



Proyecto de ley que prohíbe las intervenciones quirúrgicas y hormonales para el cambio de sexo en menores de 18 años de edad.

I. ANTECEDENTES

Hace varios años, distintos países, principalmente europeos y angloparlantes, han limitado o prohibido los tratamientos hormonales y quirúrgicos para el cambio de sexo en menores de 18 años de edad. La prueba más contundente para hacerlo fue la reacción del Reino Unido al Informe Cass, publicado en abril de 2024, que dejó al descubierto la mala calidad de la evidencia científica utilizada para promover dichas intervenciones¹. Dicho informe reveló además los daños y riesgos a los que se sometía a menores de edad que iniciaban estos tratamientos, muchos de los cuales son irreversibles. La importancia del Informe Cass radica en ser una revisión sistemática, es decir, es *un resumen de la literatura sobre una cuestión particular que utiliza métodos explícitamente definidos y reproducibles para buscar, evaluar críticamente y sintetizar sistemáticamente información de investigación primaria*².

La realidad de esta situación en Chile se comenzó a conocer públicamente un mes después de la publicación del Informe Cass, con la aparición del reportaje de Sabine Drysdale³. Lo anterior motivó a que el tema fuese revisado por una Comisión Especial Investigadora de la Cámara de Diputados. Los resultados, conclusiones y recomendaciones, detallados en un Informe Final, revelaron cifras, datos y estadísticas de la realización de estos procedimientos en el sistema de salud⁴.

Atendido las modificaciones, restricciones y prohibiciones ordenadas en los países pioneros en este tipo de intervenciones, la ausencia absoluta de información en Chile y el daño permanente e irreversible a los que se exponen los menores de edad, es que se considera necesario prohibir estas intervenciones, a fin de salvaguardar su integridad física y psíquica.

II. FUNDAMENTOS

¹ Disponible en: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

² Informe Cass, p. 54.

³ Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2024/05/29/pubertad-interrumpida-ninos-trans-inician-tratamiento-hormonal-en-medio-de-controversias.shtml>

⁴ Informe de la Comisión Especial Investigadora N°57 de la Cámara de Diputados (en adelante, CEI 57). Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/informes.aspx?prmID=4461>.



Este proyecto de ley tiene como objetivo prohibir la realización de intervenciones quirúrgicas y hormonales para el cambio de sexo en menores de 18 años. La literatura científica ha explicado con detalle los daños y peligros que conllevan, y que justifican que una cantidad cada vez mayor de países restrinjan o prohíban, a través de leyes, normas o recomendaciones de diferente naturaleza y origen. La situación en Chile es ha comenzado a conocerse y diversos antecedentes apoyan la decisión de impedir que se atente contra la dignidad de cientos o miles de niños y adolescentes.

1) INTERVENCIONES HORMONALES Y QUIRÚRGICAS PARA EL CAMBIO DE SEXO

Generalmente, las intervenciones “médicas” para el cambio de sexo en menores de 18 años, comienzan con las intervenciones hormonales, iniciando con el bloqueo puberal para luego continuar con la hormonación cruzada. A su vez, desde cierta edad también se pueden realizar las operaciones o cirugías para el cambio de sexo.

1.1) INTERVENCIONES HORMONALES PARA EL CAMBIO DE SEXO (1): BLOQUEO DE PUBERTAD

La pubertad comienza, en promedio, en las mujeres a los 11 años y en los hombres a los 12, y se avanza a través de las 5 etapas de Tanner: el hipotálamo inicia una cascada que genera las hormonas sexuales y así, en las mujeres, los ovarios producen estrógeno y, en los hombres, los testículos producen testosterona (Cass, 14.2 - 14.3). Estas hormonas son las que, desde el inicio hasta el fin de la vida humana, desarrollan las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. El objetivo de las hormonas bloqueadoras de la pubertad en los tratamientos de género es detener la producción de estas hormonas y evitar así que aparezcan las características sexuales secundarias propias de cada sexo. Esto se hace con el fin de *ganar tiempo*, en aquellos casos en que el menor se percibe o identifica con el sexo opuesto. De este modo se extendería el período de diagnóstico, que permitiría a los preadolescentes discernir durante este periodo sin la presión de que aparezcan las diferencias sexuales secundarias, lo que ayudaría a aliviar la angustia que experimentarían por este motivo.

La pubertad se detiene mediante el uso de análogos reversibles de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y los más utilizados son la Goreselina, la Histrelina, la Leuproide y la Triptorelina⁵.

La evidencia que respalda el uso de los medicamentos para bloquear la pubertad para el cambio de sexo es de mala calidad. Una revisión sistemática realizada por la Universidad de York para la elaboración del Informe Cass fue sobre el uso de los bloqueadores de pubertad con dicho propósito. Esta identificó y analizó 50 estudios que avalaban el uso de bloqueadores de pubertad para los efectos señalados, de los cuales uno sólo fue calificado de alta calidad y los restantes 49

⁵ MIRANDA-NOVOA, M., “El tratamiento de afirmación de género en menores con disforia de género y la validez del consentimiento informado”, Cuadernos de Bioética, 33(107), 2022, pp. 99-109. Disponible en: <https://aebioetica.org/revistas/2022/33/107/99.pdf>.



como de baja o mediana calidad (14.19). A su vez, la revisión sostiene que hay pruebas insuficientes o inconsistentes sobre los efectos de la supresión de la pubertad en la salud psicológica o psicosocial (14.28). De hecho, un estudio de seguimiento a menores durante 2 años no logró demostrar que existiesen beneficios para la salud mental.

