# Atención de la infertilidad: regulación y cobertura de tratamientos de reproducción asistida en Chile España y Estados Unidos


## Autora

María Pilar Lampert Grassi
mlampert@bcn.cl


## Bancada

Informe elaborado en respuesta a solicitud de la Bancada Transversal por la Natalidad y la Fertilidad creada en agosto de 2026 para enfrentar la crisis demográfica y la caída histórica de la natalidad en el país.

N.º SUP: **157339**


## Resumen

El mundo está experimentando profundas transiciones demográficas, en muchos países la tasa global de fecundidad ha disminuido notablemente en las últimas décadas y Chile no ha estado ajeno. Según proyecciones del INE esta llega a 0,92 el año 2026, más bajo que el promedio OECD y una de las más bajas del mundo.

Pero no solo ha disminuido el número de hijos, sino que ha aumentado la edad promedio de las mujeres a la llegada de su primer hijo, situándolo cerca de los 30 años promedio a nivel mundial y a 28,6 años en nuestro país (2024), cifra que concuerda con el aumento de la tasa de fertilidad en los grupos de 30-34 y 35-39.

En términos generales, el postergar la llegada de un hijo hacia después de los 30 años, tendría implicaciones biológicas, si se considera que la fecundidad femenina tiende a disminuir paulatinamente a partir de los 35 años, mientras la fecundidad en los hombres comenzaría a declinar a partir de los 40-45 años.

En este marco, la OMS ha propuesto definición más compleja de infertilidad: “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, estimando en su informe del año 2023, una prevalencia de infertilidad a lo largo de la vida del 17,5 % y una prevalencia de período del 12,6 %.

Debido a estas cifras, la OMS ha manifestado su preocupación por el desafío sanitario a escala mundial que impone la alta prevalencia de la infertilidad en la población, poniendo de manifiesto la necesidad de ampliar el acceso a la atención de la fertilidad, de modo que quienes lo deseen dispongan de medios seguros, eficaces y asequibles para poder llegar a tener hijos.

Chile, si bien no ha desarrollado una normativa que regula las técnicas de reproducción asistida, si ha desarrollado programas de fertilización asistida de baja y de alta complejidad, de acceso tanto para el sistema público como privado.

España, por su parte, pionero en la normativa para la regulación de la reproducción asistida a nivel internacional, ha desarrollado un marco jurídico que regula la aplicación de estas técnicas y protege los derechos de las personas involucradas, así como la salud y el bienestar de la descendencia concebida mediante estas técnicas. Además, a nivel de comunidad (Andalucía), se desarrolla una cartera de servicios de las técnicas de reproducción humana asistida (de baja y alta complejidad) de cobertura universal.

Finalmente, en Estados Unidos, no hay legislación federal en materia de reproducción asistida, por lo que la intervención legislativa se ha dado a nivel estatal. En el caso estudiado (Illinois) se obliga a los empleadores que, teniendo más de 25 empleados y que provee beneficios relacionados con el embarazo, adopten seguros que brinden cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, tanto de baja como de alta complejidad.

**Contenido**

Introducción ..... 2
I. Antecedentes ..... 3
II. Tratamientos de fertilidad en Chile ..... 4
III. Normativa y Programas en TRHA en España ..... 8
1. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. ..... 8
2. Real Decreto N° 1.030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud ..... 9
3. Guía de Reproducción Humana Asistida, Sistema Sanitario Público de Andalucía. ..... 10
IV. Normativa en TRHA en Estados Unidos ..... 12
Referencias ..... 14

## Introducción

A solicitud de la Bancada Transversal por la Natalidad y la Fertilidad creada en agosto de 2026 para enfrentar la crisis demográfica y la caída histórica de la natalidad en el país, se revisan las normativas y programas que dan acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), en el contexto de la disminución de la tasa global de fertilidad y la postergación de la maternidad.

