Facultad de Medicina

Instituto de Salud Pública

Comparación de Marcos Regulatorios sobre Fertilización Asistida en Latinoamérica

Actividad Final de Graduación para optar al grado de

Magíster en Salud Pública con Menciones

Autores

Christopher Alfonso Oliva Retamal
Diego Alejandro Ramírez Lazo
Francisca Alejandra Valdés Campos
Karen Stefani Vásquez Cortez

Tutor

Dra. Patricia Alejandra Caro Moya

Santiago, Chile

31 de agosto 2025

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Se declara por este medio que el trabajo de titulación presentado para su defensa y evaluación es original; las fuentes, herramientas y aplicaciones utilizadas que contribuyeron a la investigación realizada están debidamente citadas en el texto y acreditadas en el apartado de las referencias, conforme con los requisitos que establece el estilo bibliográfico APA 7ª ed. y respetando los aspectos que conciernen a la propiedad intelectual. Por lo tanto, ante cualquier falta de integridad académica encontrada y que atente contra la Ley N°17.336 de Propiedad Intelectual, se asume la responsabilidad que representa para tal efecto, dejando constancia de ello, con fecha 31 de agosto de 2025, en la ciudad de Santiago.

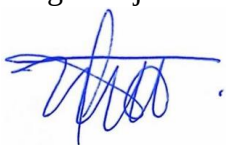
Facultad: Facultad de Medicina
Escuela: Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello
Título del trabajo: Comparación de Marcos Regulatorios sobre Fertilización Asistida en Latinoamérica



_____
Christopher Alfonso Oliva Retamal



_____
Diego Alejandro Ramírez Lazo



_____
Francisca Alejandra Valdés Campos



_____
Karen Stefani Vásquez Cortez

Dedicatoria

Dedicado a mi Madre Inés, a mi padre Luis, a mi novia Silvana y a mis queridos amigos.
Christopher Oliva Retamal

A mis padres, a mis hijas, a Diego y a ti Pauli que nos miras desde algún lugar.
Francisca Valdés Campos

Dedicado a Verónica mi mamá, Valentina mi hermana, mi amor Carol, amigos y familia.
Diego Ramírez Lazo

Dedicado con todo mi cariño y gratitud a mi Padre Víctor Vasquez Acuña, madre y hermana, abuelos maternos y a Jorge por ayudarme a culminar etapas.
Karen Vasquez Cortez

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones en las que desempeñamos nuestras labores, por el apoyo, la confianza y las facilidades brindadas que hicieron posible cursar este postgrado y desarrollar esta tesina. A nuestros colegas y compañeros de trabajo, por su colaboración, orientación y la disposición constante para apoyarnos en este proceso. A nuestras familias, por su paciencia, comprensión y el aliento incondicional que nos sostuvieron en cada etapa de este camino, por enseñarnos el significado de esfuerzo y dedicación. Asimismo, agradecemos a nuestros profesores y tutores, por su compromiso y valiosas sugerencias por guiarnos con sus observaciones y consejos, quienes con su enseñanza y motivación contribuyeron en nuestra formación profesional.

Finalmente, a todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron a que este esfuerzo académico se convirtiera en una realidad.

Tabla De Contenidos

Dedicatoria 3
Agradecimientos 4
Resumen 7
Abstract 8
I. Introducción 9
II. Objetivos 11
III. Marco Teórico 12
A. Fecundabilidad e Infertilidad 12
B. Panorama Etiológico y Social de la Infertilidad 12
C. Implicaciones Demográficas de la Infertilidad 14
D. Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): Conceptos y Evolución Histórica 15
E. Dimensiones Clave para la Regulación de las TRA 20
1. Aspectos Clínicos y Científicos: Eficacia, Seguridad y Estandarización. 20
2. Consideraciones Bioéticas 22
a) Relacionado con la vida y su protección 22
b) Relacionado con la autonomía reproductiva 23
c) Relacionado con los Derechos Humanos, el acceso a la salud y la justicia . 24
3. Dimensiones Sociales y Políticas: Infertilidad y Determinantes de la Salud. .. 26
4. Aspectos Económicos: Costo, Cobertura y Barreras de Acceso 28
5. Marco Legal: La Dimensión Penal y los Delitos 29
IV. Marco Metodológico 33
V. Resultados 35
VI. Discusión 55
A. Enfoque Regulatorio 56
B. Definición y Clasificación de TRA: 60
C. Acceso y Cobertura 61
D. Criterios de Elegibilidad 63
E. Aspectos Éticos y Bioéticos 64
F. Acreditación de Prestadores 65
G. Tipificación de Delitos Relacionados a TRA 66

H. El Vacío Legal y el Mercado de la Fertilidad 67
VII. Conclusión 68
VIII. Glosario 70
IX. Referencias 73
Anexo N°1 87

Lista de Tablas

Tabla 1: Documentos Regulatorios Identificados sobre Fertilización Asistida por País en Latinoamérica 35
Tabla 2 Países con existencia de Ley sobre Fertilización Asistida en su legislación 40
Tabla 3: Detalle por país sobre presencia de definición y clasificación de TRA en su legislación 40
Tabla 4: Detalle por país sobre presencia de acceso y cobertura de TRA en su legislación 42
Tabla 5: Detalle por país sobre presencia de criterios de elegibilidad para las TRA en su legislación 43
Tabla 6: Detalle por país sobre aspectos éticos relacionados con las TRA en su legislación 45
Tabla 7: Detalle por país sobre acreditación de prestadores de TRA en su legislación 49
Tabla 8: Detalle por país sobre tipificación de delitos relacionados a TRA en su legislación 51
Tabla 9: Acceso y cobertura de diferentes TRA de baja complejidad en países que cuentan con acceso y financiamiento. 54
Tabla 10: Cobertura de diferentes TRA de alta complejidad en países que cuentan con acceso y financiamiento. 54

Resumen

La infertilidad es un problema de salud pública global. Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) facilitan el acceso a la maternidad y paternidad para miles de familias. Esta investigación realiza un análisis comparativo de los marcos legislativos que regulan las TRA en países latinoamericanos (excluyendo el Caribe), examinando avances regulatorios, vacíos, contradicciones internas y sus implicancias éticas, penales y sociales. Una revisión crítica de leyes, reglamentos, resoluciones y políticas vigentes evidencia una marcada heterogeneidad que refleja no sólo la diversidad jurídica de la región, sino también profundas tensiones entre el progreso científico, los valores culturales y la capacidad del Estado para garantizar derechos en contextos de desigualdad estructural. Mientras algunos países, como Uruguay y Argentina, han avanzado hacia legislaciones integrales, otros presentan modelos fragmentados o vacíos normativos que obstaculizan la regulación efectiva y refuerzan inequidades en el acceso. En casos como Bolivia y Paraguay, la legislación está completamente ausente. Los hallazgos subrayan la necesidad urgente de promover marcos normativos coherentes e inclusivos, sustentados en los principios de equidad, justicia reproductiva y resguardo ético, para garantizar un acceso justo, seguro y éticamente responsable a las TRA en América Latina.

Abstract

Infertility is a global public health problem, and Assisted Reproductive Technologies (ART) facilitate access to parenthood for thousands of families. This research conducts a comparative analysis of legislative frameworks regulating ART in Latin American countries (excluding the Caribbean), examining regulatory advances, gaps, internal inconsistencies, and their ethical, criminal law, and social implications. A critical review of current laws, regulations, resolutions, and policies reveals marked heterogeneity that reflects not only the region's legal diversity but also deep tensions between scientific progress, cultural values, and the state's capacity to ensure rights in contexts of structural inequality. While some countries, such as Uruguay and Argentina, have made progress toward comprehensive legislation, others present fragmented models or regulatory gaps that hinder effective regulation, reinforcing inequities in access. Some countries, such as Bolivia and Paraguay, even lack legislation altogether. The findings highlight the urgent need to promote coherent and inclusive legal frameworks grounded in equity, reproductive justice, and ethical safeguards to ensure fair, safe, and ethically responsible access to ART in Latin America.

I. Introducción

La infertilidad es un problema de la salud pública de gran envergadura a nivel mundial, reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definida como un trastorno que afecta el aparato reproductor masculino, femenino o ambos, la cual se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo exitoso luego de 12 o más meses de relaciones sexuales regulares sin método o barrera anticonceptiva (Organización Mundial de la Salud, 2024). Actualmente las tasas de fertilidad mundial han ido en disminución llevando a la humanidad a una baja natalidad, generando así cambios en el ámbito de salud, impacto en la economía y sociedad de cada territorio. Se estima que para el año 2050 el 76% de los países presentaran tasas de fertilidad por debajo de lo necesario para mantener su población a lo largo del tiempo (2,1 hijos por mujer aproximadamente) cifra que podría aumentar a un 97% para el año 2100 (Bhattacharjee et al., 2024).

Es importante considerar que todo ser humano tiene derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental según lo establecido por la asamblea general de las Naciones Unidas (1966) al igual que el derecho de las parejas a decidir libremente el momento y la cantidad de hijos que desean tener según lo señalado por la asamblea general de las Naciones Unidas (1979). No tratar la infertilidad como un problema de salud se opone a los derechos humanos fundamentales y obstaculiza los esfuerzos por garantizar el acceso universal a la salud, así como los derechos sexuales y derechos reproductivos siendo este influenciado por los determinantes estructurales de la salud.

Para garantizar estos derechos y superar barreras socioeconómicas, educacionales y ubicación geográfica, las técnicas de reproducción asistida se han consolidado como una herramienta terapéutica fundamental. Éstas se definen como el conjunto de procedimientos destinados a lograr un embarazo, que entre otros incluyen la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, el desencadenamiento de la ovulación y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o un donante. Adicionalmente, las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) abarcan también todos los tratamientos que implican la manipulación de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos, con el objetivo de establecer un embarazo viable (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Es por ello que resulta fundamental analizar los marcos regulatorios de los países latinoamericanos y analizar cómo abordan esta problemática. La comparación entre los países permitirá profundizar la situación conociendo tanto los logros como las limitaciones de sus variados sistemas de salud. En este contexto, el propósito de esta investigación es

identificar y describir los marcos legales que regulan la fertilización asistida, contrastando aspectos claves entre los diversos países latinoamericanos con el fin de crear una base de conocimiento comparativa sobre la regulación de estas técnicas en Latinoamérica, destacando aspectos cruciales que afectan el acceso de la población a estos tratamientos.

II. Objetivos

Objetivo General: Explorar los diferentes marcos legales de los países latinoamericanos relacionados con la fertilización asistida.

Objetivos Específicos:

Identificar los documentos que componen la legislación referente a la fertilización asistida en latinoamérica.

Identificar las diferencias en acceso y cobertura financiera para los programas y tratamientos de fertilización asistida garantizados en las legislaciones de los países latinoamericanos.

Identificar los criterios de elegibilidad para los programas y tratamientos de fertilización asistida garantizados en las legislaciones de los países latinoamericanos.

Identificar los aspectos éticos que comprenden las legislaciones relacionadas con la fertilización asistida en latinoamérica.

Identificar la legislación de los delitos relacionados con la fertilización asistida en latinoamérica.

III. Marco Teórico

A. Fecundabilidad e Infertilidad

La Fecundabilidad es la probabi-lidad que un ciclo menstrual en una mujer sin uso de anticonceptivos concluya en un embarazo (Limiñana-Gras, 2017). La tasa promedio fluctúa entre un 20% a 25% y está fuertemente influenciada por la edad de la mujer (Inhorn & Patrizio, 2015)). En menores de 30 años es cercana a un 25% y disminuye paulatinamente hasta aproximadamente un 5% en mujeres mayores de 40 años (Fuentes, 2010). En condiciones normales, una pareja en edad fértil y con coitos regulares tiene entre un 20 a un 30% de posibilidades de conseguir un embarazo durante el primer mes, lo que se traduce en que 8 a 9 de cada 10 parejas lograrán un embarazo en un año, es decir, cerca de un 85%. Durante el segundo año, siguiendo las mismas condiciones, las tasas acumulativas de embarazo serán del 92%, llegando a los tres años con un porcentaje acumulado cercano al 93% (Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades. MINSAL., 2015).

Según la OMS la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino, que consiste en la imposibilidad de conseguir un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección (Céspedes & Correa, 2021). Se puede clasificar en infertilidad primaria cuando nunca ha habido evidencia de concepción (sin antecedente de embarazos previos, incluyendo abortos y embarazos ectópicos) e infertilidad secundaria cuando hubo evidencia de al menos una concepción, aunque esta haya terminado en aborto (Zegers-Hochschild et al., 2017). La infertilidad afecta al 8-12% de las parejas en edad reproductiva en todo el mundo, con un promedio global probable del 9%. El análisis de prevalencia entre las distintas regiones del planeta no muestra diferencias sustanciales ni concluyentes, así como tampoco si el análisis se desglosa de acuerdo a los niveles de ingreso de los países. Sin embargo, es importante interpretar estos resultados con cautela, ya que existen limitaciones derivadas de la falta de estudios en algunas regiones, así como también de las diferencias en los criterios de inclusión y exclusión empleados en los estudios analizados. (Organización Mundial de la Salud, 2024).

B. Panorama Etiológico y Social de la Infertilidad

La edad de la mujer y en menor medida, la del hombre, juegan un rol fundamental en las tasas de infertilidad. Un estudio en centros europeos estimó el porcentaje del efecto del envejecimiento sobre la infertilidad al cabo de un año con relaciones sexuales sin prote-cción

y observó que las tasas de embarazo dismi-nuyen constantemente con el aumento en la edad de la mujer (Dunson et al., 2004). Debemos considerar que, con el aumento de la edad en especial la materna, no sólo disminuye la probabilidad de embarazo al disminuir la reserva y calidad ovocitaria, sino que aumenta también el riesgo de cromosomopatías y, por ende, de abortos espontáneos y fetos con malformaciones. Si bien es un continuo, estos riesgos se acentúan después de los 35 años y en particular, en mayores de 40 años, a las que se agrega además una mayor fre-cuencia de patología obstétrica, como parto pre-maturo, bajo peso al nacer y mortineonatos (Dunson et al., 2004; Fuentes et al., 2010).

Por otro lado, los hábitos de vida y factores del entorno, como el exceso de peso y el consumo de tabaco, pueden influir negativamente en la fertilidad (Carson & Kallen, 2021). En las mujeres, se ha estimado que la obesidad reduce la capacidad fértil en un 18%, sin importar la edad o la regularidad del ciclo menstrual. De hecho, las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) superior a 27 presentan un mayor riesgo de infertilidad anovulatoria en comparación con aquellas cuyo IMC se encuentra dentro del rango normal (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015). En los hombres, la obesidad también afecta la fertilidad a través de diversos mecanismos de tipo hormonal, mecánico y psicosocial. Esta condición puede provocar una disminución de la libido, menor frecuencia de relaciones sexuales y disfunción eréctil, además de reducir los niveles de testosterona y alterar los parámetros del semen (Enríquez-Reyes, 2021). En relación con el consumo de tabaco, se ha observado que en los hombres fumadores la disfunción eréctil puede ser un marcador temprano de trastornos cardiovasculares asociados. Este efecto es dosis-dependiente, es decir, aumenta en proporción a la cantidad de cigarrillos consumidos. En las mujeres, el tabaquismo se ha vinculado con una pérdida folicular acelerada y un crecimiento folicular anormal. Diversos estudios han demostrado que el hábito de fumar afecta negativamente la función reproductiva femenina, contribuyendo a la infertilidad y a un mayor riesgo de abortos recurrentes. Además, se ha asociado con una menor tasa de éxito en los tratamientos de reproducción asistida (Ramos Reyes et al., 2019).

En cuanto a los hábitos sexuales de la pareja, hay que tomar en cuenta que el intervalo fértil de cada ciclo menstrual dura entre 5 a 6 días. Las parejas con una frecuencia coital menor a este, es probable que pierdan esta ventana de tiempo. De hecho, se observó que aquellas que presentan una frecuencia sexual de al menos 2 o 3 veces por semana, disminuyeron las tasas de infertilidad independiente del rango etario. (Mendoza et al., 2022). Un estudio en Japón encontró una asociación positiva entre la frecuencia coital y la probabilidad de concepción natural en las primeras 24 semanas en un seguimiento realizado a parejas jóvenes japonesas que buscaban concebir su primer hijo (Konishi et al., 2020).

Aproximadamente el 85% de las parejas infértiles tienen una causa identificable, siendo las más comunes la disfunción ovulatoria, la enfermedad tubárica e infertilidad por factor masculino (Mendoza et al., 2022). El 15% restante corresponde a casos en los que no se logra determinar una causa concreta, conocidos como infertilidad inexplicada.