En cuanto a sus efectos, el bloqueo puberal puede generar todo tipo de daños. Impacta en el desarrollo neurocognitivo: *la maduración cerebral puede verse interrumpida temporal o permanentemente por el uso de bloqueadores de la pubertad, lo que podría tener un impacto significativo en la capacidad del joven para tomar decisiones complejas y cargadas de riesgos, además de tener posibles consecuencias neuropsicológicas a largo plazo* (14.38); en el desempeño intelectual, ya que se generan diferencias significativas en el coeficiente intelectual: *durante la infancia y la adolescencia la gran plasticidad del desarrollo del cerebro hace que sean períodos de una alta vulnerabilidad y es por eso por lo que la transición social durante la infancia es una intervención que modifica el desarrollo cerebral con cambios en el proceso*⁶; en la salud ósea al comprometerse la densidad ósea durante el bloqueo puberal y el aumento de altura puede ser inferior al observado en otros adolescentes (14.43), y aunque *después se inicie el tratamiento hormonal cruzado en personas trans, no se alcanza la mineralización ósea total*⁷.

Por otra parte, el uso de bloqueadores termina en su gran mayoría con el uso de la hormonización cruzada (14.25). Esto ocurre porque el periodo en el que se usan es también el periodo de maduración del cerebro, proceso que a su vez resulta bloqueado. De ahí que quienes podrían volver a identificarse con su sexo biológico no logran hacerlo, persistiendo las dudas que iniciales. Esto además conlleva daños asociados porque el crecimiento biológico, lo que no es susceptible de reiniciarse revirtiendo el tiempo que permaneció bloqueado, o, dicho de otro modo, no hay un crecimiento acelerado para recuperar los años en que estuvo *congelado*. La edad biológica del niño será distinta a su edad cronológica. Como señala el profesor Tobias Banaschewski, director de la Clínica de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil y Adolescente de Mannheim, Alemania: *Si detengo el desarrollo físico y psicosexual de una niña de 12 años, pero todos sus compañeros de clase se están convirtiendo en jóvenes de 14, 15 o 16 años, no estoy colocando a la joven en una posición inicial más neutral desde la que pueda tomar una mejor decisión. Al contrario, puedo crear dilemas psicológicos completamente nuevos*⁸.

1.2) INTERVENCIONES HORMONALES PARA EL CAMBIO DE SEXO (2): HORMONACIÓN CRUZADA

La segunda etapa de la intervención hormonal para el cambio de sexo en menores de 18 años es el suministro de hormonas del sexo opuesto, que generalmente se realiza a los 16 años, mientras continua el bloqueo puberal. El objetivo de esta intervención es obtener un aspecto físico lo más semejante posible sexo que el menor percibe como propio. Si es que la hormonación cruzada se mantiene de forma persistente, el suministro de hormonas se debe realizar por el resto de la vida, convirtiéndolo en una persona hormonodependiente.

⁶ UGARTE PALACIOS, Francisca. Acta de la sesión del 4 de noviembre de 2024 de la CEI 57, p. 14.

⁷ Ídem.

⁸ Disponible en: <https://www.genderclinicnews.com/p/free-to-be-who-you-werent>.



A las mujeres se les prescribe testosterona⁹. En ellas, la virilización produce una disminución de la menstruación, aumento de la libido, supresión del desarrollo de la mama, incremento de masa muscular y del vello facial, profundización de la voz y una cierta atrofia mamaria, ovárica y uterina¹⁰. Muchos de los efectos pueden ser irreversibles desde el inicio de la intervención.

A los hombres se les prescribe antiandrógenos¹¹, progesterona y estrógenos¹². En ellos, la feminización genera una disminución de los niveles de testosterona que produce el cuerpo y permite la aparición de rasgos sexuales secundarios feminizantes. Se producen cambios como la disminución de la cantidad de erecciones y eyaculaciones, caída más lenta del pelo, desarrollo de las mamas, disminución de la masa muscular y del vello facial y corporal, y atrofia testicular y prostática (variable según la dosis de estrógenos). Los efectos pueden ser irreversibles tras 6 y 12 meses de uso: en concreto, la posibilidad de esterilidad permanente y la atrofia de los testículos y la próstata.

En las mujeres, la hormonación cruzada puede generar posibles efectos adversos como las *conductas agresivas, psicosis, incremento anómalo de la libido, síndrome de apnea obstructiva del sueño, acné, alopecia, poliquistosis ovárica, hiperplasia endometrial, poliglobulia, aumento de bilirrubina, descenso de HDLC, cefalea, retención hidrosalina, hipertensión arterial, dislipemias, elevación de la glucosa, hepatopatías, cáncer de ovario y endometrial (infrecuentes)*, siendo irreversibles *el agravamiento de la voz y el crecimiento del clítoris*. Algunos efectos que estos tratamientos pueden producir en los hombres: *depresión, descenso anómalo de la libido, aumento de la bilirrubina y prolactina, trombosis venosa, coleditiasis, aumento de triglicéridos, riesgo de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, flebitis, hepatopatías, dislipemias, náuseas, anorexia, ganancia de peso, cefaleas, cálculos de la vesícula, alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o tromboembolismo pulmonar, depresión, vértigos y retención hidrosalina, cáncer de mama y de próstata (infrecuentes)*, siendo irreversibles *el crecimiento del pecho, la disminución de la masa testicular, del tamaño del pene y de la fertilidad*¹³.

La evidencia que respalda el uso de estos medicamentos para la hormonación cruzada también fue calificada negativamente por el Informe Cass. La Universidad de York, al revisar los estudios, determinó que 53 cumplieron criterios de inclusión, y solo uno de ellos era de alta

⁹ Según el ISP, su indicación está aprobada para, en hombres, la deficiencia de testosterona endógena, hipogonadismo y pubertad retardada; y en mujeres, para el cáncer de mama. Reacciones adversas son: *Hipertensión (2,3% a 12,7%), Edema periférico (2,7%), Trombosis venosa profunda, Eritrocitosis (1,8% a 2%), Hemorragia, Hepatitis colestásica, Depresión, Embolia pulmonar, Cánceres de próstata e hígado.*

¹⁰ DOMÍNGUEZ YAMASAKI, María Isabel, “Supuestos de culpa o negligencia a propósito de los tratamientos médicos para la reasignación de género”, *Revista de Derecho Civil*, vol. X, núm. 4 (julio-septiembre, 2023), Estudios, p. 131. Disponible en: <https://www.nreg.es/ojs/index.php/RDC/article/viewFile/892/678>.