En este sentido, en la primera sección se entregan antecedentes sobre los cambios en los patrones de fecundidad en el mundo y en Chile, y cómo la postergación de la maternidad y paternidad por sobre los 30 años, puede asociarse a dificultades para tener un hijo. En el segundo apartado el informe describe disposiciones y mecanismos de acceso a tratamientos de reproducción humana asistida en Chile y examina antecedentes normativos de España y Estados Unidos. Para ilustrar la organización de

servicios y la cobertura, se desarrollan los casos de Andalucía e Illinois, respectivamente. Estos casos tienen carácter ilustrativo y no representan por sí solos la totalidad de los regímenes existentes en ambos países. Sin embargo, Los estos se han elegido, porque el primero es uno de los países del mundo más avanzados en materia de legislación en regulación de TRHA, con cobertura universal, mientras el segundo, cuenta solo con cobertura privada y regulada a nivel estatal.

El tema que aborda este informe y sus contenidos están delimitados por los parámetros de análisis de Asesoría Técnica Parlamentaría y por los plazos e información disponibles, y se enmarca en los criterios de neutralidad, pertinencia, síntesis y oportunidad en su entrega. Se hace especial énfasis en la naturaleza ilustrativa y no exhaustiva del mismo, en especial atención al breve tiempo disponible para su elaboración. Para la elaboración del informe se consultaron normativa y documentación oficial, literatura científica y fuentes complementarias de carácter institucional, profesional y divulgativo. Estas últimas se emplearon para contextualizar antecedentes o describir procedimientos, distinguiéndolas de las fuentes utilizadas para establecer obligaciones legales y condiciones de cobertura.

## I. Antecedentes

El mundo está experimentando profundas transiciones demográficas, marcadas por cambios notables en los patrones de fecundidad, la esperanza de vida y las estructuras poblacionales. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) —es decir, el número promedio de nacimientos por mujer a lo largo de su vida— ha disminuido notablemente en las últimas décadas en muchos países, por lo que para el año 2022, Europa y Norteamérica, presentaban tasas promedio del 1,5, las más bajas junto con Asia (1,6), mientras Latinoamérica y el Caribe alcanzaba a los 1,9 nacimientos por mujer (ONU 2022: 15).

En Chile, ya para la década del 60 se observaba una caída de la tasa de natalidad mayor que en Latinoamérica y el Caribe, con 4,7 nacimientos por mujer en comparación con 5,9 y aunque se ha mantenido a la baja, es en esta última década, donde se observa una marcada pendiente, con un pequeño repunte probablemente por efecto de la pandemia[1], pero que según proyecciones del INE llega a 0,92 el año 2026, más bajo que el promedio OCDE (OECD, 2026) y una de las más bajas del mundo (Dattani et al, 2025).

Pero no solo ha disminuido el número de hijos por pareja, sino que ha aumentado la edad promedio de las mujeres a la llegada de su primer hijo desde el año 2000 en entre 2 a 5 años dependiendo del país, situándolo cerca de los 30 años promedio (OCDE, 2026), mientras en Chile, el aumento de edad se ha agudizado en los últimos 15 años llegando a casi 28,6[2] años el 2024, mientras la tasa de fertilidad ha ido también en aumento en los grupos de 30-34 y 35-39 (INE, 2025).

[1] La literatura internacional da cuenta de este repunte de la tasa de fecundidad a finales 2020 y principalmente en 2021, como un efecto de la pandemia de Covid-19. Este cambio de tendencia se atribuye principalmente a un aumento de los nacimientos entre las mujeres menores de 25 años y aquellas que tenían su primer hijo (Scientific American, 2023).

[2] Un análisis reciente del Observatorio de Salud Pública del Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS), da cuenta de que la edad promedio al momento del primer parto aumentó de 22,6 años en 1965 a 29,1 años en 2023. Sin embargo, no se encontró el estudio, ni la metodología utilizada (Observatorio de Salud Pública, 2025).