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos ovulatorios representan aproximadamente el 25 % de los diagnósticos de infertilidad (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2012). La causa más común de anovulación es el síndrome de ovario poliquístico (SOP), que afecta al 70% de las mujeres con anovulación (Sirmans & Pate, 2013). Otras causas incluyen enfermedad tiroidea (2%–3%), enfermedad pituitaria (p. ej., prolactinoma, 13%), andrógenos elevados por hiperplasia suprarrenal o tumor suprarrenal (2%), anovulación crónica idiopática (7%–8%) y amenorrea hipotalámica funcional (p. ej., debido al bajo peso, trastornos alimentarios y ejercicio excesivo). Las pacientes con trastornos alimentarios tienen infertilidad anovulatoria con más frecuencia que las mujeres sin esta condición (Boutari et al., 2020).

Del punto de vista de la infertilidad masculina, entre las causas más comunes se encuentran aquellas relacionadas con la producción y/o transporte de espermatozoides tales como azoospermia obstructiva y la no obstructiva (Rowe et al., 2000; The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2018), otras como el varicocele presente en aproximadamente el 20-40% de los hombres infértiles, la criptorquidia no corregida (The Male Infertility Best Practice Policy Committee of the American Urological Association & Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2006), y diversas infecciones del aparato reproductor, como la epididimitis, orquitis, prostatitis y vesiculitis. La mayoría de estas infecciones están asociadas también a enfermedades de transmisión sexual. Otras causas, menos frecuentes incluyen trastornos sexuales, efectos secundarios de ciertos medicamentos, exposición a radiación o sustancias contaminantes, así como alteraciones endocrinas o genéticas (Rowe et al., 2000). Importante destacar también que existe hasta un 40% de hombres en que no es posible encontrar una causa aparente (Steeg et al., 2011).

C. Implicaciones Demográficas de la Infertilidad

La mayoría de los países de la OCDE han experimentado un marcado descenso de las tasas de fecundidad a lo largo de los años. La tasa global de fecundidad (TGF) se ha reducido a más de la mitad en promedio en la OCDE, pasando de 3,3 hijos por mujer en 1960 a 1,5 en

2022 (OECD, 2024). Entre las causas más frecuentes encontramos a mujeres que optan por tener hijos a edades más avanzadas, los altos costos financieros asociados a la crianza y las dificultades para equilibrar las responsabilidades laborales con la vida familiar (Alderotti et al., 2021).

Estos cambios en los patrones reproductivos se han interpretado como resultado de las transformaciones culturales e ideológicas que han redefinido los roles tradicionales de género, así como del aumento de aspiraciones relacionadas a la carrera profesional y la realización personal. Disponer de una fuente de ingresos confiable es fundamental para formar una familia. La inestabilidad laboral dificulta la capacidad de cubrir las necesidades del hogar, lo que desincentiva la toma de decisiones y planificación a largo plazo, como independizarse, establecer un hogar propio o tener hijos. Si esta incertidumbre persiste, puede derivar en un aplazamiento indefinido de la formación familiar, resultando en familias más pequeñas o, incluso, en la decisión de no tener hijos. Por otro lado, la inestabilidad en la protección social, la limitada ayuda estatal destinada a la crianza, sumadas a la privatización y los altos costos relacionados con la salud, la educación y la vivienda, son factores que contribuyen al aplazamiento de la maternidad (Balbo et al., 2012; Beets, 2008).

Para resolver el problema de la baja fertilidad, es necesario ahondar en la efectividad de las políticas relacionadas con la baja fertilidad. Éstas se han centrado en áreas como la maternidad, el cuidado infantil y la conciliación de la vida laboral y familiar, pero de manera fragmentaria (Duvander & Johansson, 2012). Pero el fenómeno de la fecundidad extremadamente baja se continúa intensificando, el declive natural de la población y la carga demográfica, fenómeno en el que el crecimiento económico se retrasa debido a la disminución de la población en edad laboral de 15 a 64 años, se ha agravado (Thomas et al., 2022).

Ante el complejo panorama de disminución de la natalidad, la infertilidad emerge como un desafío significativo que afecta a un número considerable de personas. En este contexto, las Técnicas de Reproducción Asistida se han convertido en herramientas fundamentales para abordar esta problemática como una solución médica de gran relevancia.

D. Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): Conceptos y Evolución Histórica

En la actualidad, las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) han hecho posible que miles de personas cumplan su sueño de ser padres. Estas técnicas pueden intervenir en distintos puntos del proceso reproductivo, brindando soluciones a diversas situaciones. Para facilitar

la comprensión de las TRA, se presentarán algunas definiciones extraídas del Glosario de Terminología de Técnicas de Reproducción Asistida, elaborado por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS);

a) **Reproducción Médicamente Asistida (RMA):** Reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, TRA, inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante.
b) **Técnicas de Reproducción Asistida (TRA):** Todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado. No incluye el utilizar una muestra de semen previamente procesada en el laboratorio (Inseminación artificial).

Las definiciones dejan claro que la reproducción médicamente asistida y las técnicas de reproducción asistida son conceptos diferentes. Por ejemplo, la estimulación ovárica y la inseminación artificial, aunque son procedimientos de baja complejidad, no son consideradas como Técnicas de Reproducción Asistida, pero sí forman parte de los métodos de reproducción asistida, estando interrelacionadas. Por este motivo, aunque el enfoque principal de esta tesina es el estudio de las Técnicas de Reproducción Asistida, también se tratarán los conceptos de estimulación ovárica e inseminación artificial. Esto se debe a su importancia dentro de estos procedimientos y al hecho de que los programas gubernamentales pueden incluir estas prestaciones dentro de lo que se considera como técnicas de reproducción asistida.

Clasificaremos las técnicas de reproducción asistida en dos grandes grupos;

1) **Las técnicas de baja complejidad**: comprenden un conjunto de procedimientos destinados a lograr el embarazo mediante la sincronización de la ovulación y, en ciertos casos, la manipulación del semen. Estas técnicas no suponen un riesgo para los pacientes y tampoco involucran grandes intervenciones, siendo de baja complejidad para su ejecución por parte del cuerpo clínico, personal de laboratorio y el paciente (Yañez & Barroso, 2019). Dentro de estas técnicas se incluyen:

a) **Estimulación ovárica (EOC)**: Tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de múltiples folículos ováricos para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.
b) **Coito programado**: Técnica que contempla una hiperestimulación ovárica controlada para aumentar el número de folículos, mejorar la calidad ovocitaria y el transporte espermático que constituye una ventana ovulatoria. A través de esto, se realiza un seguimiento folicular mediante ultrasonido y se establece un calendario coital.
c) **Capacitación del semen**: Consiste en la separación de los espermatozoides del plasma seminal para obtener una preparación final con un alto porcentaje de espermatozoides morfológicamente normales y móviles.
d) **Inseminación artificial**: Consiste en depositar en el interior del útero una muestra de semen previamente procesada en el laboratorio.

2) **Las técnicas de alta complejidad** que se llevan a cabo utilizando equipos de alta tecnología y bajo la supervisión de personal clínico altamente calificado. Su aplicación requiere laboratorios especializados en embriología, quirófanos y el cumplimiento de estrictos requisitos técnicos para garantizar su funcionamiento. Debido a la complejidad de estos procedimientos, su costo económico es elevado y conlleva posibles riesgos para los pacientes (Vela Barba, 2019). Dentro de este grupo de técnicas se incluyen;

a) **Fecundación in vitro (FIV)**: TRA que involucran fecundación extracorpórea que consiste en la extracción de óvulos de la mujer por punción de los folículos del ovario, tras estimulación y su posterior fecundación con los espermatozoides del varón o de un donante de laboratorio. Esta fecundación puede ser en un medio artificial, pero de forma natural (fecundación in vitro convencional) o a través de una Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI).
b) **Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)**: técnica de fertilización in vitro (FIV) en la que se introduce un único espermatozoide directamente en un óvulo para facilitar la fecundación.
c) **Transferencia de embriones (TE)**: Procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio
d) **Implantación**: La unión y subsecuente penetración del blastocisto libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza de 5 a 7 días después de la fecundación.

e) **Diagnóstico genético preimplantacional (DGP):** análisis de cuerpos polares, blastómeras o trofoectodermo de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de alteraciones específicas, genéticas, estructurales, y/o cromosómicas.
f) **Criopreservación**: La congelación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal.
g) **Donación de embriones (DE)**: Transferencia de embriones resultantes de gametos (espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja.
h) **Transferencia intratubárica de gametos (TIG)**: Un procedimiento de TRA en el cual ambos gametos (ovocitos y espermatozoides), son transferidos a la trompa de Falopio.

La infertilidad y la esterilidad ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, influyendo en los distintos grupos sociales según las concepciones socioculturales sobre la parentalidad (paternidad y maternidad), el género y la reproductividad. Desde tiempos antiguos, diversas civilizaciones han buscado comprender y abordar estos fenómenos. Los egipcios fueron pioneros en el intento de predecir los problemas de fertilidad y en el diagnóstico temprano del embarazo. En Mesoamérica, los aztecas empleaban el yoloxóchitl, un árbol ornamental muy apreciado en los jardines de Moctezuma, debido a sus propiedades aromáticas y mágicas, además de su uso como antiparasitario, astringente y remedio contra la esterilidad femenina. Por su parte, el Corpus Hipocraticum, metodología vigente hasta el siglo XVIII, incorporaba tanto el diagnóstico como el tratamiento de los problemas de fertilidad (Waizel Bucay, 2002). Así, desde épocas remotas, la humanidad ha intentado dar explicaciones y soluciones a la realidad clínica de la fertilidad y sus dificultades, pero no es hasta finales del siglo XIX cuando la revolución industrial permitió los avances necesarios para que se diera la primera fecundación in vitro que data de 1891 cuando Walter Heape, un profesor de la Universidad de Cambridge, transfirió con éxito embriones de conejo a una coneja receptora (Heape, 1891). Las dudas sobre el éxito del experimento de Heape permanecieron por años, donde la comunidad científica desarrollo un ávido interés por el cultivo de embriones en el laboratorio, pero no es hasta 1959 con los experimentos de Min Chueh Chang en Estados Unidos que la fertilización in vitro fue probada inequívocamente (Sánchez, 1991).

Tras los primeros experimentos de la primera mitad del siglo XX, el conocimiento y el interés por investigar el desarrollo del óvulo humano, desde su fecundación hasta su llegada al útero, crecieron exponencialmente. Para la década de 1960, los avances en reproducción asistida permitieron el desarrollo de diversas técnicas, entre ellas la recolección y capacitación de espermatozoides, la estimulación ovárica, la recuperación de óvulos

maduros mediante el lavado de las trompas de Falopio, la fecundación in vitro, el cultivo del cigoto y su transferencia tanto a la madre genética como a una madre sustituta. Sin embargo, hasta ese momento, todas estas prácticas se habían aplicado exclusivamente en animales (Zhao & Brezina, 2011).

Ya en la década de 1970, el interés por abordar el problema de la esterilidad humana se intensificó, pues había múltiples factores sociales y legales en juego. Hasta entonces, la adopción de niños por familias de países desarrollados era un recurso accesible, pero a partir de los años 70 comenzaron a surgir importantes cambios en la legislación y en la percepción social de la maternidad y la crianza. El debate en torno a la legalización del aborto, el fortalecimiento de programas de apoyo a madres solteras y la regulación de las adopciones modificaron profundamente el panorama, impulsando la búsqueda de soluciones médicas para la infertilidad.

El primer gran avance llegó el 25 de julio de 1978, cuando, por primera vez en la historia, nació un bebé sano concebido mediante reproducción asistida (Flores, 2022). Este hito fue posible gracias a la utilización del laparoscopio, que facilitó la observación de los órganos reproductivos y permitió la recolección de ovocitos. A partir de este logro, la comunidad científica se dedicó a perfeccionar los procedimientos, incorporando técnicas como el uso del ultrasonido transvaginal para guiar la aspiración de los folículos ováricos.

Durante los años 80, surgieron nuevas innovaciones, como la transferencia intratubárica de gametos y embriones a las trompas de Falopio, una técnica que, hasta el día de hoy, sigue brindando resultados positivos (Ray et al., 2012). En 1986, otro acontecimiento revolucionó la medicina reproductiva: se logró el primer embarazo con un óvulo criopreservado. Este avance marcó un antes y un después, pues hasta entonces, la preservación de células reproductivas se había limitado a los espermatozoides, cuyo primer procedimiento de criopreservación data de 1953. El retraso en la criopreservación de óvulos, en comparación con el uso de esperma donado, responde a factores biológicos: criopreservar óvulos es un proceso mucho más complejo, ya que no siempre son lo suficientemente maduros para ser fecundables. Además, la sincronización entre el desarrollo folicular de la donante y la maduración endometrial de la receptora representaba un desafío considerable (C. Chen, 1986).

Finalmente, en 1990 se logró la primera gestación tras la aplicación del diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Esta técnica consiste en la realización de exámenes genéticos en embriones humanos obtenidos mediante fertilización in vitro, antes de su implantación en el útero materno. Gracias a los avances en genética, es posible analizar el ADN de una sola

célula embrionaria para detectar miles de mutaciones responsables de diversas afecciones hereditarias, permitiendo así una selección segura (Lozano & Peciña, 2021).

E. Dimensiones Clave para la Regulación de las TRA

Las TRA representan un punto de convergencia entre diversos campos del conocimiento, generando debates y diferencias de pensamiento que requieren una gestión adecuada para lograr una coexistencia en la sociedad. Este desafío demanda un enfoque interdisciplinario que integre aspectos científicos, bioéticos, sociales, económicos y legales.

Desde una perspectiva científica, las TRA han permitido importantes avances en medicina y biotecnología, ampliando las posibilidades de procreación para personas con dificultades reproductivas. Sin embargo, su aplicación también plantea dilemas éticos y jurídicos fundamentales. Entre ellos, la definición del inicio de los derechos de una persona—¿desde la concepción, a partir de ciertas semanas de gestación o desde el nacimiento? —y los límites en la manipulación genética, cuestiones que requieren un profundo análisis filosófico y normativo. Además, las TRA presentan desafíos económicos significativos, pues muchas de estas técnicas implican costos elevados, lo que genera barreras de acceso para ciertos sectores de la población y plantea interrogantes sobre su impacto en los sistemas de salud. A esto se suma la necesidad de una regulación jurídica clara y efectiva que establezca principios que equilibren el desarrollo científico con el respeto a los derechos fundamentales de los individuos.

1. Aspectos Clínicos y Científicos: Eficacia, Seguridad y Estandarización.

Evaluar con exactitud la efectividad de las TRA no es una tarea simple. Cada tratamiento está condicionado por múltiples variables fisiológicas propias de los pacientes, como la edad, la presencia de enfermedades de base, e incluso factores étnicos. Por ejemplo, algunos estudios indican que la tasa de éxito de una FIV convencional puede alcanzar hasta un 40% en mujeres menores de 35 años, mientras que en mayores de 40 años esta cifra puede descender a menos del 4%. Sin embargo, la edad es solo una parte ya que, al sumar variables como enfermedades preexistentes, antecedentes familiares y hábitos cotidianos, el panorama se torna aún más complejo y dificulta enormemente el predecir cuál será la tasa de éxito del tratamiento (Matorras, 2011). Se estima que cerca del 30% de los casos de infertilidad se deben a la interacción de dos o más causas, muchas de ellas exacerbadas por componentes psicológicos, educativos o sociales (Viera & Guerra, 2018).

Aunque existen múltiples estudios que intentan establecer la efectividad de los distintos tratamientos para la infertilidad, la heterogeneidad de los pacientes y el sesgo en la selección de las muestras hacen difícil alcanzar un consenso definitivo. Este desafío no se limita solo a la efectividad, sino también a los riesgos asociados.

La seguridad de las técnicas de baja complejidad suele implicar riesgos mínimos, ya que su propósito es simplemente facilitar la concepción en el momento más propicio. No obstante, las técnicas de alta complejidad sí pueden conllevar complicaciones clínicas. Tradicionalmente, dos de los principales riesgos asociados a la madre en la fertilización in vitro han sido el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) y los embarazos múltiples (Yañez & Barroso, 2019). El SHO es una condición potencialmente grave, caracterizada por una excesiva permeabilidad vascular, desencadenada por la administración de hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en ovarios que han respondido de forma exagerada a la estimulación. Puede provocar acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural), hemoconcentración y otras complicaciones serias. Afortunadamente, el riesgo puede reducirse casi por completo mediante protocolos de estimulación controlada, como el uso de antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y otras estrategias de supresión hipofisaria (Pérez et al., 2019).

En cuanto a los embarazos múltiples, en los primeros años de aplicación de las TRA era frecuente que las pacientes concibieran gemelos o incluso trillizos, con todos los riesgos que eso implica para la madre y los recién nacidos, además del esfuerzo económico familiar que esto significaba. Hoy, gracias a los avances tecnológicos y a la implementación de transferencias embrionarias más precisas —donde normalmente se transfiere un solo embrión— los embarazos triples se han vuelto poco frecuentes, y los gemelares también han disminuido significativamente (Kushner-Dávalos, 2010).

