Acceso a tratamientos de fertilidad

Chile, España y Estados Unidos

Autor

María Pilar Lampert
mlampert@bcn.cl

Nº SUP: 144451

Resumen

En el año 2017, la OMS propone una nueva definición de *infertilidad* para cubrir un espectro más amplio de condiciones que afectan la capacidad de reproducción de individuos y parejas. Si bien la definición sigue siendo la de una "*enfermedad caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico", también reconoce que la* ***imposibilidad de quedar embarazada no siempre se debe a una enfermedad*** *y, por lo tanto, introduce el concepto de deterioro de una función o impedimento en la capacidad de una persona para reproducirse*.

En este sentido, un estudio de OMS, llevado a cabo el año 2023, estima que a nivel mundial el 17,5% de los adultos padecen infertilidad a lo largo de la vida, mientras un 12,6% lo padecerá en algún momento de su vida. A pesar de la gran cantidad de gente afectada por esta temática en salud, el acceso a tratamientos apropiados de infertilidad no es homogéneo en diversas regiones del mundo, por lo que organismos internacionales, como la Comisión de Población y Desarrollo, han instado a los gobiernos a mejorar el acceso a estos.

De los tres países estudiados, Chile y España tienen cobertura a nivel nacional de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), tanto de baja como de alta complejidad; no así Estados Unidos, donde el gobierno federal no exige que las compañías de seguros ofrezcan cobertura de fertilidad en sus planes, así como tampoco exige a las empresas que proporcionen a sus empleados esta cobertura de seguro médico, quedando la regulación a nivel de Estado, con mandatos que son muy diferentes en términos de su cobertura.

Por otra parte, España es uno de los países del mundo más avanzados en materia de legislación en regulación de Técnicas de Reproducción Humana Asistida, mientras en Chile solo se ha regulado la filiación de los hijos nacidos mediante TRHA y en Estados Unidos la maternidad subrogada.

Introducción

A solicitud parlamentaria, se revisan las normativas y programas que dan acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). En este sentido, en la primera sección se da cuenta de los cambios que ha experimentado recientemente en el concepto de infertilidad, complejizándolo para así cubrir un espectro más amplio de condiciones que afectan la capacidad de reproducción de individuos y parejas. Luego, en la segunda sección, se analiza la evolución del derecho al acceso universal a técnicas de manejo de la infertilidad, desde el enfoque de los derechos humanos. Posteriormente, se analiza en particular los programas que se han desarrollado en Chile. Finalmente, se desarrollan las normativas extranjeras de España y Estados Unidos, países que han sido elegidos, no solo por la trayectoria desarrollada en torno a la temática, sino por tener distintos modelos de salud, mayormente público en el primer caso y, totalmente privado, en el segundo.

Para la elaboración del documento, se han usado fuentes oficiales de organismos internacionales, así como de cada uno de los países estudiados. Las traducciones son propias.

Antecedentes

En el año 2009, el *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART) publicó en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, OMS, un glosario con 87 términos y definiciones, a fin de garantizar la coherencia al informar sobre cuestiones de infertilidad y las intervenciones de atención de la fertilidad. En el mencionado glosario, se describía la **infertilidad** como "una enfermedad del sistema reproductivo, definido por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección" (Zegers-Hochschild, 2009: 2686).

Sin embargo, definir el concepto ha probado ser algo más complejo de lo que originalmente se planteó, siendo reformulado en el nuevo glosario del ICMART del año 2017, en el que se incorporan nuevos conceptos a la definición de infertilidad, con gran trascendencia médica y social. Así, la infertilidad es considerada una:

> Enfermedad caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico luego de 12 meses de relaciones sexuales no protegidas o, debido a un impedimento o deterioro en la capacidad de una persona para reproducirse, ya sea como individuo o con su pareja. Las intervenciones en fertilidad pueden iniciarse antes de un año basado en la historia médica, sexual y reproductiva, la edad, hallazgos físicos y pruebas diagnósticas. La infertilidad es una enfermedad, donde un impedimento funcional puede generar una discapacidad" (Zegers-Hochschild, 2017: 1795).

En este sentido, las discusiones técnicas entre los expertos provocaron que la definición de *infertilidad* se haya ampliado para cubrir un espectro más amplio de condiciones que afectan la capacidad de reproducción de individuos y parejas. De este modo, la definición de infertilidad sigue siendo la de una "*enfermedad caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico; sin embargo, también reconoce que la* ***imposibilidad de quedar embarazada no siempre se debe a una enfermedad*** *y, por*

lo tanto, introduce el concepto de deterioro de una función o impedimento en la capacidad de una persona para reproducirse" (Zegers-Hochschild, 2017: 1787). En este marco, entonces, se comienza a contemplar los procesos para "preservar la fertilidad" para aquellas personas que en un futuro pudieran tener un ***deterioro de la función reproductiva*** como es el caso de las personas que cursan un tratamiento para el cáncer, así como también aquellas que, sin estar enfermas, **no pueden *reproducirse por un impedimento funcional,*** *como es el caso de individuos con severas disfunciones sexuales (falta de erección o vaginismo severo, entre otras) que tienen un impedimento para lograr un embarazo* (Zegers et al, 2022:17). Finalmente, otra consecuencia de que se ampliara la definición es que subsume el concepto de "subfertilidad" dentro del de infertilidad, estandarizando la definición, en el entendido de que este no definiría un estado de fertilidad, anterior, diferente o menos severo que el de la infertilidad (Zegers-Hochschild, 2017: 1788).