A pesar de la caída de las cifras y la postergación de la maternidad /paternidad, estudios en Chile (ENSSEX 2022-2023) y en el extranjero, dan cuenta de que la mayoría de las personas si desea tener hijos, considerando dentro de la planificación ideal de su familia, el objetivo de uno o dos niños (Aassve et al, 2024/ UC, 2025). Sin embargo, confluyen en esa decisión otra serie de factores como: la autorrealización y el desarrollo personal, las aspiraciones profesionales, la división del trabajo en el hogar, la posibilidad de conciliar trabajo/familia, el aumento de los requisitos y demandas relacionadas con el cuidado, contar con el apoyo para el cuidado infantil en la familia extendida y los recursos económicos, entre otros (Aassve et al, 2024/ Yopo, 2023).

Sin embargo, el postergar la llegada de un hijo hacia después de los 30 años, independientemente de si la demora inicial fue voluntaria o debida a circunstancias especiales (una enfermedad, por ejemplo), tiene implicaciones biológicas, si se considera que la fecundidad femenina disminuye paulatinamente a partir de los 35 años, mientras la fecundidad en los hombres comienza a declinar a partir de los 40-45 años (Leridon, 2004:1550; Wang et al, 2022:7; Bao et al, 2024; Boxem et al, 2025:5-6). Además, cuando los dos miembros de la pareja han pasado estas edades críticas, los efectos de la edad de uno se ven agravados por los efectos de la edad del otro (Fertility Society of Australia, 2021).

El glosario internacional sobre infertilidad y atención de la fertilidad de 2017 define la infertilidad, como: “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” (Zegers-Hochschild et al., 2017, p. 1795).

En este nuevo marco, la OMS el año 2023, estimó una prevalencia de infertilidad a lo largo de la vida del 17,5 % (es decir, alrededor de uno de cada seis) y una prevalencia de período del 12,6 % ambas cifras sin grandes variaciones en países de ingresos bajos y medios. Estas cifras corresponden a medidas distintas: la primera considera la experiencia de infertilidad en algún momento de la vida, mientras la segunda se refiere a su presencia durante el período considerado en los estudios (OMS, 2023a). Si bien históricamente cuando una pareja no podía concebir, la mujer cargaba con el estigma de la infertilidad, en la actualidad los estudios sugieren que la infertilidad tiende a afectar a mujeres y hombres por igual, un 30% en cada caso, en un 30% de las parejas, en un factor combinado de ambos, con un porcentaje menor de origen desconocido (Turner et al, 2020:2).

Debido a alta prevalencia de la infertilidad en la población, la OMS ha manifestado su preocupación por el desafío sanitario a escala mundial que esta impone. Ya que la enorme proporción de personas afectadas pone de manifiesto la necesidad de ampliar el acceso a la atención de la fertilidad y de garantizar que esta cuestión deje de quedar al margen de la investigación y las políticas sanitarias, de modo que quienes lo deseen dispongan de medios seguros, eficaces y asequibles para poder llegar a tener hijos (ONU, s/f).

## II. Tratamientos de fertilidad en Chile

En Chile no existe una normativa que regule de forma integral los tratamientos de fertilidad asistida, como en otros países. No obstante, desde 2010, cuenta con una ley general, la Ley N° 20.418, que fija

normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad; y desde el año 2015, dispone de una Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad, desarrollada por el Ministerio de Salud, cuyo objetivo es establecer recomendaciones técnicas generales sobre pesquisa, diagnóstico y manejo terapéutico de la infertilidad y otras formas de discapacidad reproductiva, además de apoyar decisiones clínicas en circunstancias específicas y fomentar la educación continua y la docencia (Minsal, 2015).

Del mismo modo, el Minsal desde el 2013, ha puesto a disposición de la población el programa especial de fertilización asistida, que permite acceder a programas a través de la Modalidad de Atención Institucional (MAI o Red Pública), mientras que desde el año 2019 se cuenta con la atención con Bono PAD a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE), con técnicas de tratamientos de baja o alta complejidad. Ambos programas se encuentran disponibles para asociados a FONASA e ISAPRES[3].