Respecto a los recién nacidos, la situación es más compleja. Dado que las pacientes que acceden a técnicas de alta complejidad suelen presentar problemas reproductivos de base, es difícil aislar completamente el efecto de la técnica en sí. No obstante, algunos estudios sugieren que los nacimientos por TRA podrían asociarse a peores desenlaces en comparación con los concebidos de forma natural. Estos incluyen una mayor tasa de parto prematuro, bajo peso al nacer y una morbilidad perinatal más elevada, llegando incluso a reportarse un riesgo seis veces mayor de prematurez en algunos casos (Moreno & Ratto, 2020).

2. Consideraciones Bioéticas

a) Relacionado con la vida y su protección

En algunos países de Latinoamérica, el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica se reconoce como un Derecho Humano fundamental, estableciendo que la protección de la vida debe garantizarse desde la concepción. Así, la legislación resguarda a quienes están por nacer, otorgándoles una protección particular distinta a la que reciben las personas con existencia legal. En este marco, las TRA, que incluyen la manipulación de embriones, han suscitado debates sobre el inicio de la vida humana y sus implicaciones éticas. Desde la perspectiva cristiana, la vida comienza con la fecundación, instante en el que se configura el genoma y el cigoto se convierte en embrión, motivo por el cual es considerado una persona en potencia con derechos propios. No obstante, existen posturas que sostienen que la identidad de "persona" se adquiere con el nacimiento, aunque reconocen que desde la fecundación ya existe un organismo humano con una identidad genética única y el potencial de desarrollarse plenamente (Zegers-Hochschild, 2010).

Para quienes entienden el proceso de generación humana como un desarrollo continuo desde la fecundación, cada etapa del crecimiento embrionario posee el mismo valor ético que el de una persona con existencia legal. Por otro lado, quienes conciben la personalidad como un atributo que se adquiere de manera progresiva establecen una distinción en la valoración ética del embrión, considerando que solo al momento del nacimiento se convierte plenamente en una persona (Ford, 2008). Desde esta perspectiva, quienes ven la adquisición de la personalidad como un proceso dinámico, establecen una diferencia entre el embrión y el individuo nacido, priorizando los derechos de quienes tienen plena existencia sobre los organismos en formación. Este dilema también se refleja en las regulaciones internacionales. En diversas regiones de Europa, Asia y Oceanía, el destino de los embriones queda en manos de sus progenitores, quienes pueden decidir entre transferirlos al útero, criopreservarlos, descartarlos o destinarlos a la investigación científica (Lima & Álvarez, 2019). No obstante, en otras zonas de estos mismos continentes, las TRA están restringidas, fundamentándose en razones éticas, morales y/o clínicas como la mayor incidencia de malformaciones en recién nacidos, el aumento de partos prematuros y el riesgo de aborto asociado a estos tratamientos, limitándola solo a condiciones muy específicas (Mara, 2023). En Latinoamérica, la regulación podría no estar aún desarrollada, al no abarcar del todo esta problemática, lo que posibilita el uso de TRA sin una discusión ética de por medio, por ejemplo, en algunos países, entre ellos Chile, se permite la aplicación del diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Este escenario plantea interrogantes fundamentales

sobre los límites éticos y la autonomía individual, algunos de los cuales podrían no haber sido plenamente abordados, pudiendo dejar su regulación y permanencia en el tiempo en una zona incierta (Zaldívar, 2022).

b) Relacionado con la autonomía reproductiva

La reproducción asistida plantea un dilema ético entre posiciones opuestas que examinan los alcances y riesgos de las innovaciones tecnológicas. Desde una perspectiva conservadora, se advierten riesgos para la mujer gestante y los nacidos, además de posibles implicaciones sociales. También se cuestiona la manipulación genética de embriones y la confidencialidad en los tratamientos de reproducción asistida, argumentando que estas prácticas pueden deshumanizar la procreación al desvincularla del amor, la sexualidad y la intimidad, convirtiéndola en un proceso meramente técnico. Según esta postura, la separación entre la reproducción y el vínculo natural de la pareja puede transformar el acto de procrear en un fenómeno artificial con consecuencias imprevisibles (Pecheny & De La Dehesa, 2011).

En contraste, la visión liberal enfatiza la autonomía individual y el derecho a la libertad reproductiva, promoviendo el acceso equitativo a las tecnologías sin restricciones por modelo familiar o condición social. Esta postura sostiene que la innovación debe ser tolerada y defendida como una expresión de libertad, argumentando que las restricciones a la reproducción asistida deben justificarse con pruebas sólidas en lugar de suponer riesgos hipotéticos. Esta postura defiende el consentimiento informado como el factor fundamental en la aplicación de estas técnicas, priorizando la voluntad de los involucrados sobre consideraciones externas (Irrázaval & Johnson, 2019).

Esto nos presenta la siguiente problemática: ¿Cuáles son los límites de la autonomía reproductiva de los pacientes en el acceso a las técnicas de reproducción asistida? ¿De qué manera deben considerarse la dignidad, la seguridad, los derechos y las condiciones de nacimiento de los futuros niños en este proceso? Además, ¿cómo responde la sociedad y su sistema judicial a estos desafíos para garantizar una implementación adecuada o una posible restricción de las TRA?

c) Relacionado con los Derechos Humanos, el acceso a la salud y la justicia

El análisis de las TRA, desde un enfoque de derechos humanos en la actualidad resulta fundamental. En primer lugar, el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental está consagrado en instrumentos tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU: Asamblea General, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU: Asamblea General, 1966). En virtud de que estos compromisos son jurídicamente vinculantes, aquellas naciones que firmaron y ratificaron estos tratados tienen la obligación legal de garantizar el derecho a la Salud desde un enfoque de derechos humanos, formulando y aplicando leyes y políticas que garanticen el acceso universal a servicios de salud de calidad, y abordando las causas más profundas que producen las disparidades en ella (ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, 2008).

El derecho a la salud abarca dimensiones específicas cruciales para garantizar el bienestar individual y social, entre las que se destacan también los derechos sexuales y reproductivos. En la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" se establecen claramente las obligaciones de los estados con respecto a las medidas a tomar para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica incluida la planificación familiar, de manera tal que hombres y mujeres accedan en condiciones de igualdad a dichos servicios. Además, garantiza a la mujer servicios relacionados con el embarazo, el parto y el postparto. Por ejemplo, en el artículo 16 se establecen los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo de nacimiento entre ellos, junto con el derecho al acceso a la información, educación y medios necesarios para ejercerlos (ONU: Asamblea General, 1979). Los derechos sexuales y reproductivos también forman parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Agenda 2030 (ONU: Asamblea General, 2015).

El derecho a la salud y, en consecuencia, los derechos reproductivos y sexuales se enmarcan en el principio de autonomía. Esto implica que cada individuo tiene la potestad de dirigir su vida en concordancia con sus intereses, deseos, creencias y por lo tanto reconoce y reafirma la capacidad y el derecho de tomar decisiones correctamente informadas, libres y voluntarias sobre la salud, el propio cuerpo y los tratamientos médicos a los que desea someterse. Adicionalmente, desde un enfoque de derechos humanos la discriminación ocupa un papel preponderante al analizar el derecho a la salud. Se entiende como discriminación a cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de raza, color,

sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole (por ejemplo, estado de salud y orientación sexual), origen nacional o social, posición económica, discapacidad, nacimiento o cualquier otra condición. Los estados tienen la obligación de prohibir y erradicar toda forma de discriminación y garantizar tanto los determinantes sociales de la salud como el acceso a la atención sanitaria en condiciones de igualdad (ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, 2008).

Finalmente, si el ejercicio de estos derechos sexuales y reproductivos conduce a la concepción, que es lo que se busca con el uso de las técnicas de reproducción asistida, el principio del interés superior del niño entra en juego como un pilar fundamental, de manera tal de salvaguardar de forma integral el bienestar y la totalidad de los derechos del futuro individuo tal como queda estipulado en el artículo 3 de la "Convención sobre los derechos del Niño" donde se estableció este principio rector (ONU: Asamblea General, 1989). La aplicación de este exige que se evalúe de forma exhaustiva las circunstancias de cada caso procurando siempre que se fomente el desarrollo integral y la protección de los derechos del menor, reflexionando sobre las implicaciones éticas, jurídicas y sociales vinculadas con las TRA. Sin embargo, la obligación de los estados de garantizar el derecho a la salud como se ha detallado antes no se cumple solamente con la existencia de estos servicios, sino que requiere un activo compromiso con la equidad y la justicia.

En este sentido, la equidad en salud implica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre diversos grupos de personas que se diferencian de forma social, económica, demográfica o geográficamente, entre otros factores. El propósito de ésta es que idealmente todos tengan una oportunidad justa de lograr plenamente su máximo potencial de salud, evitando cualquier situación de desventaja en la medida que esto pueda ser evitado (Whitehead, 1992). El concepto de equidad enfatiza que gran parte de las diferencias en el estado de salud y en los resultados de salud entre distintos grupos no son solamente el resultado de diferencias biológicas, sino que se producen como consecuencia de procesos económicos y sociales (Sena et al., 2023). Es debido a esto que para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la equidad es un eje central de su plan estratégico para el período 2020-2025 y posiblemente lo será para el 2026-2031. En este plan se presentan los lineamientos que deben seguir los estados miembros para reducir las inequidades en materia de salud a fin de mejorar sus resultados en este ámbito (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Existen diversos enfoques para analizar la equidad en salud. En un extremo está el enfoque neoliberal basado en el individualismo, la igualdad de oportunidades y la libertad; se basa

en los niveles mínimos y en maximizar el bienestar agregado de la población. Entre otras cosas propone financiar con fondos públicos un mínimo de prestaciones en base al criterio de la costo-efectividad, dejando en manos privadas y en el mercado aquellas prestaciones que si bien son necesarias no son rentables. Por otro lado, está el enfoque igualitarista basado en la solidaridad y la unión social, que promueve eliminar las desigualdades a través de la financiación pública de la salud donde el estado tiene como papel principal distribuir los recursos de forma tal que las personas tengan resultados de largo plazo iguales (Vargas et al., 2002). Desde el punto del financiamiento se distinguen la equidad horizontal es decir que aquellos que tengan recursos iguales realicen pagos iguales y la equidad vertical, donde los pagos se realicen de forma proporcional a su nivel de ingreso (Wagstaff & van Doorslaer, 2000). En términos más concretos, la equidad en la atención de la salud, según Whitehead (1992) se define mediante tres conceptos:

- Igual acceso a la atención disponible según igual necesidad.
- Igual utilización para igual necesidad.
- Igual calidad de atención para todos.

Si se aplican estos conceptos a las TRA, implicaría que una persona con infertilidad o quienes deseen formar una familia mediante estas técnicas deben tener el mismo acceso a la información y a los servicios disponibles independiente de su lugar de residencia o nivel socioeconómico, por ejemplo. También que, sin importar las características anteriores, estos servicios deben tener una tasa de utilización similar por lo que en caso de detectar que el uso de estas tecnologías es menor, es necesario investigar el porqué y de ser necesario implementar medidas para superar las desventajas sociales o económicas que las restringen. Finalmente, la calidad de estas prestaciones no debería variar en función de ninguna de las características antes mencionadas.

3. Dimensiones Sociales y Políticas: Infertilidad y Determinantes de la Salud.

La OMS define a los determinantes sociales como las "circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" y jerárquicamente los divide en dos niveles: Estructurales e Intermediarios. Los primeros implican la posición socioeconómica y el contexto político, por tanto, configuran la salud de un grupo en función de cómo se ubica en las jerarquías de poder, prestigio y acceso. Por otro lado, los intermediarios corresponden a las condiciones de vida y trabajo más próximas a la realidad

cotidiana e incluye las condiciones de empleo, de vivienda, el transporte, las condiciones psicosociales, entre otras (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Estos factores interactúan entre sí y son los responsables de la carga de salud y morbilidad de las personas, determinan las inequidades y disparidades observadas en el ámbito de la salud dentro de los mismos países al compararlos con los demás.

Es de suma importancia analizar los determinantes sociales y estructurales de la salud si se desea comprender y abordar de manera eficaz las diferencias en el acceso y los resultados en salud. Estos determinantes son las llamadas "causas profundas" que es necesario enfrentar al abordar el problema de la salud equitativa desde un enfoque de derechos humanos. Es en este contexto que la OMS, a través de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008) definió tres principios de acción:

- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

El cómo se configuran estos determinantes sociales también afecta al acceso a las Tratamientos de Reproducción Asistida, como sugieren estudios realizados en España donde se encontró una correlación directa entre el PIB per cápita de cada Comunidad Autónoma y la cantidad de ciclos de TRA realizados en dicho territorio (Guadix et al., 2022). Pero no sólo el poder económico es un factor, la cantidad de tratamientos de TRA realizados también se ve influenciado por factores culturales y normas sociales, tales como aquellas relacionados con la aceptación de estas tecnologías por parte de la población y aquellas que tienen que ver con la religión principal de cada país, como se reveló en un estudio realizado en Europa (Präg & Mills, 2017). Sumado a lo anterior, en Taiwán se investigó sobre cuáles determinantes sociales tenían un impacto en el tiempo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, donde se descubrió que en dicha sociedad, factores como la edad al contraer matrimonio, el nivel educativo y la igualdad de género se asociaron con un diagnóstico más temprano de infertilidad, y que el programa de subsidios implementado por el gobierno podría generar un mayor interés en recibir tratamiento temprano y alentaría a las parejas para continuar con su tratamiento (W.-A. Chen et al., 2025).

A nivel mundial la disponibilidad de servicios de infertilidad depende de un complejo producto de políticas de salud públicas y privadas, de fuerzas económicas, políticas, sociales

y culturales. Pero también son los mismos estados quienes pueden negar el acceso o restringir estos servicios a grupos específicos de personas (Nachtigall, 2006).

A nivel latinoamericano, los determinantes sociales de la salud son especialmente importantes pues la región se caracteriza por legados coloniales adversos, injusticia social, disparidades socioeconómicas y amplias inequidades en salud. De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la pobreza en latinoamérica alcanzó el año 2023 un 27,3% de la población, que si bien es la cifra más baja de la que se tenga registro implica que 172 millones de personas vivían en la pobreza dicho año, de los cuales 66 millones estaban en pobreza extrema. Sumado a este desolador dato, la desigualdad medida por el índice Gini fue de 0,452 siendo 1 el mayor grado de desigualdad posible (CEPAL, 2024).

Además de acuerdo con algunas revisiones, el panorama latinoamericano con respecto al abordaje de los determinantes sociales de la salud es desigual. Se ha observado que principalmente se ha enfocado en los determinantes intermedios y en el sistema de salud, dejando de lado los estructurales con excepción del nivel socioeconómico y la etnia. Según lo recomendado por la CDSS aún se visualizan deficiencias en cuanto a la distribución desigual del poder y la producción de conocimiento referente al problema (García Ramírez & Vélez Álvaez, 2013).

4. Aspectos Económicos: Costo, Cobertura y Barreras de Acceso

El costo de los tratamientos de reproducción asistida varía considerablemente de un país a otro, dependiendo de factores como la legislación, el acceso a tecnología médica y la regulación del mercado reproductivo. En Estados Unidos, someterse a estos procedimientos puede alcanzar un costo de 50.000 dólares, permitiendo realizar aproximadamente cuatro ciclos de fertilización in vitro (FIV). Sin embargo, en algunos países europeos, el mismo monto puede financiar hasta diez ciclos, lo que evidencia una disparidad significativa en el acceso y costos de estas técnicas (Mara, 2023).

Estas variaciones no se limitan únicamente a la FIV, sino que afectan a la mayoría de los procedimientos de reproducción asistida, dado que el mercado global de estas técnicas está condicionado por las normativas de cada país, que pueden ampliar o restringir su disponibilidad. Un claro ejemplo de esta influencia legislativa se observa en el comercio de ovocitos, cuya regulación varía ampliamente según la región. Mientras en Italia, Alemania

y Austria la comercialización de ovocitos es completamente ilegal, en Francia está permitida bajo condiciones de anonimato y sin compensación económica. En Canadá, el proceso es legal, pero no anónimo y sin pago, mientras que en países como España, República Checa, Sudáfrica y Grecia es permitido, anónimo y con compensación económica. En el Reino Unido, en cambio, se permite la donación no anónima y con retribución monetaria. Por otro lado, Estados Unidos emerge como el mercado más flexible y diversificado, donde la donación de ovocitos es legal, el anonimato es opcional y se permite la compensación económica (Waldby, 2019).

En latinoamérica, especialmente en Chile, el alto costo de la fertilización in vitro representa una barrera significativa para quienes buscan acceder a estos tratamientos. Un solo ciclo puede alcanzar el valor de los cinco millones de pesos chilenos (aproximadamente 5.000 dólares) dependiendo del centro donde se realice, sin incluir el valor de los medicamentos ni el tratamiento de posibles efectos adversos. Debido a estos costos elevados, el acceso a la reproducción asistida en países con economías emergentes o en vías de desarrollo, como es este caso, se convierte en un desafío complejo que requiere estrategias de financiamiento adecuadas (Zegers-Hochschild, 2010).