El nuevo glosario aborda además áreas temáticas pobremente representadas en los años anteriores, como son aquellas problemáticas del sistema reproductor masculino, asociadas a la infertilidad del hombre (Zegers-Hochschild, 2017: 1790).

Con esta nueva definición, el estudio llevado a cabo por la OMS el año 2023, dio cuenta de que el 17,5% de los adultos (es decir, alrededor de uno de cada seis) padecen infertilidad a lo largo de la vida, mientras un 12,6% lo padecerá en algún momento de su vida. Estas cifras variarían un poco de una región a otra, siendo la Región del Pacífico Occidental[1] la que tuvo la mayor prevalencia de infertilidad a lo largo de la vida (23,2%), seguida de la Región de las Américas (20,0%) y la Región de Europa (16,5%). Respecto de la infertilidad durante un periodo de la vida, fue más alta en la Región de África (16,4%), seguida por la Región Pacífico Occidental (13,0%) y la Región de Europa (12,4%)(OMS, 2023b:25).

En particular para Chile, el mencionado estudio utiliza un dato del año 1994, que sitúa la prevalencia de la infertilidad en un 10%; sin embargo un estudio del año 2000, la ubica en aproximadamente un 15% de la población en edad fértil (Palacios y Jadresic, 2000), proporción que podría aumentar considerando la nueva definición, acercándose a los datos considerados por el estudio internacional para la región de la américas.

Por su parte, en relación con países de ingresos altos, medianos y bajos, las tasas de infertilidad fueron similares, lo cual demuestra que se trata de un importante problema de salud pública en todos los países del mundo (OMS, 2023b: 25). Sin embargo y a pesar de la magnitud de este problema, las soluciones disponibles para prevenirlo, diagnosticarlo y tratarlo continúan sin recibir suficiente financiamiento y resultan poco accesibles para muchas personas debido a su elevado costo, el estigma social y su escasa disponibilidad (OMS, 2023 a). En este sentido, el estudio financiado por el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, con el apoyo de la OMS, y publicado en la revista *Human Reproduction Open*, muestra grandes disparidades entre los países de ingresos altos, medianos y bajos en relación a los costos médicos directos pagados por los pacientes por las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). En África y Sudeste asiático,

[1] Australia, Brunei, Camboya, China, Islas Cook, Fiji, Japón, Kiribati, Laos, Malasia, Islas Marshall, Micronesia, Mongolia, Nauru, Nueva Zelanda, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Samoa, Singapur, Islas Salomón, Corea del Sur, Taiwán, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

los costos relativos a los TRA mostraron una correlación negativa con el PIB per cápita, mientras que, en América y Europa, se apreciaron costos más bajos en los tratamientos, asociados a marcos normativos y programas de financiamiento estatal (Purity et al, 2023:1).

Salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, en 1993, tuvo como resultado principal la Declaración y Programa de Acción de Viena, un plan común para el refuerzo de la protección de los derechos humanos en todo el mundo. En este marco, la Conferencia adoptó nuevas medidas para promocionar y proteger los derechos de las mujeres (ONU, 1993), evidenciando la necesidad de trabajar el tema con perspectiva de género y desde el marco de los derechos humanos (IIDH, 2008:20).

Sin embargo, este nuevo enfoque solo viene a consolidarse en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, la que viene a reforzar el hecho que los derechos reproductivos son parte integral e indivisible de los derechos humanos en general y de los derechos humanos de las mujeres en particular (IIDH, 2008:24). Así, en la CIPD los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva era fundamental para las personas, las parejas y las familias (IIDH, 2008:21).

El Programa de Acción de la CIPD, define la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y, sin riesgos, con la libertad para decidir si procrear, o no, cuándo y con qué frecuencia; por lo que incluye a su vez el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y que otorguen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 2014:65). En este marco, la infertilidad puede negar la realización de estos derechos humanos esenciales, por lo que abordarla es una parte importante de la concreción del derecho de las personas y las parejas a fundar una familia (WHO, 2023).

En el año 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Memoria del secretario general en la que se recomendaba la inclusión de la meta de “lograr el acceso universal a la salud reproductiva” en el ODM 5[2], incluyendo políticas y planes que proporcionen acceso universal a técnicas de manejo de la infertilidad (OMS-UNFPA, 2009). Por su parte, en el Reporte de la Comisión de Población y Desarrollo, elaborado el año 2011, se instó a los gobiernos y a los asociados para el desarrollo, a mejorar el acceso a tratamientos apropiados de infertilidad (CPD, 2011:6). Del mismo modo, se reconoció la necesidad de abordar las repercusiones económicas, sociales e implicaciones de la infertilidad para los individuos, parejas y sociedades en su conjunto, y se alentó a los Estados miembros a facilitar el acceso a la prevención, conocimientos y tecnologías para un tratamiento más eficaz y asequible de la infertilidad (CPD, 2011:8).