¹¹ Según el ISP, los antiandrógenos pueden ser la espironolactona y la ciproterona acetato. La primera tiene como usos registrados *Edema en cirrosis hepática, Síndrome nefrótico, Insuficiencia cardíaca congestiva e Hiperaldosteronismo, Hipertensión*, e incluye reacciones adversas como *lupus eritematoso sistémico, Trastornos electrolíticos, hiperglicemia, hipercalemia, hiperuricemia, hipocalcemia, alcalosis hipoclorémica, hipomagnesemia, hiponatremia, hipovolemia, acidosis metabólica, Hemorragia gástrica, gastritis, agranulocitosis, hepatotoxicidad, insuficiencia renal aguda y cáncer de mama.*

¹² Según el ISP, el estradiol tiene para usos registrados *Síntomas climaterio, osteoporosis, atrofia vulvovaginal, insuficiencia ovárica, cáncer de mama, cáncer de próstata*, e incluye como reacciones adversas serias: *enfermedades cardíacas, infarto de miocardio, retención de líquidos corporales, hipercalemia, cánceres de mama, ovario, endometrio, trastorno de la vesícula biliar, trombosis venosa profunda, tromboembolismo venoso, accidente cerebrovascular, demencia, trombosis de la vena retiniana, embolia pulmonar, angioedema.*

¹³ DOMÍNGUEZ, *op. cit.*, pp. 130 – 132.



calidad. El resto fueron calificados como de baja o moderada calidad. Cass concluyó que la evidencia relacionada con la disforia de género, la satisfacción corporal y los resultados psicosociales y cognitivos fue insuficiente para sacar conclusiones claras (15.20). Uno de los grandes problemas encontrados fue la ausencia de estudios de largo plazo que permitiesen medir los efectos en periodos extensos de tiempo, puesto que muchos de los que evaluaban la función psicológica o psicosocial duraban menos de un año (15.23).

El fin de este proyecto de ley no es prohibir la realización de ciertos procedimientos médicos que se realizan con otros fines distintos a la reasignación de sexo. Tampoco se busca impedir el acceso a ciertos medicamentos cuyo uso es seguro. Por ejemplo, con la presente ley los tratamientos de bloqueo de pubertad en los casos de pubertad precoz y los medicamentos requeridos para ello no se verían afectados. Sostener que la seguridad de realizar dichos tratamientos o usar tales medicamentos es extensible a las intervenciones hormonales para el cambio de sexo no es cierto.

1.3) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA EL CAMBIO DE SEXO

La última fase de la transición, aunque no siempre presente, son las cirugías de reasignación de sexo. Estas pueden incluir la extirpación de los órganos genitales, lo cual dejaría a los menores permanentemente infértiles.

Las mujeres se pueden someter a *mastectomías, oforectomía, salpingetomía, histerectomía, la reconstrucción de pars fixa de uretra, faloplastia, escrotoplastia y colocación de prótesis peneana y testicular*. Las mastectomías traen problemas como *la necrosis de complejo areola-pezones y/o pérdida de sensibilidad, irregularidades de contorno y cicatrices in-estéticas*, mientras que la faloplastia puede acarrear *estenosis y fístulas urinarias, necrosis parcial o completa del neopene*. Las cirugías que se pueden realizar a los hombres son la *cirugía mamaria (mamoplastia de aumento con prótesis o lipofilling)*, cuyos efectos *en el caso de las prótesis pueden darse infecciones o contractura capsular, mientras que el recurso al lipofilling puede provocar necrosis grasa, infecciones y hematomas, y la cirugía genital (orquidectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y vulvoplastia)*, que puede producir *la necrosis parcial o completa de la vagina y los labios, la aparición de fístulas recto-vaginales, la estenosis de uretra*¹⁴.

En Estados Unidos, un estudio calculó que entre 2017 y 2023, más de 7.000 niñas menores de edad se habrían sometido a mastectomías por reasignación de sexo, y entre 50 a 179 de ellas tenían 12 años de edad aproximadamente¹⁵. En Canadá, un proyecto de investigación hizo seguimiento a 174 menores “trans” (el 80% eran niñas), que fueron derivados a 10 clínicas para recibir atención de afirmación de género entre 2017 y 2019. De ellas, 48 fueron derivadas a cirugías de tórax (la mayoría tenía entre 15 y 16 años, y el 12% tenía 14 años)¹⁶. Entre 2021 y 2022 hubo 174 casos; y entre 2022 y 2023 hubo 135 casos.

Al igual que la prevención hecha en el caso de las intervenciones hormonales, las intervenciones quirúrgicas realizadas en menores de edad que no tengan por fin el cambio de

¹⁴ DOMÍNGUEZ, *op. cit.*, pp. 133 - 134.

¹⁵ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2LwE2Q3Tiyw&t=13s>

¹⁶ Disponible en: <https://nationalpost.com/news/breast-removal-surgery-trans-teens>



sexo no se encuentran prohibidas. Así, las mastectomías realizadas para tratar un cáncer de mama no están prohibidas.

Lo determinante para distinguir si la intervención hormonal o quirúrgica se encuentra prohibida o no es el fin con el cual se realiza. Si el fin, directo o mediato, es el cambio de sexo en el menor de 18 años, se encuentra prohibida; pero si no lo es, no lo es.

2) LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Las advertencias, limitaciones, restricciones y prohibiciones a los tratamientos hormonales y quirúrgicos para el cambio de sexo a menores de edad se han multiplicado en los últimos años en todo el mundo, especialmente, y esto es lo más relevante, en los países que fueron pioneros en este tipo de terapias.

El Informe Cass, encargado por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, luego de 4 años de rigurosa investigación y análisis, concluyó que la evidencia que respaldaba los tratamientos hormonales para el cambio de sexo a menores de edad era de mala calidad, *lo que significa que no existe evidencia confiable que permita tomar decisiones clínicas para que los niños y sus familias tomen decisiones informadas*. A raíz de esto, se prohibió, desde el 1° de enero de 2025, el uso de bloqueadores de pubertad en menores de 18 años.

Sin embargo, el Reino Unido no fue el primero. En 2020, Finlandia también modificó sus guías, recomendando no iniciar la hormonación cruzada antes de los 25 años. La Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia publicó, en 2023, nuevas orientaciones que excluían la terapia hormonal para menores de 16 años de edad, y que señalaba que quienes tengan entre 16 y 18 años podrán acceder a estos tratamientos hormonales, pero solo para investigación, previa aprobación de un comité de ética¹⁷. Noruega, desde 2023, permite la hormonación cruzada y los tratamientos quirúrgicos desde los 16 años, pero solo como ensayos clínicos. Desde hace algunos años, en Estados Unidos, al menos 24 estados establecen algún tipo de límite o prohibición sobre los tratamientos hormonales¹⁸ y 26 prohíben o limitan las operaciones de reasignación de sexo¹⁹. En Queensland, Australia, desde enero de 2024 una norma sanitaria impidió iniciar nuevos tratamientos de bloqueo puberal y hormonación cruzada en menores de edad, a la espera de una revisión independiente sobre la evidencia²⁰. El gobierno de la provincia de Alberta en Canadá presentó, en noviembre del año pasado, tres proyectos de ley sobre restricciones a escolares trans, incluido uno sobre la prohibición de cirugías de reasignación de sexo²¹. El caso más

¹⁷ Disponible en: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/444af6c0a5fb429c9b56fd51b931a816/2023-1-8330.pdf>.

¹⁸ Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kentucky, Luisiana, Misisipi, Misuri, Montana, Nebraska, Ohio, Oklahoma, Tennessee, Texas, Utah, Virginia Occidental y Wyoming.

¹⁹ A los anteriores se suman Arizona y Nueva Hampshire.

²⁰ Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/system-governance/policies-standards/health-service-directives/treatment-of-gender-dysphoria-in-children#:~:text=The%20purpose%20of%20this%20Health,of%20age%20with%20Gender%20Dysphoria..>

²¹ Disponible en: <https://academic.oup.com/jsm/advance-article-abstract/doi/10.1093/jxmed/qdaf026/8042063?redirectedFrom=fulltext&login=false>



reciente es el de Puerto Rico (julio, 2025): en 6 meses, el Congreso tramitó y aprobó la Ley 63-2025, para la protección de la salud y el bienestar de los menores de edad en Puerto Rico, *prohíbe el uso de recursos públicos para financiar, promover, asistir o avalar intervenciones que alteren de manera permanente la biología de los menores bajo el pretexto de una transición de género*, sancionando a quienes la incumplan con penas de 15 años de reclusión y multas de 50.000 dólares para las personas jurídicas²².

La voz de alerta también se ha levantado en otros países a través de informes, recomendaciones, resoluciones, revisiones, etc., como los casos de la Academia Nacional de Medicina de Francia (febrero, 2022)²³, la Junta Nacional de Salud de Dinamarca (junio, 2023)²⁴, la Asamblea Médica Alemana (mayo, 2024)²⁵, el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (noviembre, 2024)²⁶, el Comité Nacional de Bioética de Italia (diciembre, 2024)²⁷, el Centro Federal de Conocimiento de la Atención Sanitaria de Bélgica (febrero, 2025)²⁸ y el Consejo Federal de Medicina de Brasil (abril de 2025)²⁹.

En el orden jurisprudencial también han existido pronunciamientos, y vale la pena destacar dos casos recientes.

El primero es una sentencia del Tribunal Federal de Circuito y Familia de Australia (División 1) (3 de abril de 2025)³⁰, en donde el juez Andrew Strum entregó el cuidado de un niño a su padre y no a la madre, la cual quería que su hijo recibiese intervenciones para el cambio de sexo de tipo hormonal, específicamente bloqueo puberal. El Tribunal consideró que *existe la*

²² Disponible en: <https://sutra.oslpr.org/prontuarios/leyes-aprobadas/153899>.

²³ Recomendó *tener la máxima cautela* en la administración de tratamientos hormonales a menores, debido a *los efectos secundarios como el impacto en el crecimiento, el debilitamiento de los huesos, el riesgo de esterilidad, las consecuencias emocionales e intelectuales y, en las niñas, síntomas similares a los de la menopausia*, y destacó la irreversibilidad de los procedimientos quirúrgicos como las mastectomías y la cirugías a los genitales externos. Disponible en: <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-gendre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en>.

²⁴ La Ministra de Salud señaló ante el Parlamento de Dinamarca (sesión del 9 de abril de 2023) que no se podrían realizar cirugías de reasignación de sexo a menores y que la Junta Nacional de Salud se encontraba revisando las directrices vigentes, y que, en la práctica, el servicio de salud se ha mostrado más reticente que antes a ofrecer tratamiento hormonal. Disponible en: <https://www.ft.dk/samling/2022/beslutningsforslag/b62/beh1/forhandling.htm#speak0>.