## 1. Modalidad Atención Institucional (MAI)

| Fertilización Asistida de Baja Complejidad | Fertilización Asistida de Alta Complejidad |
|---|---|
| Programa de baja complejidad, realizado por los establecimientos de la Red Pública de Atención y centros acreditados por el Ministerio de Salud. | 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. 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. |
| **Prestaciones médicas que componen el programa** | |
| - Evaluación de pareja: Seguimiento ecográfico de la ovulación /Espermiograma.<br>- Seguimiento folicular para el ciclo IIU (Inseminación Intrauterina).<br>- Drogas para estimulación ovárica del ciclo IIU.<br>- Espermiograma con separación espermática.<br>- Preparación de muestra para IIU. Inseminación Intrauterina. | - Evaluación de la Pareja<br>- Inducción de Ovulación<br>- Aspiración folicular<br>- Laboratorio FIV/ICSI<br>- Transferencia Embrionaria<br>- Control de Tratamiento (soporte post transferencia)<br>- Criopreservación de embriones[4]<br>- Preparación endometrial<br>- Descongelación de embriones |
| **Cobertura Financiera** | |
| El programa cuenta con un número de cupos limitados que se definen anualmente acorde un marco presupuestario asignado para la ejecución del programa.<br><br>Tendrá el 100% de cobertura financiera de las prestaciones que componen este programa. Esto independiente del tramo de ingresos A, B, C, D. | |

Fuente: Elaboración propia con datos de Chile Atiende (2026)

[3] Circular IF/N° 331, de 2019 / Resolución Exenta N°49.

[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.

## 2. PAD. Modalidad Libre Elección (MLE)

| Fertilización Asistida de Baja Complejidad | Fertilización Asistida de Alta Complejidad |
|---|---|
| Ambos PAD incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial, como[5]: (i)honorarios de todo el equipo de profesionales de la salud; (ii) Consultas de especialidad (iii)Exámenes de laboratorio y de Imagenología propios de este tratamiento, (iv) Procedimiento de crio preservación, (v) Capacitación espermática, (vi)Inseminación artificial y, (vii) los fármacos e insumos requeridos para realizar el tratamiento señalado.<br><br>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. | PAD Inducción de la Ovulación.<br>PAD Aspiración Folicular.<br>PAD Laboratorio FIV/ICSI o Fecundación.<br>PAD Transferencia Embrionaria.<br>PAD Soporte Post Transferencia Embrionaria.<br>PAD Crio preservación de Embriones.<br>PAD Preparación Endometrial.<br>PAD Descongelación de Embriones.<br><br>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[6]:<br>- Tratamiento hormonal necesario y completo con sus respectivos medicamentos.<br>- Honorarios médicos y todas las consultas de matrona y de psicólogo del equipo tratante.<br>- Exámenes de imagenología y laboratorio necesarios, durante todo el tratamiento (ecografías, Anticuerpos virales, determinación de H.I.V., Hepatitis B).<br>- Día cama ginecológico, cuando corresponda.<br><br>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.<br><br>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. |

[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

[6] El programa 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 cordocentesis, lesión uretral y/o vesical. **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). 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 (con copago)[7], en el caso FONASA, y a todos los beneficiarios de ISAPRE.<br><br>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 serán de costo de los pacientes. |

Fuente: Elaboración propia con datos de Chile Atiende (2026)

A pesar de la existencia de estos programas, existen problemas de acceso a tratamiento tanto en el sistema público como en el del sistema de aseguradoras privadas, primero por el bajo número de cupos en Modalidad Atención Institucional (MAI) y segundo, por el bajo número de prestadores de Bono PAD para tratamientos de fertilización asistida y que estos se encuentran concentrados en sólo pocas regiones (Fundación Fënn, 2024).

Por otra parte, los principales cuellos de botella que enfrentan los pacientes no es únicamente el acceso al tratamiento, sino el acceso a un diagnóstico: consultas reiteradas por retrasos diagnósticos, derivaciones tardías, falta de información y desconocimiento respecto de cuándo buscar ayuda especializada. Particularmente, en el sistema público, muchas personas consultan durante años en atención primaria sin que exista una pesquisa precoz, derivación oportuna o información adecuada sobre cuándo corresponde iniciar un estudio de fertilidad. En una enfermedad donde el tiempo constituye un factor determinante del pronóstico —especialmente para las mujeres debido al impacto de la edad sobre la reserva ovárica— cada año de retraso disminuye significativamente las probabilidades de éxito terapéutico (Fundación Fënn, 2026).