[2] El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio busca reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Normativas y tratamientos de fertilidad en Chile

I. Antecedentes

En Chile, el primer nacimiento con TRHA tuvo lugar el año 1984. En las décadas posteriores estas técnicas se han ido desarrollando ampliamente por lo que para el año 2018, los bebés nacidos con TRHA representaron un 0,62% del total de nacimientos en el país; y de estos, un 30,6% fue resultado de la transferencia de embriones congelados y descongelados, y un 20,4% corresponden a bebés nacidos de mujeres que se embarazaron con óvulos donados (Zegers et al, 2022:19).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la tasa global de fertilidad en nuestro país es de 1,17 hijos por mujer, la más baja de América y absolutamente lejos del nivel de reemplazo poblacional, que es de 2,1 hijos por mujer. (INE, 2024), sumado a que los embarazos se han postergado notablemente y que para el año 2023, el 24% de los nacimientos se produjo en mujeres mayores de 35 años (INE, 2024:5), importante dato si se considera que a los 40 años, las probabilidades de lograr un embarazo de forma natural es de solo un 5% en cada ciclo y que a partir de los 45 es solo del 1%[3]; razón por la que las TRHA han ido cobrando gran importancia en términos de salud pública.

II. Normativa

Tanto la tasa global de fertilidad, la postergación de los embarazos y el avance en el uso de las TRHA, entre otros factores, son de suma relevancia al momento de desarrollar una legislación que regule los aspectos médicos, legales y bioéticos que resultan de aplicar las apropiados de infertilidad, tal como ya los han hecho diversos países en el mundo. En la actualidad en Chile, no existe una normativa que regule las TRHA, solo se ha regulado la filiación lograda a través de estas técnicas. Así el artículo 182 del código civil reza:

> La filiación del hijo que nazca por la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, quedará determinada respecto de las dos personas que se hayan sometido a ellas.
>
> No podrá impugnarse la filiación determinada acuerdo a la regla precedente, ni reclamarse una distinta.

La Ley N° 19.585 reconoció desde 1998 la filiación de un hombre y una mujer en relación con los hijos nacidos mediante TRHA. Sin embargo, no fue hasta la Ley N°21.400 del 2021, que se igualaron las condiciones para los matrimonios entre personas del mismo sexo, cambiando la redacción de un hombre y una mujer por “dos personas”.

[3] Esto pues la esta edad, la reserva ovárica de la mujer está muy disminuida y además, los óvulos que quedan, normalmente son de baja calidad; mientras que para los hombres, la calidad de los espermios disminuye a partir de los 40 años, observándose mayor presencia de alteraciones en el ADN (Veritas, 2020).

III. Tratamientos de fertilidad

Sistema Público

El Estado contribuye a las TRHA a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que cuenta con un programa de fertilización asistida de baja y alta complejidad a través de la red pública de salud o Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la red de instituciones privadas en convenio a través del bono PAD (Pago Asociado al Diagnóstico), que cubren tratamientos de baja complejidad en mujeres y hombres (Chile Atiende, 2023).

1. Modalidad Atención Institucional (MAI) (FONASA, 2025)

a) Programa de Fertilización de Baja Complejidad:

El Programa contempla las prestaciones integrales para confirmación en hombre, confirmación en mujer y tratamiento de baja complejidad, las que son realizadas por los establecimientos de la Red Pública de Atención definidos por el Ministerio de Salud como centros acreditados para ejecutarlas.

Dentro de las prestaciones médicas que componen el programa se encuentran las siguientes:

<u>Evaluación de pareja:</u>

- Seguimiento ecográfico de la ovulación
- Espermiograma

<u>Tratamiento</u>

- Seguimiento folicular para el ciclo IIU (Inseminación Intrauterina).
- Drogas para estimulación ovárica del ciclo IIU.
- Espermiograma con separación espermática.
- Preparación de muestra para IIU. Inseminación Intrauterina.

<u>Cobertura Financiera</u>

- En consultorios o Cesfam la cobertura financiera de las prestaciones recibidas es del 100%, independiente del tramo de ingreso A, B, C o D.
- En Centros de especialidades como Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) o Centro de Referencia de Salud (CRS), la determinación de los copagos, depende del grupo de ingreso:

    ✓ En tramos A y B, el aporte del Estado es del 100% del valor de la prestación y las personas no deberán efectuar pago alguno.

- ✓ En tramos C y D, el aporte del Estado alcanza al 90% y 80% del valor total de la prestación, por lo cual las personas deben contribuir al financiamiento de las prestaciones en un 10% y 20% del valor total de la prestación del Arancel, respectivamente.

b) Programa de Fertilización Asistida de Alta Complejidad:

El Programa contempla las prestaciones integrales a parejas beneficiarias del Sistema Público de Salud en que uno o ambos integrantes cuente con diagnóstico de infertilidad y que requieran técnicas de tratamientos de Infertilidad de Alta Complejidad, las que se otorgarán a través de convenios suscritos con distintos prestadores aprobados por el Minsal. El programa cuenta con un número de cupos limitados que se definen anualmente acorde un marco presupuestario asignado para la ejecución del programa.