La implementación de políticas públicas orientadas a garantizar su acceso demanda una inversión sustancial de recursos. Por esta razón, es común que los programas de financiamiento impongan restricciones en cuanto a edad, condiciones médicas y otros criterios de elegibilidad. Además, el número de ciclos cubiertos suele estar limitado, ya que brindar acceso irrestricto a estos tratamientos para toda la población sería económicamente inviable. Estas regulaciones buscan equilibrar la disponibilidad de los procedimientos con la sostenibilidad del sistema de salud, priorizando a quienes tienen mayores probabilidades de éxito y necesidades médicas más urgentes (Inhorn & Patrizio, 2015).

5. Marco Legal: La Dimensión Penal y los Delitos

Uno de los aspectos más complejos y críticos dentro del marco legal es la tipificación para la identificación y sanción de conductas fraudulentas o negligentes que puedan afectar a los pacientes. En distintos países se han presentado casos de irregularidades en procedimientos de fertilización, donde profesionales han llevado a cabo acciones sin el consentimiento de los involucrados, generando graves consecuencias emocionales, familiares y legales. Frente a estas situaciones, las víctimas han buscado amparo en el sistema judicial, pero muchas veces se han encontrado con la falta de una regulación específica que contemple estos delitos en su totalidad. En ausencia de leyes especializadas, estos casos han sido abordados bajo

figuras jurídicas generales como negligencia médica, obstrucción a la justicia o incumplimiento de deberes profesionales, dejando un vacío que impide una sanción proporcional a la gravedad de los hechos (Alkorta, 2022).

Entonces, resulta fundamental establecer parámetros jurídicos que diferencien entre errores médicos, prácticas negligentes y delitos intencionales, como el uso no autorizado de gametos o la implantación de embriones sin consentimiento, de manera que las sanciones sean acordes a la magnitud del daño ocasionado.

En resumen, la regulación de las TRA es un elemento clave para garantizar su aplicación de manera ética, accesible y científica, armonizando diferentes dimensiones que intervienen en su desarrollo. Estas técnicas no solo representan un avance en la medicina reproductiva, sino que también plantean interrogantes desde el ámbito social, económico y ético, cuya convergencia requiere una normativa clara y estructurada.

Desde el punto de vista científico, las TRA han permitido que muchas personas con dificultades reproductivas puedan ejercer su derecho a la maternidad y paternidad. Sin embargo, su aplicación debe estar respaldada por normativas técnicas y protocolos rigurosos que aseguren su seguridad y eficacia, evitando prácticas poco reguladas que puedan comprometer la salud de los pacientes. Además, se deben establecer estándares de calidad y supervisión profesional, asegurando que estas técnicas se realicen bajo criterios médicos adecuados y en condiciones que minimicen riesgos (Yañez & Barroso, 2019).

En el aspecto ético estas técnicas implican decisiones trascendentales sobre la vida y la reproducción humana. La normativa debe abordar cuestiones como el consentimiento informado, la protección de los derechos de los niños concebidos mediante estas técnicas y los límites en la manipulación genética. También se debe considerar el anonimato en la donación de gametos y embriones, equilibrando el derecho de los donantes a la privacidad con el derecho de los individuos a conocer su origen biológico (Santome-Sánchez & Fabián-Zapata, 2024).

En el ámbito social, las TRA han transformado los paradigmas tradicionales de la reproducción. Hoy en día, no solo las parejas heterosexuales con problemas de fertilidad recurren a estos procedimientos, sino también familias diversas y personas solteras que desean procrear. La normativa debería garantizar el acceso equitativo a las TRA sin discriminación por orientación sexual, estado civil o identidad de género, reconociendo la pluralidad de modelos familiares que existen en la sociedad contemporánea, aunque está es

una decisión que cada nación debe tomar al momento de legislar representando los intereses de su sociedad (Cano & Esparza, 2018).

Desde una perspectiva económica, la reproducción asistida supone un desafío en términos de costos y accesibilidad. La legislación debe definir mecanismos de financiamiento que permitan ampliar el acceso sin comprometer la sostenibilidad de los sistemas de salud. En este sentido, algunos países han implementado programas de cobertura parcial o total para ciertos procedimientos, estableciendo criterios de elegibilidad, normados por ley, que priorizan casos médicos específicos y garantizan que los recursos sean utilizados de manera eficiente (Mara, 2023).

La tipificación de las faltas dentro de las técnicas de reproducción asistida no sólo permitiría una protección más efectiva para los afectados, sino que también contribuiría a la implementación de medidas preventivas que refuercen las buenas prácticas dentro de la medicina reproductiva. A través de la supervisión y el control adecuado de los procedimientos.

Otro problema ligado al marco normativo está relacionado con prevenir el turismo reproductivo y sus implicancias. La ausencia de regulaciones en algunos países ha llevado a que muchas personas busquen estos tratamientos en el extranjero, lo que puede derivar en situaciones legales complejas y en la explotación de individuos en países con normativas más permisivas o insuficientemente reguladas. Por ejemplo, en el 2018 la India prohibió la entrega de servicios de técnicas de reproducción asistida a extranjeros (Mara, 2023). Establecer un marco legal robusto permitiría mitigar estos riesgos, protegiendo tanto a los pacientes como a los profesionales involucrados y garantizando que la reproducción asistida se desarrolle bajo principios de seguridad, transparencia y respeto a los derechos humanos.

El marco legal, entonces, se presenta como el eje articulador que permite la coexistencia entre estas dimensiones. Sin una regulación adecuada, podrían surgir desigualdades en el acceso, riesgos médicos e incertidumbre jurídica respecto a la filiación y los derechos de los individuos involucrados. La construcción de una legislación clara y bien estructurada es esencial para garantizar que los avances científicos se alineen con los principios éticos, que la equidad social sea protegida y que los aspectos económicos sean considerados sin generar barreras injustas.

La existencia de un marco normativo sólido también contribuye a la generación de confianza en los procedimientos. En última instancia, la regulación no debe ser vista como una limitación, sino como un instrumento que permite que la reproducción asistida sea una opción accesible, ética y técnicamente segura, beneficiando a quienes necesiten o hagan uso de ellas.

Finalmente, en el contexto latinoamericano, la regulación de las técnicas de reproducción asistida evidencia las diferencias en los enfoques legales, sociales, económicos y éticos adoptados por cada país. A través del análisis comparativo de los distintos marcos regulatorios en la región, esta investigación busca identificar tanto las fortalezas como los vacíos legales que inciden en el acceso, la cobertura y la aplicación segura y ética de estos procedimientos. Asimismo, se examinarán los criterios de inclusión y exclusión establecidos en las legislaciones, con el fin de comprender cómo se garantiza el acceso a los programas y tratamientos de fertilización asistida.

IV. Marco Metodológico

Se llevó a cabo una investigación de carácter exploratorio con el propósito de recopilar y analizar las normativas vigentes en América Latina relacionadas con la fertilización asistida, que busca entender el contexto legal actual y sus repercusiones en términos éticos, sociales y de acceso en los distintos países de la región.

Se seleccionaron aquellos países pertenecientes a Latinoamérica, excluyendo las naciones del Caribe. Los países incluidos son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

La recopilación de información se realizó en dos fases. En primer lugar, se realizó una búsqueda en línea utilizando el motor de búsqueda Google, empleando combinaciones de palabras clave como "fertilización asistida", "reproducción asistida", "código civil"," código penal"," delitos", "filiación", "gametos", "cigotos", "legislación", "normativa", "decreto", "circular", "ley federal", "ley estatal", "marco normativo", acompañadas del nombre de cada país de América Latina en estudio. Durante esta etapa, se consultaron sitios web oficiales de entidades gubernamentales vinculadas a temas de salud, justicia, derechos humanos y bioética —tales como ministerios, institutos especializados y registros civiles—, además de informes emitidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Esta primera etapa de la búsqueda se realizó entre los meses de mayo a julio de 2025. En aquellos casos donde la información no estaba disponible en línea o era ambigua, se procedió a contactar a profesionales e instituciones vinculadas al tema (como sociedades de fertilidad, centros de reproducción asistida o académicos) de cada país con el fin de obtener o confirmar la información faltante.

Se descartó la información obtenida en fuentes no oficiales, tales como blogs, foros, sitios web de clínicas privadas o asociaciones de pacientes, excepto en aquellos casos en que dichas páginas fueron utilizadas como apoyo para establecer contacto con personas relevantes en el tema dentro de cada país.

Se incluyeron aquellas leyes, decretos, resoluciones, circulares y propuestas que regulan aspectos de la fertilización asistida, tales como el acceso a los tratamientos, la cobertura, los criterios de elegibilidad, aspectos éticos como la regulación de gametos y embriones, la filiación legal, y los derechos de los/las pacientes y de los/as hijos/as nacidos por estas técnicas, así como la tipificación de delitos en el ámbito de estos tratamientos.

A partir de los documentos recopilados, se elaboró un cuadro maestro que fue revisado por el equipo de investigación y ordenado según el país, el tipo de acto administrativo (ley, decreto, resolución, circular, etc.), y el año de publicación.

La información obtenida de la lectura de los documentos se ordenó en tablas comparativas por cada una de las siguientes temáticas;

- **Existencia de Ley sobre Fertilización Asistida**: ¿Existe una ley principal sobre el tema en cuestión?
- **Definición y clasificación de TRA:** ¿En alguno de los documentos se definen qué es y cómo se clasifican los procedimientos de reproducción asistida?
- **Acceso y cobertura**: ¿Los documentos especifican cómo y de qué forma la población puede acceder a estos servicios?
- **Criterios Elegibilidad:** ¿Los documentos regulan qué condiciones deben cumplir las personas para acceder a estos servicios?
- **Aspectos éticos y bioéticos:** En el marco de la fertilización asistid**a** ¿Los documentos tratan temáticas tales como clonación, modificación genética? ¿Es necesario el uso de un consentimiento informado? ¿Los hijos nacidos por estos métodos, pueden optar a la filiación? Si es así, ¿Cuáles son los criterios?
- **Acreditación de prestadores:** ¿Existe la fiscalización y regulación de los prestadores de salud de estos servicios en específico?
- **Tipificación de delitos relacionados a TRA: ¿**Están tipificados los delitos que pudieran derivarse de su práctica?

V. Resultados

Tras la fase de búsqueda y selección de documentos regulatorios, relacionados con la fertilización asistida en Latinoamérica, se encontraron los siguientes documentos normativos, legales y/o técnicos que regulan de manera directa o indirecta, o bien facilitan, orientan o permiten el uso y desarrollo de técnicas de reproducción asistida, ya sea mediante la definición de criterios éticos, médicos, legales y/o procedimentales aplicables a estas prácticas.

Un universo de 63 documentos se identificó en un total de 15 países. En contraste, países como Bolivia y Paraguay carecen completamente de documentos legales sobre fertilización asistida dentro de los criterios de búsqueda utilizados. Dependiendo de su organización política, algunos de estos documentos se aplican para todo el país o sólo para un estado en particular. El documento más antiguo encontrado es de México y data del año 1984 ("Ley general de salud").

La tabla a continuación presenta el detalle de los documentos identificados por cada país, señalando el tipo de documento, el número asociado y su año de promulgación. El enlace de acceso a cada uno de los archivos se encuentra en el Anexo N°1.

Tabla 1: Documentos Regulatorios Identificados sobre Fertilización Asistida por País en Latinoamérica

País	Documento	Tipo de acto administrativo	N° de documento	Año de promulgación
Argentina	Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida	Ley	26.862	2013
	Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Reglamentación	Decreto	956	2013
	Sistema único de reintegro - inclúyase técnicas de reproducción asistida de alta complejidad.	Resolución	1709	2014
	Normas de habilitación y fiscalización de establecimientos de reproducción médicamente asistida	Resolución	1305	2015

	Modifíquese su distribución	Decreto	931	2016
	Programa Nacional De Reproducción Médicamente Asistida - Crease	Resolución	E2190	2016
	Tratamientos de reproducción médicamente asistida	Resolución	E1	2017
	Tratamientos con técnicas de reproducción humana asistida - Texto de consentimiento	Resolución	E616	2017
	Comité asesor AD-HOC del programa nacional de reproducción médicamente asistida	Resolución	E679	2017
	Red de establecimientos públicos de reproducción médicamente asistida - crease	Resolución	E1831	2017
	Tratamiento de reproducción médicamente asistida - establécese	Resolución	1044	2018
	Tratamiento de reproducción médicamente asistida - Medicamento	Resolución	1045	2018
	Licencias	Resolución	7	2021
	Código civil y comercial de la nación. Aprobación	Ley	26.994	2014
Brasil	Ley de planificación familiar	Ley	9.263	1996
	Ley de Bioseguridad	Ley	11.105	2005
	Política Nacional de Atención Integral en Fertilización Asistida en todos los niveles del Sistema Único de Salud)	Ordenanza	426	2005
	Normas éticas para la utilización de Técnicas de Reproducción Asistida, Consejo Federal de Medicina	Resolución	2.320/2022	2022
Chile	Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana	Ley	20120	2006
	Establece normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II DFL nº1 del	Resolución exenta	277	2011

	2005, del ministerio de salud en la modalidad de libre elección			
	Modifica resolución exenta N°277/2011 del ministerio de salud, que aprobó las normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II DFL N°1, de 2005, del ministerio de salud, en la modalidad de libre elección	Resolución exenta	902	2019
	Instruye sobre la aplicación de cobertura por las isapres para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad	Circular Ministerio de Salud	331	2019
	Modifica diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones, el matrimonio entre personas del mismo sexo	Ley	21.400	2021
Colombia	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.	Resolución	8430	1993
	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas que deben cumplir los bancos de componentes anatómicos y los grupos de trasplante	Decreto	1546	1998
	Establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los Bancos de Componentes Anatómicos, de las Unidades de Biomedicina Reproductiva. Centros o similares y se dictan otras disposiciones.	Resolución	3199	1998
	Ley por la cual se expide el Código Penal Colombiano	Ley	599	2000
	Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva	Ley	1.953	2019

	Por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad	Resolución	228	2020
	Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud	Resolución	2273	2021
Costa Rica	Autorización para la realización de la técnica de reproducción asistida de fecundación in vitro y transferencia embrionaria	Decreto	39210-MP-S	2015
	Norma para los establecimientos de salud que realizan la técnica de reproducción asistida de fecundación in vitro y transferencia embrionaria (FIV)	Decreto	39616-MP-S	2016
	Ley Marco de Fecundación In Vitro	Ley	18.824	2015
Ecuador	Código Orgánico Integral Penal	Ley	Sin N°	2014
El Salvador	Código Penal	Ley	1030	1997
Guatemala	Reformas al decreto 17-73 del Congreso de la República, Código Penal	Decreto	33-96	1996
Honduras	Código Penal Hondureño	Decreto	130-2017	2017
México	Ley general de salud	Ley	Sin número	1984
	Código civil para el estado de Tamaulipas	Decreto	441	1986
	Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud	Reglamento	Sin número	1987
	Ley de Código Civil del Estado de México	Ley Federal del Estado de México	Decreto N° 70	2002
	Código civil para el estado libre y soberano de Puebla	Decreto	Sin número	2004
	Código Civil para el distrito federal	Decreto	Sin número	2007
	Código Familiar para el Estado de San Luis Potosí	Ley Federal del Estado de San Luis de Potosí	Decreto N°555	2008
	Código de familia para estado de Sonora	Ley	261	2009

	Código civil del estado de Querétaro	Decreto	31	2009
	Código Familiar para el Estado de Sinaloa	Ley Federal del Estado de Sinaloa	Decreto N°742	2013
	Ley para la Familia de Coahuila de Zaragoza	Ley Federal Estado de Coahuila	Decreto N° 277	2015
	Código familiar del estado de Zacatecas	Decreto	Sin número	2017
	Código familiar para el estado de Michoacán	Decreto	554	2021
	Código civil para el estado de Jalisco	Decreto	15776	2025
Nicaragua	Código Penal	Ley	641	2007
	Norma de técnicas de reproducción asistida	Norma técnica	053	2010
Panamá	Ley N° 14 que adopta el código penal	Ley	14	2007
	Que adopta las normas técnicas y administrativas y protocolos de atención del programa de salud integral de la mujer	Resolución	57	2019
Perú	Ley general de salud	Ley	26.842	1997
Uruguay	Regúlanse las técnicas de reproducción humana asistida	Ley	19.167	2013
	Reglamentación del art. 4 de la ley 19.167 relativo a la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida	Decreto	69	2014
	Reglamentación de la ley 19.167, técnicas de reproducción humana asistida	Decreto	311	2014
	Creación de Comisión honoraria de reproducción humana asistida	Ordenanza del Ministerio de Salud Pública	462	2014
	Reglamentación de la ley 19.167 relativa a las técnicas de reproducción humana asistida	Decreto	84	2015
Venezuela	Ley para protección de las familias, la maternidad y la paternidad	Ley	38.773	2007
	Reforma de la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad	Ley	Reforma 6.686	2022

A continuación, se presenta la descripción de los documentos agrupados por temática.