En este contexto, la fundación recomienda aumentar cupos y prestadores de Bono PAD, a la vez de fortalecer las competencias de los equipos de Atención Primaria de Salud. Médicos, matronas y otros profesionales deben contar con herramientas para reconocer factores de riesgo, identificar tempranamente posibles casos de infertilidad, entregar educación basada en evidencia y realizar derivaciones oportunas hacia niveles de mayor complejidad. (Fundación Fënn, 2026).

La Fundación también levanta el tema de la preservación de fertilidad por razones médicas**.** En pacientes con cáncer, el programa GES de cáncer testicular permite la preservación de fertilidad masculina a través de la criopreservación de espermios, pero no así en el caso de cáncer femenino de ovarios. Por otro lado, el código 2502016, uno de los 8 códigos incluidos en el Bono PAD de fertilidad, solo permite la criopreservación de embriones, impidiendo la cobertura de la preservación de ovocitos; estándar clínico actual para preservar fertilidad (Fundación Fënn, 2024)[8].

[7] Para ver precios de copago de Bono PAD. Ventanilla Única, Disponible en: https://www.ventanillaunicasocial.gob.cl/ficha/60/bono-pad#ficha-Conoce-los-diagn%C3%B3sticos

[8] Se confirma la información en la actualidad.

## III. Normativa y Programas en TRHA en España

Según expertos en la materia, España es citado como 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), fue pionera en su disciplina y estableció los principios básicos para la regulación de las técnicas de reproducción asistida humana. Posteriormente, se aprobó la Ley N° 45/2003, 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 normativa 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.

### 1. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

La ley en comento tiene como objetivo[9] regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas, estableciendo la edad de las personas, el número de ciclos a los que tendrán acceso a cada técnica, la determinación de la filiación de las personas nacidas con estas técnicas, regular los requisitos de utilización, donación (altruista) e implantes de gametos y preembriones humanos crio conservados, así como también el diagnóstico preimplantacional, para prevenir y tratar enfermedades genéticas que en la actualidad carecen de tratamiento.

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.

[9] También es objetivo de esta ley, regular los donantes y contratos de donación, la crioconservación de gametos y preembriones, Investigación con gametos y preembriones humanos, centros sanitarios y equipos biomédicos, registros nacionales de reproducción asistida e Infracciones y sanciones.

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.

Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el consentimiento de su marido (artículo 6. Ley N°14/2006), de no contar con este en vida, puede en escritura pública, en testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los 12 meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. En cualquiera de los casos, el consentimiento producirá los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial (artículo 9. Ley N°14/2006). Cuando la mujer estuviere casada con otra mujer, esta última podrá manifestar que consiente en que se determine a su favor la filiación respecto al hijo nacido de su cónyuge (artículo 9. Ley N°14/2006).

Finalmente, la filiación de un hijo está definida por parto, quedando nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, de maternidad subrogada (artículo 10. Ley N°14/2006).

2. **Real Decreto N° 1.030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud**

Por su parte el Real Decreto N° 1.030/2006, cuyo objetivo es el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, 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**. Dirigido a personas que no han logrado un embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos o aquellas personas que, sin cumplir con el requisito del tiempo, haya probado la existencia de un trastorno de la capacidad reproductiva que no es susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia de éste. También a mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.

b. **Tratamientos de RHA con fin preventivo.** Destinados a prevenir la transmisión de enfermedades o trastornos de base genética graves (de otro origen, pero también graves) no susceptibles de tratamiento curativo postnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, y que sean evitables mediante la aplicación de estas técnicas.

c. **Tratamientos de RHA en situaciones especiales.** Para realizar una selección embrionaria, con destino a tratamiento de terceros o para preservación de gametos para uso autólogo diferido por indicación médica para preservar la fertilidad.