Prestaciones médicas que componen el programa

Dada su complejidad, se financia a través de convenios suscritos con Instituciones Privadas y Clínico Universitarias, definidas por el MINSAL para realizar los tratamientos de alta complejidad y considera las siguientes prestaciones[4]:

- Evaluación de la Pareja
- Inducción de Ovulación
- Aspiración folicular
- Laboratorio FIV/ICSI
- Transferencia Embrionaria
- Control de Tratamiento (soporte post transferencia)
- Criopreservación de embriones
- Preparación endometrial
- Descongelación de embriones

Cobertura Financiera

Tendrá el 100% de cobertura financiera de las prestaciones que componen este programa. Esto independiente del tramo de ingresos A, B, C, D.

2. PAD, Modalidad Libre Elección (MLE) (FONASA, 2025)

Se cuenta con dos PAD para el tratamiento de Baja complejidad y ocho PAD para el tratamiento de Alta complejidad, los cuales son otorgados por los prestadores en convenio con Fonasa:

a) PAD de Fertilización Asistida de Baja Complejidad (hombre y mujer)

[4] El programa no considera: (i) Donantes de bancos de espermios, Ovodonación, Embriodonación ni útero subrogado. (ii) La mantención de los embriones criopreservados, en cuyo caso el costo mensual para mantenerlos, será de cargo de la pareja.

Ambos PAD incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial, como[5]:

- Los honorarios de todo el equipo de profesionales de la salud
- Consultas de especialidad
- Exámenes de laboratorio y de Imagenología propios de este tratamiento, Procedimiento de criopreservación, Capacitación espermática, Inseminación artificial y, los fármacos e insumos requeridos para realizar el tratamiento señalado.

Se considera el "PAD tratamiento de baja complejidad en hombre" y el "PAD tratamiento de baja complejidad en mujer", con una frecuencia máxima de tres PAD para hombre y tres PAD para mujer en el año calendario.

b) PAD de Fertilización Asistida de Alta Complejidad

- PAD Inducción de la Ovulación.
- PAD Aspiración Folicular.
- PAD Laboratorio FIV/ICSI o Fecundación.
- PAD Transferencia Embrionaria.
- PAD Soporte Post Transferencia Embrionaria.
- PAD Criopreservación de Embriones.
- PAD Preparación Endometrial.
- PAD Descongelación de Embriones.

Los PAD, incluyen todas las prestaciones requeridas para el tratamiento integral de la Fertilización in vitro (FIV) e Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI) y considera:

- Tratamiento hormonal necesario y completo con sus respectivos medicamentos.
- Honorarios médicos y todas las consultas de matrona y de psicólogo del equipo tratante.
- Exámenes de imagenología y laboratorio necesarios, durante todo el tratamiento (ecografías, Anticuerpos virales, determinación de H.I.V., Hepatitis B, entre otros).
- Día cama ginecológico, cuando corresponda.

Sin embargo, no considera:

- Donantes de bancos de espermios, Ovodonación, Embriodonación, ni útero subrogado.
- Las complicaciones que se puedan presentar durante la ejecución de este tratamiento, entre ellas, el síndrome de hiperestimulación ovárica leve, moderado o severo y/o infecciones pelvianas, lesiones vasculares en culdocentesis, lesión uretral y/o vesical.

[5] El programa no considera a los Donantes de bancos de espermios, Ovodonación, Embriodonación, ni útero subrogado, así como tampoco las complicaciones que se puedan presentar en la ejecución de este tratamiento, entre ellas, el síndrome de hiperestimulación ovárica leve, moderado o severo y/o infecciones pelvianas

En aquellos casos, las pacientes deberán recurrir a su Red Pública o Privada de atención, cuya cobertura financiera será la que otorga Fonasa, dependiendo del tramo en el cual se encuentra la beneficiaria y de la modalidad de atención seleccionada.
- La mantención de los embriones criopreservados, en cuyo caso el costo mensual para mantenerlos, será de cargo de la pareja.
- Los exámenes y procedimientos necesarios tanto para el Diagnóstico de Infertilidad como del tratamiento (por ejemplo, manejo de endometriosis).
- La evaluación previa de la paciente, por parte del equipo de Reproducción Asistida, desde la cual se obtendrá la respectiva "Orden Médica" para realizar las técnicas de fertilización de alta complejidad.
- Anestesia general o regional-espinal para aspiración folicular en caso de ser requerida por voluntad expresa de la paciente o por indicación médica.

Cobertura Financiera

La cobertura financiera será otorgada sólo a beneficiarios que puedan acceder a la Modalidad de Libre Elección, es decir beneficiarios del tramo B, C y D.

El programa considera ocho PAD, cada uno de los cuales conforma una prestación en sí misma y contemplan todas las etapas necesarias para realizar los Tratamientos de Fertilización Asistida de Alta Complejidad (FAAC), como Fertilización in vitro (FIV) e Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI), además de la Criopreservación de embriones, Transferencia de embriones, entre otros.

Para la mujer, se considera el intento de 2 ciclos completos de tratamiento en la vida con sus respectivas etapas y precios valorizados por cada PAD.