²⁵ Aprobó dos resoluciones sobre la transición de género en menores de 18 años, solicitando que solo se les permita acceder a las terapias hormonales y quirúrgicas *en el contexto de estudios científicos controlados y con la participación de un equipo multidisciplinario y un comité de ética clínica y después de un diagnóstico y tratamiento médico y, en particular, psiquiátrico de cualquier trastorno mental*. Disponible en: <https://128daet.baek.de/data/media/BIc48.pdf>.

²⁶ Reconoció en un informe la falta de buena evidencia que respalde la efectividad y seguridad de los bloqueadores de pubertad. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/publications/impact-of-puberty-blockers-in-gender-dysphoric-adolescents-an-evidence-brief>.

²⁷ Emitió un informe en el que recomendaba que los bloqueadores de pubertad se limitaran a ensayos clínicos independientes, manifestando dudas sobre la capacidad de los menores de entregar un consentimiento informado. Disponible en: https://bioetica.governo.it/media/idynlfxa/triptorelina_testo_finale.pdf.

²⁸ Comenzó a revisar el uso de fármacos inhibidores de pubertad. Disponible en: https://www.standaard.be/cnt/dmf20250207_97393522.

²⁹ Publicó una resolución en la que prohibía a los médicos recetar bloqueadores hormonales y hormonas cruzadas a menores de 18 años como tratamiento para el cambio de sexo, así como realizarles cirugías de reasignación de sexo. Disponible en: https://static.congressoemfoco.com.br/attachment/2025/04/16/e33dc5_resolucao-cfm-2427-25-transicao-genero-16042025.pdf

³⁰ Disponible en: <https://www.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/cases/cth/FedCFamC1F/2025/211.html>



necesidad de proteger al niño de un posible daño psicológico (y, de hecho, físico), si la madre continuara (como busca hacerlo) en su búsqueda de un tratamiento de afirmación de género para el niño, incluyendo, en particular, mediante la administración de bloqueadores de la pubertad al niño (N° 305). Sostuvo que el padre se opone y considero que la evidencia lo hace correctamente, a cualquier afirmación médica, incluidos los bloqueadores de la pubertad de etapa 1 (N° 319) (...) En consecuencia, el cuestionamiento del padre al tratamiento de afirmación de género, incluso desde el punto de vista médico, propuesto por la madre y defendido y avalado por la CHGS, es razonable en todas las circunstancias. El contenido del documento de la Conferencia de Expertos ilustra que no existe consenso clínico entre los peritos profesionales convocados por cada uno de los padres y el Abogado Independiente de Menores. (...) Dichas pruebas incluyen el Informe Cass, presentado en nombre de la madre, y forman parte de las pruebas de su caso, a pesar de que no la respaldan. Si los expertos médicos no pueden ponerse de acuerdo sobre la mejor manera de avanzar para el niño, entonces se debe tener mucho cuidado cuando el tratamiento propuesto por la madre y sus expertos es potencialmente transformador y puede ser irreversible. (N° 345).

El segundo es el fallo de la Corte Suprema de Estados Unidos, *United States v. Skremetti* (18 de junio de 2025)³¹, en el que ratificó que una ley del estado de Tennessee, aprobada en marzo de 2023, que prohibía las intervenciones hormonales para el cambio de sexo a menores de edad no violaba la Constitución de los Estados Unidos, específicamente la cláusula de la igualdad ante la ley (6 a favor y 3 en contra). Dicha ley no distinguió según el sexo, por lo que la prohibición afectaba por igual a menores de sexo masculino o femenino que quisieran acceder a las intervenciones hormonales, si la finalidad del tratamiento era la afirmación de género y no otra enfermedad. Así, la Corte consideró que el objetivo legítimo buscado por la ley (la protección de la integridad física y psíquica de los menores de edad) y la medida vinculada a dicho objetivo (prohibición de intervenciones hormonales para el cambio de sexo) son racionales, y por tanto, constitucionales.

Hay un hecho que se debe destacar porque tiene cierta similitud con lo que ocurre en Chile, como se verá. En Estados Unidos, la Dra. Johanna Olson-Kennedy ha sido una de las principales impulsoras de las intervenciones hormonales para el cambio de sexo en menores de edad y dirige una de las clínicas de género juvenil más grandes del país. En 2015, inició un estudio en 95 menores de edad administrándoles bloqueadores de pubertad durante 2 años para saber si mejoraba su salud mental. Sin embargo, los resultados deliberadamente no se han publicado, como reconoció la propia doctora, en octubre de 2024, porque no quería que fuesen utilizados con fines políticos³². Lo anterior debido a que el estudio concluyó que los bloqueadores de pubertad no ayudaron a mejorar la salud mental de los menores. Olson-Kennedy fue demandada en diciembre de 2025 por una ex paciente, quien la acusa de haberle recetado hormonación cruzada a los 13 años y una mastectomía doble a los 14 años, y haberle recomendado la realización de una histerectomía (extirpación de útero) cuando tenía 17 años³³.

3) LA DELICADA Y GRAVE SITUACIÓN EN CHILE

³¹ Disponible en: https://www.supremecourt.gov/opinions/24pdf/23-477_2cp3.pdf

³² Disponible en: <https://www.nytimes.com/2024/10/23/science/puberty-blockers-olson-kennedy.html>.

³³ Disponible en: <https://benryan.substack.com/p/detransitioner-sues-johanna-olson>.



Las alertas comenzaron con la publicación, en marzo de 2024, de un estudio crítico de Nicolás Raveau sobre la normativa y programas en Chile³⁴. Luego de la publicación del Informe Cass (abril de 2024), la situación estalló con el reportaje de la periodista Sabine Drysdale, quien entrevistó a padres de niños y adolescentes a los que los médicos les ofrecían terapias hormonales género afirmativas en la primera consulta. Ante esta situación, el Minsal dictó una circular en la que sugería -era una recomendación, no una orden- al personal de salud diferir el inicio de nuevos tratamientos hormonales³⁵, y convocó a un comité de científicos para discutir los lineamientos técnicos sobre terapias hormonales a menores de edad³⁶, pero de dudosa imparcialidad al estar integrado casi exclusivamente por profesionales a favor del enfoque para el cambio de sexo³⁷.