Tabla 2 Países con existencia de Ley sobre Fertilización Asistida en su legislación

País	Detalle
Argentina	La Ley 26.862 es el eje principal y garantiza el acceso integral. El Decreto 956/2013 es quien la reglamenta.
Colombia	La Ley 1953 de 2019 establece lineamientos para una política pública de infertilidad y de tratamientos dentro de la salud reproductiva. La Resolución 228/2020 adopta dicha política.
Uruguay	La ley 19167 establece el marco jurídico para la regulación en instituciones públicas o privadas habilitadas por el Ministerio de Salud.

Argentina, Colombia y Uruguay son los únicos que tienen una ley integral que regula las técnicas de reproducción asistida.

El resto de los países estudiados carece de la misma, ya que su regulación se encuentra en otros instrumentos que no son leyes, como decretos y resoluciones.

Tabla 3: Detalle por país sobre presencia de definición y clasificación de TRA en su legislación

País	Detalle
Argentina	La ley 26.862 señala que son todos los tratamientos o procedimientos para la consecución de un embarazo. Las define brevemente y las clasifica en baja o alta complejidad, de acuerdo a si la fecundación se realiza en el interior o fuera del sistema reproductor femenino respectivamente.
Brasil	El Art 1, 2 y 3 de la resolución CFM N°2.294/2021 las define como procedimientos que facilitan el proceso de procreación. Estas pueden utilizarse para la donación de ovocitos y la preservación de gametos, embriones y tejido germinal por razones médicas y no médicas. Además, podrán usarse siempre que exista una alta probabilidad de éxito y una baja probabilidad de riesgo grave para la salud de la paciente o de la posible descendencia.

Chile	La Resolución Exenta N.º 277 de 2011 las clasifica en procedimientos de baja y alta complejidad, las define brevemente y las agrupa dentro de las prestaciones de salud relacionadas con la medicina reproductiva.
Colombia	La Ley 1953 las define de forma general como aquellos tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. No ahonda en su clasificación.
Costa Rica	Define la FIV como una técnica que consiste en remover los óvulos de los ovarios de la mujer, para ser inseminados con espermatozoides, en un proceso extracorpóreo de laboratorio, de manera que, una vez finalizado el proceso de unión de las células sexuales, el óvulo fertilizado es transferido al útero materno. Es un tratamiento médico que ayuda a las personas con infertilidad a mejorar sus posibilidades de lograr un embarazo.
Nicaragua	La norma técnica N° 053 define las TRA que se podrán ofrecer como prestación en los centros de salud autorizados por el Ministerio de Salud.
Uruguay	La ley 19167, junto con los decretos N° 69/014, N° 311/014 y N° 84/015 definen y clasifican las TRA. Además, las enumera en un listado que abarca desde las de baja complejidad hasta las de alta complejidad. Se consideran de baja complejidad a aquellos procedimientos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino y de alta a aquellos procedimientos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a éste los embriones resultantes
Venezuela	En la Ley de Reforma de la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (2022), Art 20 modifica e incluye la definición de reproducción asistida que se entiende, como cualquier método o procedimiento destinado a procurar la fertilización y concepción de hijas e hijos reconocidos por la autoridad competente.

Si bien los países incluidos en la tabla contemplan una definición de las técnicas de reproducción asistida (TRA), únicamente Argentina, Chile y Uruguay las clasifican en alta y baja complejidad, según si la fecundación ocurre dentro o fuera del cuerpo de la mujer. De estos, solo Argentina y Uruguay además las enumeran en listados diferenciados según su nivel de complejidad.

Costa Rica, solo define lo que es la fertilización in vitro sin ahondar en el resto de las técnicas.

Caso similar con Nicaragua que se limita a la definición de aquellas que se pueden ofrecer como prestación en centros de salud autorizados. Chile también al igual que Nicaragua considera que estas técnicas son prestaciones de salud, en este caso asociadas al ámbito de la medicina reproductiva.

Las definiciones de Colombia y de Venezuela son generales y muy similares ya que las considera como cualquier método o procedimiento destinado a procurar la fertilización y el embarazo.

Tabla 4: Detalle por país sobre presencia de acceso y cobertura de TRA en su legislación

País	Detalle
Argentina	Es de cobertura obligatoria y debe ser brindado tanto por el sector público, el de seguridad social mediante las obras sociales y el privado. El sector público posee una red de establecimientos públicos de reproducción médicamente asistida según lo indicado por la resolución E1831 del 2017, mientras que las otras entidades lo harán mediante el llamado Sistema Único de Reintegro (SUR) según lo establecido en resolución 1709/2014. Incluye el abordaje, diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo. Debe iniciarse con las técnicas de baja complejidad y luego seguir con las demás. Asegura un máximo de 4 tratamientos anuales de baja complejidad y hasta 3 de alta complejidad, con intervalo mínimo de 3 meses entre ellos. Se debe iniciar con las técnicas de baja complejidad, a menos que las causas médicas justifiquen iniciar de inmediato con las otras. Finalmente, en cuanto a las técnicas de alta complejidad, la resolución E1/2017 determina que es lo que incluye dentro de sus prestaciones, y cuando estas se consideran completas o no.
Brasil	La Ordenanza N°3.149, de 28 de diciembre de 2012 instruye destinar recursos financieros a los centros de salud que realizan procedimientos de Reproducción Humana Asistida en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), incluyendo la fertilización in vitro y/o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides.
Chile	Las resoluciones exentas N° 277 de 2011 y N° 902 de 2019 establecen las normas técnico-administrativas para la aplicación de aranceles en las prestaciones de salud nacionales bajo la modalidad de 'libre elección', destinada a mejorar el acceso de las TRA a la población, incluyendo las técnicas de reproducción asistida de baja y alta complejidad, con sus respectivas condiciones de acceso. La cobertura financiera incluye el tratamiento hormonal, honorarios médicos, consultas con matrona y psicólogo, exámenes de laboratorio e imagenología, así como días/cama en unidades ginecológicas. No abarca el tratamiento de efectos adversos y medicamentos. La Circular IF/N.º 331 establece que los prestadores privados de salud (Isapres) deben otorgar a sus beneficiarios, como mínimo, los tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad. Asimismo, se dispone su incorporación en los planes de salud complementarios, siempre que exista un diagnóstico de infertilidad rigiéndose por lo señalado en las resoluciones exentas N° 277 del 2011
Colombia	La ley 1953 permite las asociaciones público-privadas con el fin de garantizar la cobertura de los tratamientos, el uso de tecnología de punta y el equipo humano y técnico idóneo. En el ámbito público, a nivel de atención primaria de salud se debe realizar el diagnóstico de la infertilidad. El año 2021 la Resolución 2273 agregó al listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, a la Fertilización in vitro con Inyección citoplasmática de espermatozoides y la inseminación artificial asociados a la infertilidad.
Costa Rica	El Decreto Ejecutivo 39210-MP-S indica que la Caja Costarricense de Seguro Social incluirá, de forma paulatina y progresiva, en sus programas de salud, la FIV como tratamiento para atender la infertilidad. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 3º del artículo 177 de la Constitución Política, la Caja Costarricense de Seguro Social informará al Poder Ejecutivo en caso de no contar con los recursos necesarios para hacer frente a esta obligación. En caso de ser

	necesario, el Poder Ejecutivo elaborará los proyectos de presupuesto respectivos y los remitirá a la Asamblea Legislativa, para el trámite correspondiente.
Panamá	La resolución 57 establece la creación de consultas de infertilidad en todos los Servicios de Ginecología y Obstetricia de los hospitales Nacionales y Regionales, los cuáles serán dotados con el equipo y el personal necesario para el estudio de las parejas infértiles.
Uruguay	Estas prestaciones están incluidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud e incluye tanto el diagnóstico, el tratamiento, estudios adicionales, insumos, medicamentos y todas las posibles complicaciones. Las técnicas de baja complejidad poseen cobertura total por el sistema hasta los 40 años según decreto N° 311/014, mientras que las de alta complejidad son subsidiadas de forma parcial o total de acuerdo con el ingreso per cápita según lo que establece el decreto 84/2015. Además, los citados decretos regulan las condiciones para la transferencia embrionaria, estableciendo un máximo de 2 embriones por un total de 3 ciclos.

El acceso y cobertura presentan una gran variabilidad. El marco legal de Argentina y Uruguay se destaca por un acceso detallado y amplio. En Argentina es obligatorio para los 3 subsectores del sistema de salud, el público, el de seguro social y el de medicina privada e incluye el abordaje, diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo. Lo mismo aplica para Uruguay donde se proporciona cobertura total para la baja complejidad y subsidios parciales o totales de acuerdo con el ingreso per cápita en el caso de las de alta complejidad.

En Chile el modelo se basa en la modalidad de libre elección que tienen los cotizantes de los sistemas de salud públicos y privados, donde sólo se incluyen honorarios médicos y exámenes. En Brasil el enfoque es en el sector público, pues se instruye destinar recursos fiscales para estas técnicas en el Sistema Único de Salud (SUS).

Por otro lado, en Colombia se vislumbra una contradicción entre la Ley que promueve el acceso y cobertura a estos procedimientos y una resolución que excluye procedimientos como la FIV de la financiación con recursos públicos.

Finalmente, en Panamá y Costa Rica, la cobertura es mínima, ya que la normativa se limita a la creación de consultas de infertilidad en hospitales o a la inclusión gradual de la FIV en programas de salud, respectivamente.

Tabla 5: Detalle por país sobre presencia de criterios de elegibilidad para las TRA en su legislación

País	Detalle
Argentina	El sistema de Salud Público cubrirá a todo argentino y a todo habitante que tenga residencia

	definitiva otorgada por autoridad competente, y que no posea otra cobertura de salud. Es para toda persona mayor de edad, sin importar orientación sexual o estado civil. Sin embargo, en 2018 (Resolución 1044) se estableció un límite de 44 años utilizando óvulos propios, y de 51 años utilizando óvulos donados.
Brasil	La resolución CFM N°2.121/2015, indica que pueden utilizarse siempre que exista probabilidad de éxito y no impliquen riesgos graves para la salud de la paciente ni de la posible descendencia. La edad máxima para un embarazo mediante RA es de 50 años. Además, menciona que las excepciones al límite de edad de 50 años para participar en el procedimiento serán determinadas, con base en fundamentos técnicos y científicos, por el médico tratante y tras aclarar los riesgos.
Chile	La Resolución Exenta N.º 277 de 2011 establece los requisitos necesarios para acceder a la cobertura financiera de las TRA contempladas en la normativa. Entre estos requisitos se encuentra contar con un diagnóstico de infertilidad emitido por un especialista en el área, ya sea de la persona interesada o de su pareja, siempre que pertenezcan a los tramos B, C o D de cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA) ya que el tramo A está destinado a las personas indigentes y carentes completamente de recursos. Para acceder a TRA de alta complejidad, los pacientes deben demostrar que han agotado previamente todas las alternativas de tratamiento de baja complejidad y no haber abandonado voluntariamente un tratamiento de fertilidad anterior. Asimismo, no podrán acceder aquellas personas que presenten una infección de transmisión sexual activa. En el caso de las mujeres, se exige además ser mayor de 18 años y contar con una evaluación previa de reserva ovárica por lo que la edad máxima no aplica en este caso.
Costa Rica	Según el Decreto 39210-MP-S incluye a parejas conformadas por dos personas mayores de edad, cuando alguno o ambos presente infertilidad y ninguno haya sido declarado incapaz en la vía judicial. Así mismo, la mujer sin pareja, mayor de edad y con infertilidad, que no haya sido declarada incapaz en la vía judicial también. Para ser sujeto de esta técnica es necesario comprobar, previamente, el padecimiento de infertilidad. Así mismo, deberá haber agotado los otros tratamientos médicos practicados en el país respecto de ese padecimiento, salvo expreso criterio médico que demuestre la inviabilidad de la aplicación de dichos tratamientos.
Panamá	Para el estudio de infertilidad, la resolución 57 sólo considera a parejas heterosexuales que no puedan obtener un embarazo exitoso luego de un año de relaciones sexuales sin protección. No establece ninguna restricción al respecto del estado civil de las mismas. Si la mujer es mayor de 35 años, o posee alguna situación médica previa como por ejemplo diabetes, cirugía pélvica o ginecológica previa, o a amenorreas en estudio, el proceso puede iniciar luego de 6 meses. En cuanto a los criterios para optar a las TRA, no existe regulación al respecto.
Uruguay	La ley 19167 garantiza el acceso a parejas heterosexuales, homosexuales, y a mujeres solas sin distinción de estado civil, incluye además la posibilidad de que pacientes oncológicos puedan criopreservar sus gametos. Establece ciertos requisitos para su aplicación, como una evaluación previa que determine la capacidad de ejercer la maternidad o paternidad y que la posibilidad de éxito sea razonable y no suponga un riesgo para la salud de la mujer ni para el futuro niño, como la existencia de enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean imposibles de ser tratadas luego del nacimiento.

El acceso a las TRA está sujeto a una variedad de criterios de elegibilidad que difieren entre los países. En Uruguay y Argentina se garantiza un acceso inclusivo que no distingue orientación sexual, estado civil, ni si la mujer está en pareja o no. Por otro lado, Panamá restringe los estudios de infertilidad sólo en caso de parejas heterosexuales. Costa Rica solo establece que, en el caso de las parejas, ambas sean mayores de edad. Si son mujeres sin pareja, se necesita comprobar el diagnóstico de infertilidad.

En cuanto a la edad, es un factor determinante. Argentina establece un límite en caso de querer utilizar sus propios óvulos (44 años) o si son donados (51 años). De manera similar en Brasil el límite para un embarazo con TRA es de 50 años, aún cuando permite excepciones con la debida justificación médica. En Chile si bien no se especifica una edad máxima, si es necesario realizar una evaluación de la reserva ovárica como requisito.

Además, de estos criterios demográficos, en Chile y Costa Rica se requiere que los pacientes tengan un diagnóstico de infertilidad por un especialista y que se agoten previamente todas las alternativas de tratamiento de baja complejidad para recién acceder a las técnicas de alta complejidad. En Uruguay es necesaria una evaluación previa de la capacidad de los futuros padres y que se demuestre que no existen riesgos para la salud ni de la madre ni del futuro niño.

Tabla 6: Detalle por país sobre aspectos éticos relacionados con las TRA en su legislación

País	Detalle
Argentina	Se basa en los principios de dignidad, libertad e igualdad y en los derechos de toda persona a la paternidad / maternidad y a formar una familia, en íntima conexión con el derecho a la salud. Requiere un consentimiento informado, el cual es revocable hasta antes del inicio de la inseminación en el caso de baja complejidad, o antes de la implementación en el caso de alta complejidad. Regula que la donación de gametos y embriones solo provengan de bancos debidamente inscritos y autorizados. Por otro lado, ley 26.994 que aprobó el Código Civil y Comercial, en sus artículos 560 al 563, establece que en el caso de hijos nacidos mediante TRA, la filiación se determina por la voluntad procreacional, la cual se manifiesta a través del consentimiento informado regulado mediante la resolución E616/2017, con independencia de la existencia de un vínculo biológico.

	La donación de gametos nunca tendrá carácter lucrativo o comercial.
Brasil	La resolución del CFM N° 2.121/2015 adopta normas éticas para la utilización de técnicas de reproducción asistida. El consentimiento informado se establece en el Art 1 y será obligatorio para todos los pacientes que se sometan a técnicas de reproducción asistida. En este, se explicarán detalladamente los aspectos médicos que abarcan todas las circunstancias que rodean la aplicación de una técnica de RA, así como los resultados obtenidos en la unidad de tratamiento con la técnica propuesta. La información también debe abarcar datos biológicos, legales y éticos. El documento se elaborará en un formulario especial y se completará con el consentimiento escrito obtenido mediante una consulta bilateral entre las personas involucradas en las técnicas de reproducción asistida
Chile	La ley 21.400 en su artículo n°182 establece la filiación del hijo que nazca por la aplicación de TRA quedando determinada a las parejas que se hayan sometido a ellas. Queda excluida la posibilidad de cobertura a mujeres solteras. La Ley 20.120 establece límites a la manipulación genética humana, prohibiendo la clonación, la eugenesia y la obtención de células troncales desde embriones, pero permite prácticas como la consejería genética en el ámbito terapéutico y de investigación científica.
Colombia	La política pública plantea como referentes tres enfoques: de derechos, de diferencias y diversidades que generan desigualdad y el enfoque de género. Además, se basa en los principios de la dignidad humana, la autonomía reproductiva y la justicia distributiva. La resolución 8430 de 1993 exige un consentimiento informado de la mujer y su cónyuge o compañero, además la resolución 3199 de 1998 indica que el proceso para la toma de decisiones debe ser libre e informado. Según el decreto 1546 de 1998 la donación de gametos debe ser altruista y no se permite ninguna forma de compensación o retribución económica. También fija los requisitos de salud para los donantes de gametos, y los criterios para su descarte.
Costa Rica	En los Artículos 7º, 16 y 17 del Decreto Ejecutivo 39210-MP-S, menciona que el Ministerio de Salud tiene la obligación de elaborar la Norma Técnica que establezca los lineamientos pertinentes para la práctica de la FIV, la conservación de los gametos, la habilitación y el funcionamiento de los centros de salud que aplicarán esta técnica de reproducción asistida. En su Artículo 15 indica que se debe constar por escrito con un Consentimiento informado, que luego de recibir información completa y clara sobre el tratamiento, las personas destinatarias de la FIV deberán emitir su consentimiento libre, voluntario e informado antes de la aplicación de la técnica, en el que aceptan someterse al tratamiento. El Artículo 72 del Código de Familia (Ley 5.476) indica que la inseminación artificial de la mujer con semen del marido, o de un tercero con el consentimiento de ambos cónyuges, equivaldrá a la cohabitación para efectos de filiación y paternidad. Dicho tercero no adquiere ningún derecho ni obligación inherente a tales calidades.
México	La ley general de investigación para la salud en su artículo 42, asegura que todos los procedimientos deben ser informados y consentidos mediante una carta firmada por la mujer y su cónyuge o concubinario. Este requisito no solo protege la autonomía de la paciente, sino que también prohíbe cualquier procedimiento no autorizado previamente. Además, la ley aborda directamente la seguridad y el bienestar de los pacientes al ordenar medidas para prevenir la violencia obstétrica y garantizar una atención integral. Se reconoce el derecho a la protección de la salud física y psicológica, lo que incluye el apoyo psicológico a lo largo de todo el proceso. En cuanto a filiación, su regulación recae en los distintos estados que forman la unión.