Sistema Privado

El año 2019, la Circular IF/N° 331 se Instruye sobre la aplicación de cobertura por las Isapres para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad que conforman. El objetivo de la circular es precisar el alcance de la cobertura que, como mínimo deben otorgar las Isapres a sus beneficiarios, por los «Tratamientos Reproducción Asistida Alta Complejidad», y su incorporación a los planes de salud complementarios

En este sentido, las Isapres deben cubrir todos los PAD que se han desarrollado en el sistema público, (incluyendo todas las prestaciones requeridas para el tratamiento integral de la Fertilización in vitro (FIV) e Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI)) los que se vienen a sumar a los ya incluidos tratamientos de baja complejidad en mujer y hombre.

Normativas y programas en TRHA en España y EE.UU.

España

I. Antecedentes

España es uno de los países del mundo más avanzados en materia de reproducción asistida, tanto por la calidad de los servicios otorgados, así como por la legislación que regula toda la actividad relacionada con las técnicas utilizadas (Tambre, 2024).

La primera ley promulgada sobre técnicas de reproducción humana asistida fue la Ley N° 35/1988, aprobada el 22 de noviembre de 1988 (hoy derogada). Esta fue pionera en su disciplina y estableció los principios básicos para la regulación de las técnicas de Reproducción Asistida Humana, como la Inseminación Artificial (IA), la Fecundación In Vitro (FIV), con Transferencia Embrionaria (TE), y la Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG). Posteriormente, se aprobó la Ley N° 43/2003, que modificó y amplió el marco legal establecido por la Ley N° 35/1988, trayendo consigo nuevos apartados, como los dedicados a la donación de gametos y preembriones y el consentimiento expreso para la utilización de preembriones sobrantes con fines de investigación científica (Tambre, 2024).

La Ley N° 14/2006, de Reproducción Asistida, derogó la reglamentación anterior, proporcionando un marco legal más completo y actualizado para la reproducción asistida en España. Esta legislación se creó con el objetivo de regular y establecer los límites éticos y legales en el ámbito de la reproducción asistida, protegiendo los derechos de las personas involucradas, así como la salud y el bienestar de la descendencia concebida mediante estas técnicas.

II. Normativa

El acceso a los tratamientos de infertilidad se encuentra regulado en la Ley N°14/2006 sobre Reproducción Humana Asistida (RHA) y en el Real Decreto N°1.030/2006, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En este sentido, el artículo 3 de la ley establece las condiciones generales de la aplicación de las técnicas:

> Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación.

En cuanto a la cobertura para tratamientos de reproducción asistida, cabe señalar que estos se encuentran disponibles para cualquier mujer mayor de 18 años, con independencia de su estado civil y orientación sexual, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa (artículo 6. Ley N°14/2006).

Por su parte el Real Decreto N° 1.030/2006, establece en el apartado 5.3.8.1, tanto la finalidad de los tratamientos de reproducción humana asistida como las personas a las que están dirigidos los servicios, de la siguiente forma:

> Los tratamientos de reproducción humana asistida tendrán la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de estos. También se podrá recurrir a estos procedimientos a fin de evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precise de un embrión con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico.

Para su realización en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, los usuarios deberán cumplir los siguientes criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA:

a) Tratamientos de RHA con el fin de ayudar a conseguir la gestación a:

Las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y que se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia de este.
- Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

Mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.

b) Tratamientos de RHA con fin preventivo: Irán destinados a prevenir la transmisión de enfermedades o trastornos de base genética graves, o la transmisión o generación de enfermedades de otro origen graves, de aparición precoz, no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, y que sean evitables mediante la aplicación de estas técnicas.

c) Tratamientos de RHA en situaciones especiales: Se realizarán con los siguientes fines:

- Selección embrionaria, con destino a tratamiento de terceros.
- Preservación de gametos para uso autólogo diferido por indicación médica para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos especiales.

III. Tratamientos de fertilidad

Si bien en España el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, donde se incluye las TRHA, los procedimientos que están cubiertos por la seguridad social y por lo tanto a los que pueden acceder sin cobros, están definidos a nivel de comunidad autónoma, así que a modo de ejemplo se entrega información relativa al caso de Andalucía.

a) Beneficiarios

Según el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la indicación y aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida (RHA) se efectuará con arreglo a los siguientes criterios generales:

- Edad de 18 años[6] y plena capacidad de obrar.
- Edad de la mujer para acceso a las distintas técnicas, dependerá según la Guía de Reproducción Humana Asistida.
- Edad del varón menor de 55 años en el momento del inicio del estudio del paciente.
- Mujeres sin pareja y personas transexuales que conserven la capacidad de gestar sin ningún hijo previo y sano.
- En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.
- En caso de Test Genético Preimplantacional (PGT), parejas sin ningún hijo común, previo y sano, con hijo enfermo o hijo sin manifestación clínica, pero con enfermedad genética confirmada, o hijo sin estudio genético de la enfermedad, en la que por la edad del hijo y las características de la enfermedad no está indicada la realización de los estudios genéticos.

b) Estructura general y cartera de servicios de las técnicas de RHA en el SSPA

En el marco de la Guía de Reproducción Humana Asistida, del sistema sanitario público de Andalucía, las técnicas de RHA se estructuran de la siguiente manera.