Todo lo anterior provocó la creación de una Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados y en cuyas sesiones quedó claro que el Minsal, bajo el argumento de no contar con programas ministeriales de hormonoterapia a menores de 18 años, depende de la información que le entreguen los hospitales públicos. Así, no existe un registro consolidado a nivel nacional sobre las terapias afirmativas a menores, con datos como sexo, edad, establecimiento, tipo y duración del tratamiento, etc.

Sobre la cantidad de menores hormonados, y solo en la salud pública, la Ministra solo entregó un cálculo aproximado de 600 casos, sin detallar edades, sexo, tipo de tratamiento ni su fecha de inicio. El único dato adicional fue que el 68% tenía entre 15 y 17 años (408 casos), y el 32% entre 10 y 14 años (192 casos). Sostuvo que creía que todos eran casos de mayores de 10 años, pero se demostró que dos hospitales hormonaban niñas desde los 9 años³⁸. Respecto a la cantidad de menores sometidos a operaciones de reasignación de sexo, la Ministra Aguilera informó que eventualmente existirían 42 casos entre 2004 y 2024, de los cuales 36 se realizaron en el sistema privado de salud y los otros 6 (todas de 17 años) en el sistema público³⁹. Lo anterior provocó que un grupo de diputados presentase una denuncia ante la Fiscalía⁴⁰.

Por otro lado, la controversia sobre la evidencia científica no era desconocida al interior del Minsal, al punto que se ordenó, a inicios de 2023, una revisión rigurosa y sistemática al Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA – SBE), dependiente de la División de Planificación Sanitaria (Subsecretaría de Salud Pública). Una de las funciones de ETESA es la elaboración de informes sobre búsqueda y análisis de evidencia, con metodologías rigurosas y sistemáticas. En agosto de 2024, la Ministra de Salud envió a la

³⁴ Disponible en: <https://independent.academia.edu/ModeloAfirmativoenChile>.

³⁵ Ministerio de Salud, Circular N°7 (14 de junio de 2024). Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/06/CIRCULAR-N-7-Recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-Terapia-hormonal-Generoafirmativa-en-adolescentes.pdf>.

³⁶ Ministerio de Salud, Resolución Exenta N° 1.063 (30 de julio de 2024).

³⁷ Disponible en: <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/quien-es-quien-los-nombres-que-integraran-comite-que-revisara-los-lineamientos-tecnicos-de-las-terapia-hormonales/SW3KEVAQD5BVHBOUOPFMOECABU/>.

³⁸ CEI 57, *op. cit.*, p. 40.

³⁹ CEI 57, Acta de la sesión del 26 de agosto de 2024, p. 58.

⁴⁰ Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2024/11/12/diputados-de-oposicion-presentan-denuncia-en-fiscalia-por-cirugias-a-menores-por-cambio-de-sexo.shtml>.



CEI N° 57 un documento que incluía información sobre la evidencia que respalda los tratamientos hormonales a NNA con disforia de género⁴¹. Destacamos lo siguiente:

- Marzo de 2023. ETESA entregó un informe, revisado por el Dr. Ignacio Neumann, acerca de *una revisión de literatura sobre la efectividad y seguridad de hormonoterapia en adolescencia considerando sus efectos en salud mental, densidad ósea e índice de masa corporal*, y concluyó: *No es posible establecer el efecto del uso del estradiol, testosterona y análogos GnRH en adolescentes con disforia de género sobre la salud mental (depresión), eventos de intento de suicidio, calidad de vida, índice de masa corporal (IMC) y eventos adversos, dado que no se dispone de estudios comparativos*. El Minsal advirtió la necesidad de tomar con precaución estos resultados, porque *no se puede establecer la efectividad y seguridad de la intervención, además la certeza de la evidencia existente es muy baja, por lo que existe considerable incertidumbre sobre el beneficio clínico de las estimaciones presentadas*. El nivel de certeza de la evidencia para el uso del estradiol, testosterona y análogos GnRH fue de *Muy Baja*.
- Mayo de 2024. ETESA actualizó la revisión de 2023, la que *arrojó resultados similares*. La *evidencia para el tratamiento con estradiol y para la testosterona se mantiene sin cambios*: nuevamente, la certeza de la evidencia sobre el uso del estradiol, la testosterona y los análogos GnRH para estos tratamientos, fue calificada con el nivel mínimo: *Muy Baja*. Además, se incluyó una recomendación del NHS del Reino Unido (marzo de 2024): *De acuerdo con la NHS, UK no se recomienda el uso de la terapia hormonal de uso rutinario en adolescentes transgénero debido a que hasta el momento no hay pruebas suficientes que respalden su seguridad o eficacia*.
- Por último, el Minsal informó a la CEI que ETESA *realizó un informe de efectividad sobre el uso de la hormonoterapia en adolescentes, buscando la literatura identificada hasta julio de 2024*, y en este informe *se evaluaron los efectos y beneficios de los análogos de GnRH, estradiol o testosterona en NNA con disforia de género, concluyendo que existe mucha incertidumbre para los beneficios y los daños del uso de la terapia hormonal. La certeza de la evidencia es extremadamente baja, ya que proviene de estudios muy pequeños, con un alto riesgo de sesgo, que además muestran resultados variables*⁴². Con una recopilación de estudios más extensa y completa que las versiones anteriores, se repitieron las mismas conclusiones, y el nivel de certeza de la evidencia no se calificó como muy baja, sino como extremadamente baja.

De forma similar al caso de Olson-Kennedy en Estados Unidos, el Minsal no ha actuado conforme a los resultados que la revisión chilena de la evidencia arrojó, ni le ha dado la difusión debida a la red de salud.