En particular respecto de las restricciones para acceder a tratamientos de reproducción humana asistida dentro del Sistema Nacional de Salud, solo podrán acceder personas que cumplan los siguientes criterios o situaciones de inclusión (5.3.8.2):

a. Las mujeres o personas transexuales que conservan la capacidad de gestar, que sean mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años, en el momento del inicio del estudio del paciente.
b. Personas sin ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.
c. La mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar, que no presente ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

Solo se amplía la edad de la mujer a 50 años en el momento de la transferencia, a mujeres o personas transexuales que conservan la capacidad de gestar, en el caso de preembriones criopreservados para uso propio (5.3.8.3).

### 3. Guía de Reproducción Humana Asistida, Sistema Sanitario Público de Andalucía.

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:

- Las mujeres serán mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio del paciente.
- Personas sin ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.

- La mujer no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

**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 (SSPA), las técnicas de RHA se estructuran de la siguiente manera.

Estudio Básico de Esterilidad (EBE)

- Información a la persona que demanda asistencia.
- Anamnesis (edad, tiempo de esterilidad, enfermedad genética conocida, conductas de riesgo, hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), exploración física (ginecológica y mamaria) etc).
- Pruebas complementarias (principalmente seminograma y recuperación de espermatozoides móviles (REM) en el hombre y cribado de cáncer de cérvix actualizado, estudio hormonal y ecografía vaginal, en las mujeres).

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).

Técnicas básicas de RHA

- Inseminación Artificial con semen de la pareja (IAC). Hasta 3 ciclos en mujeres menores de 35 años y hasta 2 ciclos en mujeres de 35 o más años).
- Inseminación Artificial con semen de donante anónimo (IAD). Hasta 4 ciclos en menores de 40 años y hasta 3 ciclos en 40 años o más.

En caso de no conseguir un embarazo con los ciclos de IAC o IAD realizados o por cambio en las condiciones iniciales que indicaron la técnica, se indicara una Técnica avanzada (SSPA, 2022:17-18).

Técnicas avanzadas de RHA

- Fecundación in Vitro (FIV).
- 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.

Técnicas específicas y complementarias

- 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).

- 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).

- Biopsia Testicular (BT). 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).

- Preservación de la fertilidad (PF). 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).

## IV. Normativa en TRHA en Estados Unidos - Illinois

En los Estados Unidos, no hay legislación federal en materia de reproducción asistida, por lo que la intervención legislativa se ha dado a nivel estatal, tanto para regular la maternidad subrogada[10], como para delimitar la cobertura que deben ofrecer los seguros de salud a sus afiliados (Enhance health, 2023). Esto pues en el sistema de salud de Estados Unidos, coexisten una serie de seguros privados que atienden a diferentes segmentos de la población, pero la mayoría de los estadounidenses reciben su cobertura de un seguro médico gestionados por ellos o sus empleadores (EOHSP, 2020).

Actualmente en 15 Estados[11], entre ellos **Illinois**, existe algún mandato para las aseguradoras- algunos con amplias coberturas y otros más restrictivos, en infertilidad- por lo que las parejas podrían obtener alguna ayuda para pagar los servicios de fertilidad en las clínicas privadas (Rocky Mountain Fertility Center, 2025). En este marco el *Illinois Compiled Statutes Annotated, en el Capítulo 215 Insurance § 5/356m. Infertility Coverage,* obliga a los empleadores que tienen más de 25 empleados y que ya provee de beneficios relacionados con el embarazo, adopten seguros que brinden cobertura para el diagnóstico

[10] 50 estados tienen regulado la maternidad subrogada, en su mayoría para permitirla (LPG, 2026).
[11] Arkansas, Hawaii, Illinois, Montana, Rhode Island, California, Louisiana, New Jersey, Texas, Connecticut, Maryland, New York, West Virginia, Massachusetts, y Ohio.

y tratamiento de la infertilidad, los que deben incluir más no limitarse a la fertilización in vitro, el, lavado uterino embrionario (uterine embryo lavage), la transferencia de embriones, la inseminación artificial, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, los procedimientos quirúrgicos de extracción de espermatozoides y la transferencia de óvulos tubáricos bajos.