Estudio Básico de Esterilidad (EBE),

Procedimiento que incluye Información a la persona que demanda asistencia (anmnesis), exploración física ginecológica y mamaria, sumado a exámenes complementarios, tales como, Seminograma y Recuperación de Espermatozoides Móviles (REM); Cribado de cáncer de cérvix actualizado; Serología, a ambos miembros si es pareja; estudio hormonal y histerosalpingografía entre otros (SSPA, 2022:9).

Consejo y coito dirigido

El coito dirigido o programado es una técnica sencilla y no invasiva de reproducción asistida que permite **controlar el momento más fértil del ciclo y programar las relaciones sexuales** para aumentar las posibilidades de lograr un embarazo (Hm Fertility Center, 2025)

[6] Salvo técnica específica de preservación de la fertilidad.

Técnicas básicas de RHA

1) Inseminación Artificial con semen de la pareja[7] (IAC)

Según criterio facultativo podrá indicarse un mayor o menor número de ciclos, recomendándose lo siguiente:

- Hasta 3 ciclos en mujeres menores de 35 años
- Hasta 2 ciclos en mujeres de 35 o más años

2) Inseminación Artificial con semen de donante anónimo (IAD)

Según criterio facultativo podrá indicarse un mayor o menor número de ciclos, recomendándose lo siguiente:

- Hasta 4 ciclos en menores de 40 años
- Hasta 3 ciclos en 40 años o más

En caso de no conseguir un embarazo con los ciclos de IAC o IAD realizados o de concluir por cancelación de la técnica o por cambio en las condiciones iniciales que indicaron la técnica, se ofertará la realización de una FIV o de una Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides,ICSI, según requisitos de la Guía (SSPA, 2022:17-18) .

Técnicas avanzadas de RHA

1) Fecundación in Vitro (FIV)
2) Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)

Un máximo de tres ciclos de FIV/ICSI, sujetos a criterios clínicos. Además, los ciclos se ofertarán en el mínimo tiempo posible, siendo recomendable que no haya una demora mayor de 6 meses entre los ciclos (SSPA, 2022:22).

Técnicas específicas y complementarias

1) Donación de ovocitos (DO) y Donación de Preembriones (DP)

El límite máximo de ciclos de tratamiento será de tres ciclos con recepción de ovocitos donados o preembriones. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico y resultado de los ciclos previos (SSPA, 2022:38).

[7] Antes definida “conyugal”

2) Test Genético Preimplantacional (PGT)

El Test Genético Preimplantacional (PGT, antes DGPI) consiste en la realización de un análisis genético a preembriones obtenidos por técnicas de fecundación in vitro antes de ser transferidos al útero, lo que hace posible seleccionar aquellos preembriones libres de carga genética asociada a determinadas enfermedades. Se realizarán hasta un máximo de 3 ciclos dependiendo de la edad de la mujer y la reserva ovárica (SSPA, 2022:44).

3) Biopsia Testicular (BT)

La biopsia testicular se ha incorporado como procedimiento de RHA para recuperación de esperma testicular, para aquellos casos de varones que no presenten espermatozoides en el eyaculado, que tengan problemas de eyaculación o que hayan sido vasectomizados (Embriocenter, 2024).

4) Preservación de la fertilidad (PF)

La preservación de la fertilidad se oferta en el SSPA, como técnica asociada a las de reproducción asistida, a las mujeres con posible riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva por exposición a tratamientos gonadotóxicos o por procesos especiales con riesgo acreditado de fallo ovárico prematuro.

Está disponible para mujeres con riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva asociada a exposición de tratamientos gonadotóxicos, o a procesos patológicos relacionados con fallo ovárico prematuro o disminución de la reserva folicular y/o de la calidad ovocitaria. Con un máximo de 2 ciclos (SSPA, 2022:41).

Estados Unidos

I. Antecedentes

En el sistema de salud de Estados Unidos, coexisten una serie de seguros que atienden a diferentes segmentos de la población. La mayoría de los estadounidenses reciben su cobertura de un seguro médico privado gestionados por ellos o sus empleadores, mientras el Estado paga el seguro médico de: Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program*, CHIP) y el programa de Beneficios de Asistencia Médica para Veteranos, cubriendo a personas en situación de pobreza, personas con discapacidad, niños de familias de muy bajos ingresos y un sector de los adultos mayores (EOHSP, 2020).

El *Affordable Care Act*, ACA, firmada por el presidente Obama el año 2010 aspiraba a lograr una cobertura de seguro médico casi universal, proceso que constaba de varias etapas. Sin embargo, para el año 2014 el ACA solo exigía que la mayoría de los estadounidenses obtuvieran una póliza de seguro médico que proporcionara una "cobertura mínima esencial", dejando la determinación de lo que se entiende por "esencial" en manos de los Estados (Davine et al, 2014:2). En este escenario el gobierno federal no exige que las compañías de seguros ofrezcan cobertura de fertilidad en sus planes, así como

tampoco exige a las empresas que proporcionen a sus empleados esta cobertura de seguro médico (Enhance health, 2023).