Panamá	El documento no aborda explícitamente ningún principio ético relacionado con las TRA. No se exige un consentimiento informado para las TRA en específico. El código penal prohíbe la clonación y la modificación genética, además no se permite fecundar óvulos con otro fin que no sea de reproducción.
Perú	La Ley General de Salud N.º 26.842, en su artículo N.º 7, reconoce el derecho a acceder a tratamientos para la infertilidad, siempre que la madre gestante y la madre genética sean la misma persona. Para la realización de estos procedimientos, se exige el consentimiento informado de los padres biológicos. Asimismo, la ley prohíbe la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos.
Uruguay	Requiere un consentimiento informado del o los progenitores, el cual debe ser ratificado al momento de la inseminación o implantación y que de todas formas puede ser revocado hasta antes de la fecundación del óvulo. Si existe un consentimiento previo, también entrega la posibilidad de utilizar gametos o transferir embriones de personas que hayan fallecido hasta los 365 días posteriores del deceso. La normativa define los principios y requisitos de la donación de gametos, la cual debe ser anónima y altruista y sólo podrá ser realizada por mayores de 18 años que acrediten buen estado de salud psicofísica. La donación no genera vínculos filiatorios, pero sí los receptores tienen derecho a obtener información general del fenotipo del donante. Por otro lado, prohíbe la investigación con embriones generados por estas técnicas, aunque sí permite experimentar con gametos con el fin de mejorarlas. La clonación y aquellos procedimientos dirigidos a alterar o transformar la especie humana están prohibidas.
Venezuela	El Artículo 204 del Código Civil indica que el marido no puede desconocer al hijo alegando su impotencia, a menos que sea manifiesta y permanente. El desconocimiento no se admitirá, aun en ese caso, cuando la concepción ha tenido lugar por la inseminación artificial de la mujer con autorización del marido.

Desde el punto de vista de los principios éticos y de derechos humanos, la legislación Argentina está explícitamente vinculada a principios como dignidad, libertad e igualdad, y se reconoce el derecho a la maternidad/paternidad y a formar una familia en el marco del derecho a la salud. De manera similar en Colombia, la política se basa en el enfoque de derechos, la dignidad humana y la autonomía reproductiva.

El consentimiento informado es un requisito ético y legal fundamental en la mayoría de las legislaciones de reproducción asistida. En Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay se exige de manera obligatoria.". En cuanto a la revocación del mismo, en Argentina está estipulado hasta antes de la inseminación o implementación, mientras que en Uruguay lo es hasta antes de la fecundación del óvulo. En Brasil el documento debe detallar aspectos médicos, legales y éticos.

En cuanto a la filiación, las leyes varían. En Argentina, la filiación está determinada por la "voluntad procreacional" que se demuestra al firmar el consentimiento informado. En Perú

se reconoce la filiación sólo si la madre gestante y la madre genética son la misma persona. En Chile la filiación queda determinada por las dos personas que se sometieron a estas técnicas, al igual que en Costa Rica donde además agrega que es independiente de quien fue el donante. En Uruguay se establece que la donación de gametos no implica ningún vínculo filiatorio, el cual recae en quienes decidieron realizar estas técnicas.

La donación de gametos (óvulos y espermatozoides) y embriones es un tema regulado en varios países, principalmente bajo los principios de anonimato y altruismo. En Argentina, Colombia y Uruguay no puede ser lucrativa ni involucrar compensaciones económicas. En Uruguay además se permite que quienes reciban estas donaciones sepan de las características fenotípicas del donante. El Estado de México en su "Código civil para el Estado de México" indica que la inseminación artificial se debe efectuar con esperma proveniente solo de bancos o instituciones legales.

Las legislaciones de los países también imponen límites éticos y científicos claros. Por ejemplo, la clonación humana está explícitamente prohibida en Chile, Panamá, Perú y Uruguay. Perú y Panamá también prohíben la fecundación de óvulos con fines distintos a la reproducción. Se observa un consenso regional en torno a la no manipulación de la especie humana y la protección del embrión.

En México la situación es un tanto especial ya que, con el fin de remediar la ausencia de una regulación federal en cuanto a la filiación, distintos estados han incluido disposiciones relacionadas a estos procedimientos en código civiles o familiares locales. Por ejemplo, Ciudad de México mediante el "Código Civil para el distrito federal" considera en sus artículos 162, 293, 326 y 329 la libre elección de descendencia incluyendo tratamientos de reproducción asistida, lazos de consanguinidad producto de este mismo, la nula posibilidad de impugnar la paternidad por hijos que fueron concebidos durante el matrimonio mediante fecundación asistida. Jalisco en el "Código Civil del Estado de Jalisco" artículos del 456 y 457 estipula que son considerados hijos del matrimonio todos aquellos nacidos dentro de las fechas de matrimonio legal o post separados los cónyuges por orden judicial y siempre que no se hubiere practicado el examen de gravidez en la mujer, ya que de resultar negativo no se imputará al ex cónyuge la paternidad. Michoacán en el "Código familiar para el estado de Michoacán" artículos 149 y 327 señalan que los matrimonio en común acuerdo tienen derecho a elegir cualquier método de reproducción asistida, para lograr su propia descendencia y estipula el parentesco de consanguinidad en aquellos hijos nacidos por TRA. Puebla en el "Código Civil para el estado de Puebla" artículo 477 estipula la relación de consanguinidad entre el hijo producto de la reproducción asistida y los cónyuges o concubinos que hayan procurado el nacimiento. En el Código Civil del Estado de Querétaro,

el artículo 312, fracción III, reconoce como hijos de los cónyuges a aquellos nacidos mediante la aplicación de técnicas de reproducción asistida, siempre que no se haya revocado el consentimiento otorgado para su utilización. Dicho consentimiento queda sin efecto con la disolución del vínculo matrimonial, salvo que ambas partes lo ratifiquen expresamente, permitiendo así que el hijo producto de dichas técnicas sea reconocido como hijo del matrimonio. San Luis de Potosí en el "Código Civil para el estado de Potosí" artículo 1160 y 1474 establecen que no pueden heredar aquellos concebidos después de la muerte, así mismo considera concebidos durante el matrimonio los embriones procreados por voluntad de la pareja con fines de reproducción asistida. Si la viuda ha quedado embarazada por inseminación in vitro, debe poner en conocimiento a la autoridad judicial que conozca de la sucesión, dentro del término de cuarenta días para que lo notifique a los que tengan derecho a la herencia. Sonora, en el "Código de familia para el estado de Sonora" artículos 206 al 208 señala el parentesco voluntario para aquellos nacimientos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida con gametos ajenos autorizadas por los cónyuges o concubinos. El embarazo logrado mediante técnicas de reproducción asistida con la utilización voluntaria de gametos de terceros otorgará la condición de padres biológicos a quienes hayan consentido expresamente en su aplicación. Tamaulipas, en el "Código Civil para el estado de Tamaulipas" artículo 302 señala que, si hubo un consentimiento expreso, el cónyuge varón no puede impugnar la paternidad de los hijos que durante el matrimonio fueron concebidos mediante técnicas de fecundación asistida. Zacatecas en el "Código Familiar del estado de Zacatecas" artículo 246 señala como parentesco por consanguinidad aquel vínculo existente entre los cónyuges o concubinos y el hijo producto de la reproducción asistida. Sinaloa en el "Código familiar del estado de Sinaloa" señala que existe parentesco de consanguinidad entre el hijo producto de este método y los progenitores. En el estado de Coahuila, la Ley para las Familias de Zaragoza, en sus artículos 367 a 374, establece que en los casos de fecundación asistida heteróloga no se generará ningún vínculo filiatorio entre la hija o el hijo nacido y el donante de los gametos.

Tabla 7: Detalle por país sobre acreditación de prestadores de TRA en su legislación

País	Detalle
Argentina	La resolución 1305/2015 establece los requisitos obligatorios de habilitación y las normas mínimas de los establecimientos sanitarios destinados a realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida. Incluye lo que deben cumplir tanto los Centros de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, los Centros de reproducción médicamente asistida de alta complejidad y los Bancos de Gametos (Semen y Ovocitos).
Brasil	Ordenanza N°426/2005 entrega directrices para la organización e implementación de la Política Nacional de Atención Integral en Reproducción Humana Asistida en todos los

	niveles del Sistema Único de Salud (SUS), con gestión compartida entre el Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud Estatales y Municipales. Además, busca fomentar la creación de centros públicos de reproducción asistida en todo el país. La iniciativa incluye la capacitación de profesionales de la salud y la regulación de procedimientos mediante protocolos de conducta, derivación y contra derivación.
Chile	La Resolución Exenta N.º 277 de 2011 entrega directrices que deben cumplir los prestadores de salud en relación con la calidad de atención exigida por ley, a fin de incorporar estos tratamientos en su cartera de prestaciones y poder atender a pacientes que utilicen esta modalidad. No existe una regulación específica para los centros que realicen TRA.
Colombia	El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud dictaminan las medidas para la vigilancia, inspección y control de los centros médicos que realicen el diagnóstico y tratamiento. Los distintos establecimientos además se rigen por la resolución 3199 de 1998 en la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para su funcionamiento. También el decreto 1546 de 1998 define las mínimas condiciones que deben cumplir las Unidades de Biomedicina Reproductiva y los Bancos de Gametos/Embriones, exigiendo su vinculación a instituciones de salud autorizadas o el cumplimiento de requisitos específicos para funcionar de manera independiente. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud también deben crear un registro único de centros autorizados para realizar estos procedimientos, incluyendo los bancos de gametos y/o embriones.
Costa Rica	Respecto de los establecimientos y servicios entregados, los artículos 19, 20, 22 y 23 de la Ley Marco Fecundación In Vitro, expediente 18.824 establece los requisitos de capacitación y experiencia de los equipos de profesionales que trabajen en estos centros o servicios sanitarios, que los establecimientos de salud tendrán que ser debidamente autorizados por el Ministerio de Salud, acatando las disposiciones para su funcionamiento, que todo establecimiento de salud, dedicado a la fecundación in vitro, será inspeccionado periódicamente, de manera independiente, y objetiva por el Ministerio de Salud. El incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta ley, faculta al Ministerio de Salud, a cancelar el permiso sanitario de funcionamiento debiendo remitir el asunto en forma inmediata al Ministerio Público y al colegio profesional respectivo, para establecer las sanciones procedentes.
Nicaragua	Norma Técnica N.º 053, publicada en el año 2010 establece los criterios que regulan las TRA en el ejercicio profesional del personal de salud que labora en establecimientos autorizados por el Ministerio de Salud. Esta normativa tiene carácter obligatorio. Dentro de esta norma se definen cuáles son las TRA y el cómo deben practicarse.
Uruguay	Decreto N° 69/014 establece los requerimientos específicos para la habilitación de los establecimientos en lo referente a condiciones, equipamiento y recursos humanos especializados con que deben contar.

En cuanto a la acreditación de los prestadores de TRAs dentro de la legislación de los distintos países, se distinguen dos enfoques principales: por un lado, aquellos que cuentan con una regulación específica y detallada; y por otro, aquellos cuya normativa se limita a establecer directrices generales o menos precisas. Dentro del primer grupo se encuentran

Argentina, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Uruguay, quienes mediante su normativa legal, buscan establecer requerimientos específicos para la habilitación de los establecimientos, lo que incluye mantención de las condiciones de la infraestructura y equipamiento, normas técnicas claras para los procedimientos y capital humano idóneo para los centros, llegando incluso a establecer sanciones o cancelación de permisos sanitarios de funcionamiento en caso del incumplimiento de las disposiciones.

En el otro grupo se encuentra Brasil, que promueve la creación de centros públicos y regula los procedimientos a través de protocolos y derivaciones, aunque sin establecer una normativa específica para los centros, a diferencia de los casos mencionados anteriormente. De manera similar, Chile dispone de directrices de calidad aplicables a los prestadores de salud en general, pero carece de una regulación legal concreta orientada a los centros que realizan TRAs.

Tabla 8: Detalle por país sobre tipificación de delitos relacionados a TRA en su legislación

País	Detalle
Brasil	En la Ley de Bioseguridad 11.105/2005, su Art 24 considera un delito penal utilizar un embrión humano en desacuerdo en lo que dispone el Art. 5 de esta Ley que señala que se permite, para fines de investigación y terapia, la utilización de células tronco embrionarias, obtenidas de embriones humanos producidos por fertilización in vitro y no utilizados en el respectivo procedimiento, siempre que sean embriones inviables y sean embriones congelados con una antigüedad de 3 años o más. Las penas de prisión van de 1 a 3 años además de multas. La resolución de la CFM N° 2.320/2022, indica que no pueden aplicarse con la intención de seleccionar el sexo ni ninguna otra característica biológica del futuro hijo, excepto cuando se pretenda prevenir enfermedades en el feto. Prohíbe la fecundación de ovocitos humanos con cualquier fin distinto a la procreación humana, el número máximo de ovocitos y embriones que se transferirán a la receptora no puede exceder de cuatro y en el caso de embarazos múltiples resultantes de la utilización de técnicas de reproducción asistida, queda prohibida la utilización de procedimientos encaminados a la reducción embrionaria. (art 5, 6, 7 y 8 respectivamente).
Colombia	El código penal determina que en caso de inseminación o transferencia de óvulo fecundado sin consentimiento se arriesgan penas de 2 a 6 años en la cárcel, y si la afectada es menor de 14 años puede aumentar hasta la mitad. Si el culpable fuera un profesional de la salud, no podría ejercer su profesión hasta el término de la condena.
Costa Rica	Según la Ley Marco de Fecundación In Vitro, expediente N°18824, artículo 24, los delitos previstos en el presente título son todos de acción pública: Destrucción de embriones humanos (art 25) destrucción culposa de embriones humanos (art 26), manipulación prohibida de embriones humanos(art 27), disposición de gametos (art 28), fecundación artificial sin consentimiento (art 29) y donación y comercialización de embriones, gestación en sustitución (art 30) serán sancionados con prisión con penas que van desde los 6 meses