El rechazo ciudadano también se ha reflejado en algunas encuestas. Por ejemplo, la Cadem de junio de 2024 midió el porcentaje de apoyo sobre aplicar bloqueadores de pubertad en menores de edad que quieren cambiar de sexo: un 64% estaba en desacuerdo y un 29% de

⁴¹ Ministerio de Salud, Informe entregado a la CEI 57 en la sesión del 12 de agosto de 2024, pp. 15 y 16. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=322555&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

⁴² Ministerio de Salud, Ordinario N° 2403 (26 de agosto de 2024), p. 3. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=323948&prmTIPO=DOCUMENTO_COMISION.



acuerdo⁴³. La diferencia de apoyo creció un año después (junio de 2025), según la misma encuesta: un 76% estaba en desacuerdo (+12) y un 20% estaba de acuerdo (-9)⁴⁴. Por otro lado, la Encuesta Nacional Bicentenario UC 2024 reveló que solo un 15% estaba de acuerdo en *utilizar medicamentos para retrasar la pubertad en menores de edad que quieren cambiar de sexo*⁴⁵.

En razón de lo anterior, el proyecto considera que los profesionales de la salud que realicen estas intervenciones deben ser castigadas con las penas que el Código Penal asigna a los delitos de mutilación, castración y lesión, considerando que se trata de menores a los que se les extirpa partes sanas de su cuerpo y que pueden incluso quedar estériles. Sobre esto último, como se relata en el reportaje de Sabine Drysdale, ante la posibilidad de que efectivamente ocurra es que se recomienda derivar a los menores a consultorías en fertilidad y así congelar espermios o preservar tejido ovárico.

En Chile no existen registros sobre la cantidad de menores que se atienden en el sistema público o privado de salud y reciben tratamientos hormonales de cambio de sexo. No hay estudios de mediano o largo plazo sobre sus efectos en menores de edad. Se desconoce si existe una mayor proporción de mujeres que solicitan estos tratamientos, como se ha reportado en otros países. Nunca se publicó el estudio encargado a una comisión asesora del Ministerio de Salud, integrada por representantes de cuatro sociedades científicas y una institución universitaria. No se sabe cuántos menores han congelado óvulos o espermios por posibilidades de quedar infértiles a raíz de estas intervenciones. Es una incógnita la cantidad de profesionales de la salud que recetan estos fármacos y en cuántos casos se hace sin o contra la voluntad de los padres o representantes legales. Se desconoce si los formularios de consentimiento informado, que varían según cada establecimiento de salud, alertan sobre los riesgos y daños. Persisten las dudas sobre los montos anuales gastados por los hospitales públicos para comprar fármacos, en desmedro de otro tipo de atenciones. Por último, no se sabe cuántos menores de edad podrían solicitar acceso a tratamientos hormonales de este tipo, atendido el *boom* que ha existido en los últimos años.

III. IDEA MATRIZ

El presente proyecto de ley tiene por objeto prohibir la realización de intervenciones corporales, sean hormonales o quirúrgicas, de o destinadas al cambio de sexo o la afirmación de la identificación con el sexo opuesto, en menores de 18 años. Para ello se define cada una de estas intervenciones y se explica que la prohibición solo procede cuando el objeto que persiguen dichas intervenciones, sea como fin o como medio, es el cambio de sexo del menor de 18 años o la afirmación de su percepción con el sexo opuesto. Lo anterior significa que la prohibición no afecta la prescripción de hormonas o la realización de cirugías si aquellas se prescriben o realizan para otros fines directos o mediatos distintos, como, por ejemplo, tratar la pubertad

⁴³ Disponible en: <https://insight-chile.cl/storage/2024/06/Track-PP-543-Junio-S1-VF.pdf>

⁴⁴ Disponible en: <https://cadem.cl/wp-content/uploads/2025/06/Track-PP-597-Junio-S3-VF.pdf>.

⁴⁵ Disponible en: <https://encuestabicentenario.uc.cl/content/uploads/2024/12/Encuesta-Bicentenario-2024-Familia-Natalidad-1.pdf>



precoz. Adicionalmente, se regulan las sanciones en caso de incumplimiento y la continuidad de los tratamientos que están en curso luego de la entrada en vigencia de esta ley. Esta iniciativa busca proteger el derecho a la integridad física y psíquica de niños y adolescentes, así como su derecho a acceder a una salud basada en evidencia.

Por lo señalado, vengo en proponer el siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY

Artículo 1.- Prohibición. En menores de dieciocho años, se prohíbe la realización de intervenciones quirúrgicas u hormonales para el cambio de sexo, esto es, aquellas cuyo objetivo directo o mediato sea afirmar su identificación con el sexo opuesto.

Artículo 2.- Intervenciones quirúrgicas para el cambio de sexo en menores de dieciocho años. Se entenderá por intervenciones quirúrgicas para el cambio de sexo aquellas operaciones o cirugías cuya finalidad es intentar modificar la anatomía del menor de dieciocho años, sea eliminando órganos, características o rasgos físicos o anatómicos propios de su sexo y/o alterando o creando características fisiológicas o anatómicas que intenten replicar las características sexuales secundarias del sexo opuesto.

Entre otras, se comprenden las siguientes, siempre que se realicen con la finalidad del inciso anterior:

Nº1. Cirugías que esterilizan al menor de dieciocho años, incluidas la castración, la histerectomía, la ovariectomía, la orquiectomía y la penectomía.

Nº2. Intervenciones quirúrgicas que construyan artificialmente tejidos con apariencia de genitales diferentes del sexo del menor de dieciocho años, incluidas la metoidioplastia, la faloplastia y la vaginoplastia.

Nº3. La extirpación de cualquier tejido sano del menor de dieciocho años, como las mastectomías.