Actualmente en 15 Estados existe algún mandato para cobertura de seguros en infertilidad- por lo que las parejas podrían obtener alguna ayuda para pagar los servicios de fertilidad en las clínicas privadas. Entre estos Estados se encuentra: Arkansas, Hawaii, Illinois, Montana, Rhode Island, California, Louisiana, New Jersey, Texas, Connecticut, Maryland, New York, West Virginia, Massachusetts, y Ohio. Sin embargo, los mandatos son muy diferentes en términos de su cobertura. Mientras algunas normativas ofrecen amplias coberturas, otras son muy restrictivos (Rocky Mountain Fertility Center, 2025).

Finalmente en los Estados Unidos, no hay legislación nacional en materia de reproducción asistida similar a la existente en países europeos; Sólo en materia de gestación subrogada ha habido intervención legislativa en la mayoría de los Estados, generalmente para permitir esta práctica (Martínez, 2019:487).

II. Normativa

El *Illinois Compiled Statutes Annotated, en el Capítulo 215,* obliga a los empleadores que, teniendo más de 25 empleados, a los que se provee beneficios relacionados con el embarazo, adopten seguros que brinden cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad; quedando excluidos de esta obligación aquellos empleadores que por razones religiosas, consideren algunos de los procedimientos contrarios a sus creencias.

En la última modificación del mencionado capítulo 215, en el año 2023, se entiende por infertilidad una enfermedad, condición o estado caracterizado por:

a. La imposibilidad de establecer un embarazo o de llevar a término el embarazo con un nacido vivo después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección, si la mujer tiene 35 años o menos; o también, después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección, si la mujer tiene más de 35 años. Si al concebir se tiene un aborto espontáneo, no se reinicia el plazo de 12 meses o 6 meses para determinar la infertilidad;
b. La incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como individuo o en pareja sin intervención médica; o
c. Cuando es definido por un médico autorizado basados en antecedentes médicos, sexuales y reproductivos o de edad de un paciente, así como también basado en hallazgos físicos o pruebas de diagnóstico.

La cobertura de los seguros debe incluir en relación al diagnóstico y al tratamiento de la infertilidad, entre otros:

- Pruebas de infertilidad
- Pruebas genéticas previas a la implantación

- Medicamentos incluidos en los tratamientos
- Inseminación artificial
- Fertilización In Vitro (IVF)
- Inyección Intracitoplasmática De Espermatozoides (ICSI)
- Transferencia de embriones
- Transferencia de gametos intrafalópicos
- Transferencia intratubárica de cigotos
- Gastos asociados a la donación, incluido y no limitado a examinación física y psicológica, procesos de extracción y transferencia, así como la prescripción de medicamentos

En este marco, la cobertura bajo esta subsección para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad se requerirá únicamente si los procedimientos:

- Son considerados médicamente apropiados por el proveedor médico del paciente según pautas o estándares clínicos desarrollados por la *American Society for Reproductive Medicine*, *American College of Obstetricians and Gynecologists,* or *the Society for Assisted Reproductive Technology, y;*
- Se realizan en instalaciones médicas o clínicas *acreditadas por la Society for Assisted Reproductive Technology.*

La ley de Illinois exige que la cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad sea la misma que para cualquier otra afección cubierta por la póliza, no pudiendo imponer ninguna exclusión, limitación u otra restricción a la cobertura a ningún servicio de fertilidad ni a los medicamentos utilizados; así como tampoco se podrá imponer deducibles, copagos, co-seguros, beneficios máximos, períodos de espera o cualquier otra limitación en la cobertura para el diagnóstico de infertilidad, su tratamiento y la preservación estándar de la fertilidad. Sin embargo, se pueden imponer límites a la cantidad de veces que se realiza un procedimiento, siempre considerando razones médicas.

Finalmente, toda póliza individual o grupal de seguro médico y contra accidentes debe brindar cobertura para los gastos médicamente necesarios para los servicios estándar de preservación de la fertilidad, cuando un tratamiento médico puede causar directa o indirectamente infertilidad iatrogénica[8] a un afiliado.

Referencias

CPD Comisión de Población y Desarrollo (2011). *Resolution 2011/1 Fertility, reproductive health an development. Recalling the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation* (2011). Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/CPD44_Res2011-1b.pdf

IIDH Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf

[8] Infertilidad causada por un tratamiento médico.

OMS Organización Mundial de la Salud (2023a). La OMS alerta de que una de cada seis personas padece infertilidad. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility

OMS Organización Mundial de la Salud (2023b). Infertility prevalence estimates 2019-2023. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf?sequence=1

OMS-UNFPA (2009). Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados, Organización Mundial de la Salud, Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44057/9789243596839_spa.pdf?sequence=1

ONU Organización de Naciones Unidas (2014). Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 Edición 20 Aniversario. Disponible en:https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

Palacios, E & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. rev chil neuro psiquiat. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200004&script=sci_arttext

Purity Njagi, Wim Groot, Jelena Arsenijevic, Silke Dyer, Gitau Mburu, James Kiarie (2023) Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review, *Human Reproduction Open*, Volume 2023, Issue 2. Disponible: https://academic.oup.com/hropen/article/2023/2/hoad007/7066921?login=true

Veritas (2020). Embarazo a los 40 años, ¿qué debes saber? Disponible en: https://www.veritasint.com/blog/es/embarazo-a-los-40-anos-que-debes-saber/#:~:text=A%20los%2040%20a%C3%B1os%2C%20las,en%20picado%20hasta%20el%201%25.