	hasta los 8 años dependiendo del delito cometido. Además, el artículo 31 de la Ley, otorga responsabilidad profesional al representante del centro médico o al funcionario que realiza dichas técnicas o prácticas sancionadas, inhabilitándolo para el empleo o cargo público, profesión u oficio por 2 a 6 años e imponiendo penas de prisión de 4 a 10 años. Las medidas precautorias y las sanciones administrativas, correspondientes a las infracciones administrativas previstas en esta ley serán impuestas por el Ministerio de Salud (art 32) quienes calificarán las infracciones como leves, graves o muy graves (art 35) y, sin perjuicio de las sanciones penales que correspondan, serán sancionados con multa de cincuenta salarios base (infracción leve) por cada infracción comprobada, a la persona física o jurídica que incurra en una infracción y hasta mil veces el salario base (infracción muy grave) (art 36).
Ecuador	El Código Orgánico Integral Penal establece en su artículo N.º 164 la prohibición de la inseminación no consentida, señalando que quien insemine artificialmente o transfiera un óvulo fecundado a una mujer sin su consentimiento será sancionado con una pena privativa de libertad de cinco a siete años. Por su parte, el artículo N.º 214 prohíbe la manipulación genética con fines distintos a la prevención o tratamiento de enfermedades, sancionando estas conductas con penas de prisión. Asimismo, establece la prohibición de aplicar terapia génica en células germinales cuando su finalidad no sea combatir una enfermedad, contemplando en este caso una pena de hasta siete años de cárcel.
El Salvador	El Código Penal de la República de El Salvador, en su Capítulo III referido a la inseminación artificial y la experimentación, establece en el artículo N.º 156 que quien insemine artificialmente a una mujer sin su consentimiento será sancionado con una pena mínima de cuatro años de prisión. Por su parte, el artículo N.º 157 dispone que quien altere fraudulentamente las condiciones pactadas para realizar una inseminación artificial, o consiga el consentimiento mediante engaños o falsas promesas, será sancionado con una pena de prisión de seis meses a dos años.
Guatemala	El Código Penal de Guatemala, en su Capítulo V sobre los delitos relacionados con la inseminación, establece en el artículo N.º 225 'A' que quien procure el embarazo de una mujer, sin su consentimiento, utilizando técnicas médicas o químicas de inseminación artificial, será sancionado con una pena de prisión de dos a cinco años e inhabilitación especial de hasta diez años. Esta pena se agrava si la víctima sufre lesiones graves o si el acto ocasiona su muerte. Por su parte, el artículo N.º 225 'B' dispone que se impondrá una pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial de hasta diez años a quien altere fraudulentamente las condiciones pactadas para realizar una inseminación artificial o logre el consentimiento mediante engaño o falsas promesas. Finalmente, el artículo N.º 225 'C' establece una pena de uno a tres años de prisión e inhabilitación especial de hasta diez años para quien, incluso con el consentimiento de la mujer, realice en ella experimentos destinados a provocar un embarazo. No se consideran experimentos, sin embargo, los diversos intentos para lograr la concepción que se realicen conforme a técnicas previamente experimentadas y aprobadas.
Honduras	El código penal hondureño (Decreto 130-2017) en su artículo N° 172 tipifica la manipulación genética agravada. Este artículo no penaliza las TRA siempre y cuando estas se realicen con consentimiento informado ya que estas prácticas quedan explícitamente excluidas de esta categoría penal.
Nicaragua	El Código Penal de Nicaragua tipifica en su artículo N.º 188 el delito de inseminación

	artificial sin consentimiento, realizada mediante técnicas médicas o químicas, estableciendo las penas de prisión correspondientes, así como los agravantes que pueden aumentar la condena. Por su parte, el artículo N.º 189 sanciona la inseminación artificial fraudulenta, también con penas de cárcel. En ambos casos, se contempla la suspensión del ejercicio profesional del responsable, por un período que puede variar entre 5 y 10 años. Finalmente, el artículo N.º 346 sanciona el tráfico de órganos y tejidos humanos, incluyendo expresamente el tráfico de gametos, cigotos o embriones. La pena contempla años de prisión, además de la inhabilitación para ejercer la profesión, oficio o cualquier actividad relacionada con el delito.
Panamá	El código penal en su artículo 144 indica que quien practique reproducción asistida en una mujer, sin su consentimiento, será sancionado con la pena de prisión de dos a seis años. También existen penas para aquellos que fecunden óvulos humanos con un fin distinto a la procreación (6 a 10 años)

Los delitos vinculados con las TRA pueden clasificarse en distintas categorías dentro de las legislaciones de los países latinoamericanos. Entre ellos, el más comúnmente tipificado es la inseminación o transferencia sin consentimiento, contemplada en países como Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Las sanciones establecidas varían de manera significativa, desde penas de seis meses de prisión en Costa Rica hasta siete años en Ecuador. En algunos países, además, se contemplan agravantes cuando la víctima es menor de edad o cuando el procedimiento ocasiona lesiones o incluso la muerte, como sucede en Guatemala y Colombia.

La manipulación genética y de embriones con fines no terapéuticos se encuentra prohibida en países como Brasil, Ecuador, Honduras y Panamá. En relación a la destrucción de embriones y a la gestación por sustitución, Costa Rica es el único país de la muestra que tipifica expresamente estos delitos.

Por su parte, El Salvador, Guatemala y Nicaragua sancionan la alteración fraudulenta de las condiciones pactadas para una TRA, así como la obtención del consentimiento mediante engaño, con penas que oscilan entre seis meses y dos años de prisión.

Asimismo, Costa Rica y Nicaragua penalizan el tráfico de gametos, cigotos o embriones, al incluirlos dentro de los delitos de tráfico de órganos y tejidos humanos.

En cuanto a la responsabilidad profesional, algunas legislaciones prevén, además de penas de prisión, la inhabilitación temporal para el ejercicio de la profesión del responsable (ya sea médico o funcionario), como ocurre en Colombia, Costa Rica, Guatemala y Nicaragua. Finalmente, Costa Rica, a través del Ministerio de Salud, contempla también sanciones administrativas, entre ellas multas que pueden alcanzar montos muy elevados.

Con el objetivo de analizar la disponibilidad y el nivel de cobertura de las TRA en aquellos países de América Latina que cuentan con un marco regulatorio para esto, se procedió a la sistematización de la información mediante tablas comparativas. En la Tabla N°9 se presentan las TRA de baja complejidad, mientras que la Tabla N°10 están las técnicas de alta complejidad, para así visualizar de manera comparativa las prestaciones ofrecidas con cobertura estatal en estos países.

Tabla 9: Acceso y cobertura de diferentes TRA de baja complejidad en países que cuentan con acceso y financiamiento.

País	Técnicas de Reproducción Asistida Baja Complejidad			
	EO	CP	CS	IA
Argentina	SI	SI	SI	SI
Brasil	NO	SI	NO	SI
Chile	SI	SI	SI	SI
Colombia	NO*	NO*	NO*	NO
Costa Rica	SI	NO	SI	SI
Uruguay	SI	SI	SI	SI

EO: Estimulación Ovárica, CP; Coito Programado, CS; Capacitación de Semen, IA: Inseminación Artificial.
*Colombia, amparado bajo la Ley 1953, permite la formación de asociaciones público-privadas. Sin embargo, dicha legislación no contempla una definición específica para las TRA de Alta complejidad, por lo que no se detalla cuál de estas técnicas están incluidas ni cómo se debe proceder en su aplicación con excepción de la FIV y la ICSI , que figuran expresamente dentro del listado de procedimientos excluidos de financiamiento estatal en la resolución N°2273.

En la Tabla N°9, se observa que Argentina, Chile y Uruguay garantizan acceso y cobertura de todas las TRA de baja complejidad tanto en el sistema público como en el sistema privado. En contraste, Brasil destaca como el único país que no contempla regulación en el acceso y cobertura a la EO. Por otro lado, Costa Rica no hace referencia en su legislación al Coito Programado siendo esta una omisión específica en la norma.

Tabla 10: Cobertura de diferentes TRA de alta complejidad en países que cuentan con acceso y financiamiento.

País	Técnicas de Reproducción Asistida Alta Complejidad							
	FIV	ICSI	TE	Impl.	DGP	CrioP	DE	TIG
Argentina	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Brasil	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO
Chile	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI
Colombia	NO	NO	NO*	NO*	NO*	NO*	NO*	NO*
Costa Rica	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO
Uruguay	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

FIV: Fecundación in Vitro, ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides, TE: Transferencias de Embriones, Impl: Implantación, DGP: Diagnóstico Genético Preimplantar, CrioP: Criopreservación, DE: Donación de Embriones, TIG: Transferencia Intratubárica de Gametos.

*Colombia, amparado bajo la Ley 1953, permite la formación de asociaciones público-privadas. Sin embargo, dicha legislación no contempla una definición específica para las TRA de Alta complejidad, por lo que no se detalla cuál de estas técnicas están incluidas ni cómo se debe proceder en su aplicación con excepción de la FIV y la ICSI , que figuran expresamente dentro del listado de procedimientos excluidos de financiamiento estatal en la resolución N°2273.

Según los resultados presentados en la Tabla N°10, Uruguay se posiciona como el único país de latinoamérica que garantiza tanto el acceso como la cobertura para la totalidad de las TRA de alta complejidad analizadas en esta investigación. Destaca, además, por ser el único país que incluye dentro de su sistema de salud el DGP, una técnica que permite detectar alteraciones genéticas graves o incompatibles con la vida antes de la implantación del embrión.

En contraste, en el resto de los países evaluados, el DGP solo está disponible en el ámbito privado y carece de una regulación específica dentro de los marcos normativos vigentes. Por su parte, Chile es el único país de la muestra que no contempla normativa alguna respecto a la donación de embriones como parte de las TRA. Brasil, en tanto, no presenta una definición clara sobre el acceso ni la cobertura de la implantación embrionaria como técnica de alta complejidad. Finalmente, Costa Rica muestra importantes limitaciones en este ámbito, al no garantizar el acceso a varias técnicas clave como la ICSI, la implantación, el DGP y el TIG.

VI. Discusión

El objetivo de esta investigación fue explorar y comparar los marcos legales de los países latinoamericanos en relación con las TRA. El hallazgo más relevante es la marcada

diversidad y heterogeneidad en la regulación, se pueden encontrar marcos legales muy integrales y completos. Y en contraste, países con una total ausencia de regulación lo que genera un vacío normativo a pesar de que los procedimientos se llevan a cabo de igual manera. Esta disparidad regulatoria nos permite clasificarlas en 4 modelos principales: marcos integrales, legislaciones fragmentadas, otras enfocadas en lo penal y la total ausencia de normativa.

A. Enfoque Regulatorio

Las leyes son el instrumento legal de mayor jerarquía después de las constituciones políticas y su rango superior ofrece una mayor estabilidad, seguridad jurídica e independencia de los gobiernos de turno. (Martin, 2011)

Dentro de los países latinoamericanos que cuentan con una legislación más completa, integral y consolidada encontramos Argentina y Uruguay. Ambos países han desarrollado una ley específica para esta temática que establece los principios generales, los derechos y deberes fundamentales y una serie de decretos y resoluciones que norman y reglamentan los aspectos más específicos y operativos como los medicamentos aprobados, la cantidad de ciclos que asegura la cobertura gratuita o que serán reembolsados. El enfoque de ambas leyes está basado en el respeto a los derechos reproductivos de la población y el derecho a formar una familia, incluyen también principios de autonomía, no discriminación, y un fuerte componente de salud pública y equidad. Colombia por su parte si bien tiene una ley y una política pública al respecto, carece de la reglamentación plenamente detallada para su implementación, y por ejemplo no especifica ni criterios de elegibilidad ni determina quiénes ni cómo pueden acceder a él (Pabón, 2017).

El resto de la región no cuenta con una ley específica, al contrario, toda su normativa - si existe- se encuentra dispersa en distintos cuerpos legislativos, decretos y resoluciones. En este grupo se encuentran países como Chile, Brasil, México y Costa Rica. La ausencia de una ley marco, genera el riesgo de contradicciones, que se superpongan distintas regulaciones o que incluso ocurran vacíos legislativos (Flores, 2014).

Sin embargo, la no existencia de una ley integral no significa la ausencia de discusión legislativa sobre el tema. En Perú, por ejemplo, el debate sobre la necesidad de una ley que regule las TRA ha estado presente desde hace varios años. Existen proyectos legislativos bien fundamentados —como los proyectos de ley 3313/2018, 3404/2018 y 3542/2018— que aún no han sido aprobados por el Congreso (Dictamen 06-2020-2021/CSP-CR que garantiza el acceso a técnicas de reproducción humana asistida., 2020). De manera similar, en Chile

existe un proyecto de ley que modifica el Código Sanitario, para incorporar entre los servicios de los profesionales que señala, la adopción de acciones para prevenir la infertilidad (Modifica el Código Sanitario, para incorporar entre los servicios de los profesionales que señala, la adopción de acciones para prevenir la infertilidad, 2024).

Otro ejemplo interesante dentro del contexto latinoamericano es México, país de organización federal que ha impulsado diversas propuestas normativas en materia de TRA a nivel nacional. En el año 2012, se presentó una iniciativa para la creación de un marco legal general sobre TRA, centrado especialmente en la protección del embrión desde una perspectiva bioética (Gaceta Parlamentaria, año XV, número 3495, viernes 20 de abril de 2012, 2012). Posteriormente, en 2013, se formuló una propuesta de reforma a la Ley General de Salud, esta vez con un enfoque en el derecho a formar una familia, la autonomía reproductiva y la igualdad de acceso (Gaceta Parlamentaria, año XVII, número 3911-VI, jueves 21 de noviembre de 2013, 2013). En 2021, se intentó nuevamente avanzar en esta materia mediante una iniciativa que buscaba modificar tres cuerpos normativos de forma conjunta: la Ley General de Salud, la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y el Código Civil Federal, con el objetivo de regular integralmente la reproducción asistida. Finalmente, en 2025 se propuso reformar los artículos 61 y 64 de la Ley General de Salud, incorporando la creación de un Registro Nacional de Prestadores de TRA y la penalización de prácticas clandestinas (Iniciativa que reforma y adiciona los artículos 61 y 64 de la ley general de salud, 2025). Sin embargo, ninguna de estas iniciativas ha logrado ser aprobada, lo que evidencia una falta de avance normativo concreto en esta materia.

El caso de Costa Rica, por otro lado, es una situación excepcional al ser el único país del mundo que por 16 años prohibió la fertilización in vitro (FIV), decisión fuertemente influenciada por argumentos religiosos predominantes tanto en la población como en sus representantes políticos. Esta medida generó una controversia internacional que culminó con una demanda ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en 2011, la cual concluyó que el país había violado varios derechos fundamentales, incluyendo el derecho a la vida privada, a formar una familia, y a la no discriminación (Montes, 2004). La CIDH en 2012 falló en contra de Costa Rica, ordenando legalizar y reglamentar la FIV en un plazo de seis meses. Sin embargo, el Congreso no logró avanzar en ninguna de las propuestas legislativas, debido a disputas sobre temas como la donación de gametos, la criopreservación de embriones, y el acceso de mujeres solteras o parejas homosexuales. En 2015, tras tres años de inacción, el Estado presentó un Decreto Ejecutivo que regulaba la FIV, pero este fue nuevamente impugnado por sectores conservadores y suspendido por la Sala

Constitucional. La CIDH volvió a intervenir en 2016, exigiendo al Estado garantizar el acceso al procedimiento. Finalmente, se reconoció que, ante la falta de ley, el Decreto Ejecutivo n.º 39210-MP-S era una medida válida para cumplir con la sentencia. La prohibición se levantó oficialmente, y en marzo de 2017 nació la primera niña por FIV. El Decreto sigue vigente hasta hoy como garante del acceso a la FIV (Serrano, 2024).

Otro grupo de países poseen una normativa principalmente penal con una regulación centrada en la prohibición y el control más que en la promoción del acceso como un derecho. Dentro de este grupo están países como Ecuador, El Salvador, Guatemala y Honduras, donde se tipifican delitos relacionados con la inseminación forzada.

En el otro extremo están aquellos países que en sus cuerpos legales no tienen ninguna referencia a la reproducción asistida, entre los que encontramos a Bolivia y Paraguay.

Más allá de la jerarquía legal, la regulación de las TRA en Latinoamérica también está influenciada por determinantes sociales como la estructura política, la situación económica y los indicadores demográficos (Bote, 2019). En cuanto al sistema político en latinoamérica existen tres países federales que son Argentina, Brasil y México. En el caso de Argentina, la Ley 26.862 establece un marco normativo de aplicación nacional, garantizando uniformidad en el acceso y regulación de las TRA en todos los estados del país. En contraste, México presenta un escenario más fragmentado: si bien existen disposiciones generales a nivel federal, el diseño e implementación de políticas públicas sobre fertilización asistida recaen parcialmente en los gobiernos estatales lo que genera una regulación desigual, donde las entidades federativas poseen la facultad de legislar de manera autónoma en ciertas materias cuando no existe una normativa nacional unificada. En el caso de las TRA, esta autonomía ha permitido que algunos estados avancen en la formulación de sus propias regulaciones locales, a pesar de la ausencia de una legislación general vigente. De los 32 estados mexicanos (31 estados y la Ciudad de México), al menos 11 han promulgado leyes locales o han incorporado disposiciones normativas en materia de TRA: Estado de México, Jalisco, Michoacán, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Zacatecas y Sinaloa. Este fenómeno revela que la necesidad de regulación en torno a las TRA es concreta y sentida a nivel territorial. Sin embargo, también evidencia que el poder legislativo federal no ha logrado articular una respuesta normativa integral que atienda las demandas reproductivas de la población mexicana en su conjunto, generando una fragmentación legal que puede derivar en desigualdades en el acceso, calidad y garantías de los tratamientos según la región.

En Brasil, en cambio, la fertilización asistida está reconocida como parte del derecho a la salud y a la planificación familiar, ambos protegidos por la Constitución Federal**.** Sin embargo, no existe una ley específica que regule integralmente las TRA. En su lugar, la práctica es regulada por resoluciones del Consejo Federal de Medicina (CFM) y por políticas públicas del Ministerio de Salud. Desde 2005, se han implementado normativas que integran la reproducción asistida al sistema de salud y aunque el Sistema Único de Salud (SUS) ofrece servicios de TRA desde 2012, la cobertura es limitada e irregular. Sólo hay alrededor de 11 centros públicos repartidos en distintas zonas del país que realizan FIV, lo que genera listas de espera extensas (de incluso hasta 5 años), y no asegura el acceso universal a la reproducción asistida que el SUS compromete. El financiamiento estatal ha sido puntual, sin garantía de continuidad ni expansión de los servicios (Brasil. Ministério da Saúde, 2012).