No se entenderán prohibidas las operaciones o cirugías en menores de dieciocho años realizadas con una finalidad distinta a la señalada en los incisos anteriores, como aquellas cuyo fin directo o mediato sea el tratamiento de enfermedades, defectos o condiciones congénitas o daños sobrevinientes, que implican en ellos una situación física o bioquímica anormal, inconsistente con su desarrollo físico ordinario de acuerdo con su sexo y edad.

Tampoco se entenderán como prohibidas las operaciones o cirugías en menores de dieciocho años cuyo fin directo o mediato sea tratar desórdenes del desarrollo sexual o facilitar la preservación o rehabilitación de sus funciones fisiológicas reproductivas y sexuales.

Artículo 3.- Intervenciones hormonales para el cambio de sexo en menores de dieciocho años. Las intervenciones hormonales para el cambio de sexo son tratamientos que tienen por fin directo o mediato afirmar al menor de dieciocho años en la identificación con el



sexo opuesto. Se incluyen en esta categoría el bloqueo puberal y la hormonación cruzada. Se entenderá por:

- a) Bloqueo puberal: la prescripción o administración de medicamentos que inhiben o retrasan la pubertad natural con el fin de evitar que el menor de dieciocho años atraviese la pubertad y desarrolle las características sexuales secundarias propias de su sexo.
- b) Hormonación cruzada: la prescripción o administración de dosis graduales de andrógenos a niñas o adolescentes de sexo femenino, y de antiandrógenos y estrógenos a niños o adolescentes de sexo masculino, con la finalidad de producir características sexuales secundarias propias del sexo opuesto.

No se entenderán prohibidas las intervenciones hormonales en menores de dieciocho años realizadas con una finalidad directa o mediata distinta a la del inciso anterior, como los tratamientos para la pubertad precoz o aquellos cuyo fin directo o mediato sea el tratamiento de enfermedades o condiciones congénitas o daños sobrevinientes, que implican en menores de dieciocho años una situación física o bioquímica anormal, inconsistente con su desarrollo físico ordinario de acuerdo con su sexo y edad.

Artículo 4.- Sanciones. Las castraciones, mutilaciones o lesiones causadas en menores de dieciocho años por infracción a esta ley, serán castigadas de acuerdo a las disposiciones contenidas en los artículos 395 y siguientes del Código Penal, en atención a la conducta desplegada y la entidad del daño causado, sin perjuicio de la responsabilidad civil que proceda.

Si el que realiza cualquiera de los actos prohibidos por esta ley fuese un profesional de la salud, se le aplicará la inhabilitación absoluta perpetua de la profesión, conforme a lo señalado en los artículos 38 y siguientes del Código Penal.

El profesional de la salud, público o privado, que falsificare el diagnóstico, receta o cualquier otro instrumento médico, para la realización de operaciones o cirugías o para la entrega, prescripción o administración de medicamentos para intervenciones hormonales, según lo dispuesto en los artículos 2º y 4º, respectivamente, será castigado de acuerdo a las disposiciones contenidas entre los artículos 193 a 198 del Código Penal, y a lo dispuesto en el Código Sanitario y en la Ley N° 20.724.

La venta o entrega clandestina de medicamentos, para los fines del artículo 4º, será considerado una circunstancia agravante.

Artículo 5.- Responsabilidades. No prescribirá la acción penal contra los profesionales de salud, públicos o privados, por la realización de operaciones o cirugías para el cambio de sexo o intervenciones hormonales para el cambio de sexo en menores de dieciocho años, según lo dispuesto en esta ley.

Para exigir la responsabilidad contractual o extracontractual por la realización de los actos prohibidos por esta ley, los afectados dispondrán de un plazo de cincuenta años para presentar la acción correspondiente, desde que cumplan dieciocho años, sin perjuicio de lo



dispuesto en el Código Civil u otras normas legales para que sus padres o representantes legales puedan interponer acciones en su representación.

Artículo transitorio. Excepción sobre continuidad de intervenciones hormonales.

Si antes de la entrada en vigencia de esta ley, se encuentra en curso una intervención hormonal que incluya la prescripción, entrega o administración de un fármaco bloqueador de la pubertad a un menor de dieciocho años, según lo dispuesto en los artículos 1° y 3°, el médico tratante deberá detenerlo inmediatamente, una vez que esta ley entre en vigor.

Si se encuentra en curso una intervención de hormonación cruzada a un menor de dieciocho años, según la definición del artículo 3°, el médico tratante deberá estimar y registrar, de forma detallada y pormenorizada en el expediente médico, si la terminación inmediata resulta o no inocua:

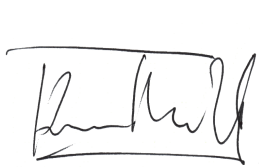
- a) Si la interrupción de la intervención es inocua, esta última deberá detenerse inmediatamente una vez que esta ley entre en vigor.
- b) Si la interrupción de la intervención no es inocua, se deberá estimar y prescribir un período durante el cual se reduzca sistemática y progresivamente la intervención, antes de cesarla por completo. Dicho período no podrá prolongarse más allá de un plazo seguro, con un medicamento apropiado y que minimice el riesgo de complicaciones, teniendo en consideración la etapa Tanner, la duración de la intervención y las dosis recibidas.


El incumplimiento de lo dispuesto en esta disposición generará las responsabilidades correspondientes, conforme a esta ley y a la normativa vigente.

Karen Medina Vásquez

H. Diputada de la República





FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. KAREN MEDINA V.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. MAURO GONZÁLEZ V.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. FRANCESCA MUÑOZ G.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. LEONIDAS ROMERO S.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. CHRISTIAN MATHESON V.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. STEHHAN SCHUBERT R.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. ANDRÉS JOUANNET V.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. FLOR WEISSE N.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. DIEGO SCHALPER S.