WHO World Health Organization (2023). *Key Facts: Infertility*. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility

Zegers H. Fernando, Rodolfo Figueroa G.-H. Fabiola Lathrop G. / Heidy Kaune G. Editores (2022) Hacia una legislación que regule las técnicas de reproducción medicamente asistida en Chile. Disponible en: https://medicina.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2022/08/Hacia-una-legislacio%CC%81n-que-regule-las-te%CC%81cnicas-de-reproduccio%CC%81n-me%CC%81dicamente-asistida-en-Chile.pdf

Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel S, on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. Hum Reprod 2009. Pages 2683–2687. Disponible en: https://academic.oup.com/humrep/article/24/11/2683/629168#google_vignette

Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID, Simpson JL, van der Poel S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Hum Reprod. 2017 Sep 1; 32(9):1786-1801. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5850297/

Chile

Circular IF/N° 331. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/circular-if-n-331/

Chile Atiende (2023). Programa de fertilización asistida de baja y alta complejidad de Fonasa. Disponible en: https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/23778-programa-de-fertilizacion-asistida-de-baja-y-alta-complejidad-de-fonasa

FONASA (2025). Fertilización Asistida. Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/programas-especiales#fertilizacin-asistida

INE Instituto Nacional de Estadísticas (2024). Boletín Demográfico Anual Provisional de Estadísticas Vitales 2023. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-

defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2023.pdf?sfvrsn=806c0479_9

INE Instituto Nacional de Estadísticas (2025). Estadísticas vitales. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones

Ley N° 19.585 (1998). Modifica el Código Civil y otros cuerpos legales en materia de filiación. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=126366

Ley N° 21.400 (2021). Modifica diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones, el matrimonio entre personas del mismo sexo. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1169572&idParte=10291181&idVersion=2022-03-10

España

Embriocenter. Biopsia testicular. Extracción de Espermatozoides. *Disponible en:* https://embryocenter.es/biopsia-testicular/

HM Fertility center. ¿En qué consiste el coito dirigido? Disponible en: https://www.hmfertilitycenter.com/tratamientos/coito-dirigido/#:~:text=%C2%BFEn%20qu%C3%A9%20consiste%20el%20coito,para%20gestar%20una%20nueva%20vida.

Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1988-27108

Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21341

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-9292

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con

Servicio Andaluz de Salud (2022). Guía de Reproducción Humana Asistida, Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2022/Guia%20RHA_SSPA_2022.pdf

Tambre (2024). Claves de la Ley de Reproducción Asistida en España. Disponible en: https://www.clinicatambre.com/ultimas-noticias/ley-de-reproduccion-asistida espana#:~:text=M%C3%A1s%20tarde%2C%20la%20Ley%2035,legales%20aplicados%20a%20estas%20t%C3%A9cnica

Estados Unidos

Devine K, Stillman RJ, DeCherney AH. The Affordable Care Act: early implications for fertility medicine (2014). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4008653/

Enhance Health (2023) Fertility Treatment And The Affordable Care Act: Does Obamacare Cover IVF? Dsiponible en: https://enhancehealth.com/blog/fertility-treatment-and-the-affordable-care-act-does-obamacare-cover-ivf/#:~:text=Obamacare%20And%20IVF,choices%20made%20by%20insurance%20providers.

EOHSP_ European Observatory on Health Systems and Policies (2020) UNITED STATES: health system review 2020. Thomas Rice, Pauline Rosenau, Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes, (Autores) Disponible en: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020

Illinois Compiled Statutes. Chapter 215 – INSURANCE (2023). Disponible en: https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/fulltext.asp?DocName=021500050K356m

Invia Fertility (2020) Illinios Fertility Treatment Law. Mandating Insurance Coverage, Disponible en: https://www.inviafertility.com/faq/learn-more/illinois-law-mandating-insurance-coverage-for-fertility-treatment/

The National Infertility association. 2024. Insurance Coverage by State. Disponible en https://resolve.org/learn/financial-resources-for-family-building/insurance-coverage/insurance-coverage-by-state/#:~:text=The%20patient%20and%20her%20spouse,cryoperservation%20as%20an%20IVF%20procedure.:

Rocky Mountain Fertility Center (2025). The Affordable Care Act and Infertility Treatment. Disponible en: https://www.rockymountainfertility.com/blog/the-affordable-care-act-and-infertility-treatment#:~:text=Insurance%20coverage%20is%20one%20of,Rhode%20Island

Martínez, Jaime (2019) Acerca de la regulación jurídica de las técnicas de reproducción humana asistida. Disponible en: https://idibe.org/wp-content/uploads/2019/08/478-513.pdf

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Attribution 3.0
(CC BY 3.0 CL)