La cobertura requerida deberá incluir los procedimientos necesarios para examinar o diagnosticar un óvulo fecundado antes de la implantación, incluyendo mas no limitándose[12] a las pruebas genéticas preimplantacionales para aneuploidías, las pruebas genéticas preimplantacionales para reordenamientos estructurales cromosómicos y las pruebas genéticas preimplantacionales para trastornos monogénicos o de un solo gen.

La cobertura bajo esta subsección para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad será permitida solo si los procedimientos:

1. 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*,
2. Se realizan en instalaciones médicas o clínicas acreditadas por la *Society for Assisted Reproductive Technology.*

La cobertura para los procedimientos de fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos o transferencia intratubárica de cigotos procederá únicamente si:

1. La persona asegurada no ha podido lograr un embarazo viable, mantener un embarazo viable o sostener un embarazo exitoso a través de tratamientos de infertilidad médicamente apropiados, razonables y menos costosos para los cuales la cobertura está disponible bajo la póliza, el plan o el contrato;
2. La persona cubierta podrá, como máximo, someterse a 4 extracciones de ovocitos completas, para lograr un nacimiento. De producirse este, entonces se cubrirán 2 extracciones de ovocitos completas más; y
3. Los procedimientos se realizan en instalaciones médicas que cumplen con las directrices del *College of Obstetricians and Gynecologists* para clínicas de fertilización in vitro o con los estándares mínimos de l*a Society for Assisted Reproductive Technology,* para programas de fertilización in vitro.

Para los efectos de esta sección, “infertilidad” significa una enfermedad, condición o estado caracterizado por:

[12] El hecho de que la lista no sea exhaustiva dice relación con tres factores. Las técnicas por utilizar en un paciente deben basarse en las pautas o estándares clínicos desarrollados por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos o la Sociedad de Tecnología de Reproducción Asistida; los tratamientos deben siempre ser aplicados desde los menos costosos a los mas costosos y las coberturas de los seguros tienen un monto máximo de dinero anual del cual disponer, el que depende del seguro contratado.

1. La imposibilidad de establecer un embarazo o de llevar un embarazo a término después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección, si la mujer tiene 35 años o menos, o después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección si la mujer tiene más de 35 años. Concebir, pero tener un aborto espontáneo no reinicia el plazo de 12 meses o 6 meses para determinar la infertilidad;
2. La incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como individuo único o con una pareja, sin intervención médica; o
3. Los hallazgos de un médico con licencia basados en el historial médico, sexual y reproductivo del paciente, la edad, los hallazgos físicos o las pruebas de diagnóstico.

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[13] a un afiliado.

## Referencias

Aassve, A. Adserà, P.Y. Chang, L. Mencarini, H. Park, C. Peng, S. Plach, J.M. Raymo, S. Wang, & W. Jean Yeung (2024) Family ideals in an era of low fertility, Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A. 121 (6) e2311847121. Disponible en: https://www.pnas.org/action/showCitFormats?doi=10.1073%2Fpnas.2311847121&mobileUi=0

Bao, S., Yin, T. y Liu, S. (2024) Envejecimiento ovárico: metabolismo energético de los ovocitos. J Ovarian Res 17 , 118. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s13048-024-01427-y#citeas

Boxem AJ, Blaauwendraad SM, Mulders AGMGJ, Bekkers EL, Gaillard R, Jaddoe VWV (2025) Age among women and men, time to pregnancy and risk of miscarriage. BMC Med. Nov 17;23(1):639. doi: 10.1186/s12916-025-04462-8. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12625503/

Fertility Society of Australia (2021) Age, fertility and assisted reproductive technology. Disponible en: https://www.yourfertility.org.au/sites/default/files/2021-04/FSA%20Age%20fertility%20and%20reproductive%20technology%20April%202021.pdf

Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS) (2025) 44% de las madres primerizas tiene educación superior: maternidad se reconfigura en Chile durante las últimas décadas. Disponible en: https://ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20250731/pags/20250731170332.html

[13] Infertilidad causada por un tratamiento médico.

