista en Neuropsicología Escolar del Politécnico Grancolombiano, Máster en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva de la Universidad Autónoma de Barcelona.

5. Conflictos de interés

En virtud del Artículo 1 de la Ley 2003 de 2009, y conforme a los preceptos de los artículos 286 y 291 de la Ley 5 de 1992, se puede concluir que la presente iniciativa podría generar un conflicto de interés en los congresistas, por lo que es deber de cada uno analizar el conflicto de interés o impedimento que pueda generarse puesto que es un tema especial e individual.

6. Impacto fiscal

Dando cumplimiento al artículo 7º de la Ley 819 de 2003, el presente proyecto de ley no ordena gasto ni genera beneficios tributarios, por lo que se entiende que este proyecto no genera impacto fiscal. Así las cosas, el Gobierno Nacional no deberá disponer de más recursos que aquellos que hayan sido aprobados o dispuestos para la efectividad de leyes anteriores. Es decir, no es necesario un gasto adicional, pues lo que se busca es que se implemente el proyecto con base en los recursos disponibles actualmente. Sin embargo, se solicita a la comisión remitir copia del proyecto de ley al Ministerio de Hacienda para que emita un concepto sobre la materia.

Cordialmente,

⁸⁰ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Colombia fortalece su compromiso para proteger a la niñez en línea [Internet]. Bogotá: ICBF; 2025 [citado 2026 Sep 9]. Disponible en: ICBF – Protección de la niñez en línea.

⁸¹ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín niños, niñas y adolescentes: diciembre 2025 [Internet]. Bogotá: INMLCF; 2026 [citado 2026 Sep 9]. Disponible en: Boletín NNA diciembre 2025.

CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE

CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Senador de la República

MARÍA A. GUERRA LÓPEZ

MARÍA ANGÉLICA GUERRA LÓPEZ
Senadora de la República

SANTIAGO MONTOYA MONTOYA

SANTIAGO MONTOYA MONTOYA
Senador de la República

JOSE P. HERNÁNDEZ



CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL

El día 15 de SEPTIEMBRE del año 2026

Ha sido presentado en este despacho el

Proyecto de Ley X Acto Legislativo

No. 367 Con su correspondiente

Exposición de Motivos, suscrito Por: H. DAVID

GERARDO COTE RODRIGUEZ, ARLENY

ALVARADO, AILDA GUTIERREZ Y OTROS

SECRETARIO GENERAL