INE (2025) Conferencias Ciudadanas: Evolución de la Fecundidad en Chile. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/conferencias/2025/cc_evolucion_de_la_fecundidad_en_chile.pdf

Leridon, H. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. Human Reproduction, 19(7), 1548–1553. DOI: 10.1093/humrep/deh304

OECD (2026) Family Database. Age of mothers at childbirth and age-specific fertility. Disponible en: https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-family-database.html

OMS Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (2023) La infertilidad afecta a una de cada seis personas en el mundo. Disponible en: https://unsdg.un.org/es/latest/stories/la-infertilidad-afecta-una-de-cada-seis-personas-en-el-mundo

ONUMujeres (s/f) ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being

Saloni Dattani, Lucas Rodés-Guirao, and Max Roser (2025) - “Fertility Rate” Published online at OurWorldinData.org. Disponible en: 'https://ourworldindata.org/fertility-rate'

Scientific American (2023). COVID Caused a Baby Bump when Experts Expected a Drop. Here’s Why. Tanya Lewis & Amanda Montañez. Disponible en: https://www.scientificamerican.com/article/covid-caused-a-baby-bump-when-experts-expected-a-drop-heres-why/

Turner KA, Rambhatla A, Schon S, Agarwal A, Krawetz SA, Dupree JM, Avidor-Reiss T. (2020) Male Infertility is a Women's Health Issue-Research and Clinical Evaluation of Male Infertility Is Needed. Apr 16;9(4):990. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7226946/

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

Universidad Católica (2025) Encuesta Bicentenario UC. Disponible en: https://encuestabicentenario.uc.cl/resultados/

Wang JJ, Wang SX, Tehmina, Feng Y, Zhang RF, Li XY, Sun Q, Ding J. (2022) Age-Related Decline of Male Fertility: Mitochondrial Dysfunction and the Antioxidant Interventions. Pharmaceuticals (Basel). 2022 Apr 23;15(5):519. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9143644/

Yopo, Martina (2023) La postergación de la maternidad en chile: entre autonomía y precariedad. UNIVERSUM. vol. 38. no. 2. 2023. Universidad de Talca. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/universum/v38n2/0718-2376-universum-38-02-591.pdf

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 Santiago, 2 7 AGO. 2019 Instruye sobre la aplicación de cobertura por las isapres para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2019/08/articles-18580_recurso_1.pdf

Chile atiende (2026) 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

Fundación Fënn (2024) Lineamientos y prioridades sobre las necesidades de acceso y cobertura a tratamientos de reproducción asistida. Disponible en: https://fundacionfenn.cl/recursos/

Fundación Fënn (2026) Consideraciones sobre Infertilidad en Chile. Comisión de Salud, Honorable Cámara de Diputadas y Diputados. Disponible en: https://camara.cl/verDoc.aspx?prmID=36364&prmTipo=DOCUMENTO_COMISIONDOCUMENTO

Minsal (2015) Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad. Programa Nacional Salud de la Mujer – 2015. Disponible en: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/CHL-RH-54-01-GUIDELINE-2015-esp-GUIA-PARA-EL-ESTUDIO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFERTILIDAD-2015.pdf

Ley N° 20.418 Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482

Resolución Exenta N°49, de 22 de enero de 2019, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que modificó el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro 11 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud y cuya vigencia se inició el 11 de febrero de 2019. Incorporó al Arancel de la Modalidad de Libre Elección del Fonasa, bajo el grupo 25 "Pago Asociado a Diagnóstico" (PAD), ocho nuevos grupos de prestaciones, referidas al tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1128732

**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 (2024). 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/2024/guia_rha_sas_mayo_2024.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**

Enhance Health (2023) Fertility Treatment And The Affordable Care Act: Does Obamacare Cover IVF? Disponible 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.

European Observatory on Health Systems and Policies-EOHSP (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 § 5/356m. Infertility Coverage (2025). Disponible en: https://codes.findlaw.com/il/chapter-215-insurance/il-st-sect-215-5-356m/

LPG (2026) Surrogacy Laws By State. Disponible en: https://connect.asrm.org/lpg/resources/surrogacy-by-state?ssopc=1

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

---

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 ello, se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.