En el plano económico, países como Chile con un PIB per cápita de US$ 16 681 y Panamá con US$ 17 953 que, si bien presentan un ingreso elevado en el contexto regional y han avanzado en garantizar el acceso y cobertura de tratamientos, aún no cuentan con una legislación estructural emanada del poder legislativo que regule integralmente estas prácticas. Por otro lado, no sorprende que países de ingresos bajos a nivel latinoamericano —como Honduras (PIB per cápita US$ 2 625), Bolivia (PIB per cápita US$ 3 447) o Guatemala (PIB per cápita US$ 4 929)— no hayan priorizado dentro de sus agendas sanitarias ni en la formulación de políticas públicas la regulación de una condición médica de alto costo como lo es la infertilidad. Sin embargo, resulta destacable el caso de Nicaragua, que, a pesar de tener el ingreso per cápita más bajo de la región (PIB per cápita US$ 2 142) ha realizado esfuerzos por desarrollar una legislación en esta materia basado en normas, pese a que los intentos por crear una ley central no han logrado avances significativos en el congreso. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023a)

La priorización de la infertilidad en la agenda de salud pública parece estar relacionada no solo con el ingreso per cápita, sino también con los indicadores demográficos. Países con las tasas de fecundidad más altas de la región como Bolivia (2,5 hijos por mujer), Honduras (2,45 hijos por mujer) y Paraguay (2,39 hijos por mujer) según los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2023b), no perciben a la infertilidad como un problema de salud pública de alta prevalencia al corto plazo. La presión por regular y financiar las TRA en estos contextos es baja y dado su alto costo es relegada a un segundo plano. En contraste países que enfrentan un descenso marcado en sus tasas de natalidad, con valores bajo incluso la tasa de reemplazo generacional para países desarrollados

(Smallwood & Chamberlain, 2005) han optado por políticas públicas que promuevan el nacimiento de nuevos habitantes a través de la regulación y la cobertura de estas técnicas.

B. Definición y Clasificación de TRA:

Cuando se abordan conceptos complejos como lo son las TRA, resulta fundamental contar con una definición y clasificación legal clara y unificada. Una definición sólida no solo establece los límites y alcances de las técnicas reconocidas por el sistema de salud, sino que también sirve como base para su regulación, fiscalización y coordinación a nivel nacional. La ausencia de una definición legal centralizada puede dar lugar a una interpretación flexible o ambigua por parte de las instituciones prestadoras, lo que, a su vez, puede derivar en problemáticas, tales como grandes variaciones en la prestación de las TRA, diferencias arbitrarias en los costos de los procedimientos y una falta de estándares mínimos en la calidad de la atención (Jimenez González, 2017).

Un ejemplo claro de una legislación detallada es la Ley Uruguaya N° 19.167 "Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida". Esta normativa no solo reconoce explícitamente cada una de las técnicas autorizadas en el país, sino que también establece en su articulado aspectos técnicos y bioéticos fundamentales. Por ejemplo, en el Capítulo II, relativo a la transferencia de embriones y conservación de gametos, el artículo 11 fija límites como el número máximo de ciclos permitidos, la cantidad de embriones que pueden transferirse por intento y las condiciones de conservación o descarte de embriones. Estos parámetros no sólo resguardan la salud y derechos de los pacientes, sino que también garantizan un estándar homogéneo en la práctica clínica.

En contraste, países como Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y Venezuela carecen de una legislación específica que defina y regule las TRA. En estos contextos, la determinación de qué procedimientos están permitidos, cómo se ejecutan y bajo qué criterios éticos se justifican, queda a plena discreción de los centros privados que ofrecen estos servicios. Esto genera un vacío normativo que perpetúa un sistema donde la estandarización y la seguridad del paciente no están garantizadas, pone en riesgo también la transparencia de los procesos médicos, y abre la puerta a posibles vulneraciones e interpretaciones de derechos reproductivos que pueden comprometer la eficacia y ética del tratamiento (Carranza, 2022).

Finalmente, en una zona gris de la definición y clasificación de las TRA encontramos a Colombia, país que ha avanzado parcialmente en la regulación del acceso a las TRA mediante la Ley 1953. Esta legislación promueve la participación de asociaciones público-

privadas para facilitar el acceso a tratamientos, tecnología de punta y personal especializado. No obstante, presenta una limitación significativa: no define con precisión cuáles son las TRA que podrán ser financiadas ni los mecanismos específicos para su implementación.

C. Acceso y Cobertura

Entendiendo que la infertilidad es una condición médica reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a tratamiento en el marco del derecho a la salud de sus habitantes (ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, 2008). Sin embargo, en varios países de América Latina —como Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Perú y Venezuela— observamos la ausencia de una legislación específica sobre TRA generando importantes barreras de acceso. En estos contextos, los tratamientos suelen ofrecerse únicamente a través del sistema privado de salud o según la implementación e iniciativa individual de las instituciones públicas, con costos elevados que excluyen a gran parte de la población y/o con largas listas de espera, acentuando las desigualdades en salud reproductiva.

La equidad en salud y el propósito de que todos tengan una oportunidad justa de lograr plenamente su máximo potencial de salud es abordada en países como Argentina y Uruguay, quienes ofrecen la posibilidad de realizar estos tratamientos en todos los subsectores de sus sistemas de salud, ya sea mediante subvención total o parcial, o mediante reembolsos. En el papel bajo un enfoque igualitarista, el ingreso de las familias no asoma como una limitante para acceder a estos servicios (Vargas et al., 2002)

La ausencia de garantías de acceso y cobertura diluye la responsabilidad pública sobre el resguardo de derechos, y deja la protección del paciente a la voluntad del prestador de servicios, sin una legislación que actúe como límite o garante.

Las TRA de baja complejidad, debido a su menor nivel de técnico y costo, suelen ser más accesibles tanto en el ámbito público como en el privado. No obstante, al revisar los marcos regulatorios de los países que presentan algún grado de legislación sobre acceso y cobertura, se observa que algunas de estas técnicas no están explícitamente mencionadas en sus normativas. Por ejemplo, la capacitación de semen no se encuentra especificada en la legislación brasileña, y el coito programado no aparece regulado en el caso de Costa Rica. Esta omisión impide asumir formalmente que se trate de prestaciones incluidas, aunque en la práctica podrían utilizarse como parte del abordaje clínico inicial o como paso previo antes de escalar hacia técnicas de alta complejidad.

Un aspecto particularmente relevante es la ausencia de cobertura de la estimulación ovárica en Brasil. A diferencia de otras técnicas de baja complejidad, esta requiere el uso de medicamentos hormonales, un monitoreo estrecho por parte de profesionales capacitados y una respuesta clínica adecuada frente a posibles efectos adversos. Por lo tanto, su exclusión del marco regulatorio no sólo limita el acceso equitativo, sino que también puede representar un riesgo potencial para la salud de las pacientes al no contar con lineamientos normativos que aseguren una práctica segura y controlada (Pérez et al., 2019).

Al analizar en detalle las TRA de alta complejidad ofrecidas como prestación en los países latinoamericanos que cuentan con algún grado de regulación en cuanto al acceso y cobertura, se observa que Uruguay posee la definición más completa e integral de estas técnicas en la región. Este país no solo contempla una amplia gama de TRA dentro de su legislación, sino que también incluye el DGP como una prestación garantizada dentro del sistema de salud. En contraste, en el resto de los países con algún nivel de regulación en esta materia, que son Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Panamá, el DGP está disponible exclusivamente en el ámbito privado y carece de una regulación específica dentro de los marcos legales vigentes. Esta situación evidencia una importante desigualdad en el acceso a este tipo de procedimiento, así como una limitada garantía de los derechos reproductivos en el contexto regional.

Desde el punto de vista técnico y clínico, el DGP cumple una función esencial, ya que permite evaluar la viabilidad del embrión antes de su transferencia, detectando la presencia de enfermedades genéticas graves e incluso incompatibles con la vida. Sin embargo, desde una perspectiva ética y bioética, esta técnica plantea desafíos significativos, particularmente en lo que respecta a la definición de conceptos clave como "enfermedad grave" y los criterios que justifican la selección o descarte de embriones. La necesidad de establecer lineamientos éticos claros y consensuados es crucial para evitar decisiones arbitrarias o discriminatorias (Hodge, 2017). En este escenario, Uruguay se posiciona como el país con el marco legislativo más avanzado de la región, al haber abordado tanto los aspectos técnicos como éticos del DGP dentro de su regulación nacional.

Un caso particularmente relevante en el contexto latinoamericano es el de Colombia, cuya normativa presenta una contradicción significativa en relación con el acceso y la cobertura de las TRA. Tal como se abordó en el apartado anterior sobre clasificación y definición de las TRA, la Ley 1953 establece ciertos lineamientos para facilitar el acceso a estos tratamientos, especialmente mediante asociaciones público-privadas. Sin embargo, esta normativa no define de manera explícita cuáles técnicas serán cubiertas ni establece criterios operativos claros para su implementación. En contraposición, la Resolución N° 2273 del año

2021 —que "adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud"— dispone la exclusión explícita de procedimientos fundamentales como la inseminación artificial (considerada de baja complejidad), así como de la fertilización in vitro y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, ambas técnicas de alta complejidad. Esta exclusión revela una clara tensión entre el objetivo político de ampliar el acceso a las TRA a través de un sistema de cobertura, y una realidad normativa que, al excluir del financiamiento estatal técnicas centrales para el tratamiento de la infertilidad, limita tajantemente ese acceso. Colombia, por tanto, representa un ejemplo de avance legislativo parcial que, sin una definición técnica clara ni una coherencia en su política de cobertura, reproduce barreras estructurales para quienes requieren estos tratamientos.

D. Criterios de Elegibilidad

En relación con la condición sexual y/o estado civil de los pacientes que desean acceder a TRA, la legislación en latinoamérica muestra enfoques diversos. En la práctica, en países como Argentina, Uruguay y Costa Rica, las mujeres, independientemente de su orientación sexual, estado civil o situación conyugal, pueden acceder a tratamientos de fertilidad de manera autónoma, con respaldo legal y, en algunos casos, con cobertura parcial o total del sistema de salud. En estos países, se reconoce el derecho individual a formar una familia mediante técnicas médicas, sin que haya restricciones por razones de pareja o vínculo afectivo.

En Chile dado que el Código Civil artículo N°182 establece que la filiación del niño nacido mediante TRA "…quedará determinada respecto de las dos personas que se hayan sometido a ellas", implica una visión binaria y relacional de la parentalidad, se restringe su aplicación con aportes públicos (dentro del sistema público o mediante cobertura financiera para el sistema privado) sólo a parejas que pueden ser hetero u homoparentales excluyendo a mujeres solteras o sin pareja, al no contemplar explícitamente su derecho a acceder a las TRA . La exclusión de mujeres solteras del acceso público a TRA responde también a una problemática ética y jurídica aún no resuelta, relacionada con el debate sobre el supuesto "derecho del niño a tener dos padres al nacer". Este argumento ha dificultado la ampliación del acceso desde una perspectiva de derechos reproductivos. No obstante, en la práctica, las mujeres solteras sí pueden someterse a TRA en clínicas privadas, asumiendo la totalidad de los costos del tratamiento, lo que genera una importante barrera económica y una desigualdad estructural en el acceso a este tipo de terapias. Importante considerar que, en Chile, sólo el 15% del total de ciclos realizados son realizados en el sistema público (Céspedes & Correa, 2021).

E. Aspectos Éticos y Bioéticos

La falta de legislación sobre las TRA también implica vacíos legales en aspectos fundamentales como la filiación, especialmente en los casos que involucran donación de gametos (óvulos o espermatozoides). En estas situaciones, el vínculo entre padres e hijos puede no ser biológico, por lo que se requiere claridad normativa respecto de la responsabilidad parental (Lamm, 2012). En esta investigación se demuestra que países como Argentina, Uruguay y Chile han avanzado en este ámbito: ya sea a través de la modificación de sus códigos civiles o mediante resoluciones ministeriales, estableciendo que las personas que acceden a las TRA y firman el consentimiento informado deben asumir legalmente la responsabilidad parental, impidiendo, por ejemplo, que un progenitor pueda desentenderse posteriormente de sus obligaciones legales hacia el menor.

Un aspecto particularmente destacable dentro del marco legal de Argentina sobre TRA, es el reconocimiento del consentimiento informado como documento jurídicamente vinculante para efectos de establecer la filiación. Esto se conoce como filiación por voluntad procreacional, es decir la intención consciente y libre de una o más personas de tener un hijo y asumir las responsabilidades parentales, independientemente del vínculo genético (Lamm, 2012). En este país, la Ley N° 26.862 y el Código Civil y Comercial regulan expresamente que la voluntad procreacional manifestada mediante el consentimiento informado sustituye al vínculo biológico como base de la filiación. Esto significa que, aun cuando no exista parentesco genético entre el niño nacido por TRA y uno o ambos progenitores (por ejemplo, en casos de donación de gametos o embriones), el consentimiento firmado ante autoridad competente constituye prueba suficiente de la intención de asumir la paternidad o maternidad y conlleva la plena responsabilidad legal.

En contraste, en el resto de los países estudiados en este trabajo que no han desarrollado una legislación estructurada sobre estas técnicas, la determinación de la filiación y la responsabilidad parental queda en manos de los tribunales de justicia. Esta situación genera incertidumbre jurídica y deja en situación de vulnerabilidad a muchas mujeres, especialmente cuando sus parejas, tras haber consentido el procedimiento, intentan desvincularse legalmente de la paternidad. En ausencia de normas claras, la resolución de estos conflictos se judicializa, con resultados que pueden ser injustos, dispares y prolongados (Flores, 2014).

Otro componente especialmente delicado dentro del marco bioético y legal de las TRA es el manejo de embriones y cigotos. En los países donde no existe regulación específica, como Costa Rica, Ecuador, Bolivia, Honduras, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú

y Venezuela, se generan tensiones significativas entre la práctica médica y el orden constitucional. En muchos de estos países, entre ellos también Chile, la vida está protegida legalmente desde el momento de la concepción, lo que entra en conflicto con procedimientos comunes en reproducción asistida, como la donación, destrucción o criopreservación de embriones o el diagnóstico genético preimplantar. La falta de marcos normativos claros impide en estos países regular adecuadamente estas prácticas, y en algunos casos, incluso limita el desarrollo técnico y ético de los centros de fertilidad, al dejar a los profesionales expuestos a sanciones legales o conflictos constitucionales.

F. Acreditación de Prestadores

Hablar de TRA en América Latina no debe limitarse únicamente a la necesidad de legislar, sino que también implica comprender la complejidad técnica, ética y operativa que su implementación conlleva. La creación de una ley consistente con las necesidades reproductivas de la población es apenas el primer paso; para que dicha ley sea verdaderamente efectiva, debe estar acompañada de una red asistencial sólida, una inversión sostenida en infraestructura y tecnología, y un riguroso sistema de fiscalización y acreditación (Carranza, 2022).

Las TRA involucran procedimientos altamente especializados que requieren equipamiento de última generación, laboratorios acreditados, personal capacitado y protocolos clínico-administrativos estrictos que garanticen tanto la seguridad del paciente como la eficacia del tratamiento. La calidad del servicio no puede ser un aspecto secundario, ya que los riesgos técnicos, éticos y psicológicos que implican estos procedimientos hacen imperativo contar con normativas específicas que regulen su práctica. En este contexto, el papel de las autoridades sanitarias es central: deben emitir guías técnicas, protocolos estandarizados y exigencias de acreditación diferenciadas para centros que ofrecen TRA, más allá de las certificaciones sanitarias generales para prestadores de salud (Iglesias & Gonzalvo, 2017).

En América Latina, países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Uruguay han avanzado en establecer mecanismos diferenciados para supervisar y acreditar los centros que ofrecen estas técnicas, ya sea a través de registros nacionales, resoluciones ministeriales o exigencias de certificación con entidades como la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA). Estos países reconocen la especificidad técnica de las TRA y han adoptado estrategias para monitorear y evaluar su implementación con criterios de calidad, indicadores y seguridad clínica.

En contraste, países como Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú y Venezuela presentan un escenario más preocupante. Aunque permiten la oferta de servicios de reproducción asistida en centros privados, carecen de un marco normativo especializado que regule estos procedimientos, lo que significa que los prestadores solo deben cumplir con certificaciones estándar aplicables a cualquier clínica o centro médico, o certificarse internacionalmente no siendo esto último una obligación. Esta situación se repite en diversos países de la región, en donde la práctica de las TRA en el ámbito privado ha avanzado mucho más rápido que la capacidad del Estado para regular, fiscalizar y acreditar estos servicios (Pereira, 2020).

Un ejemplo claro es el caso de Guatemala, donde actualmente existen múltiples centros privados que ofrecen servicios de reproducción asistida. Sin embargo, solo dos de ellos cuentan con certificación internacional REDLARA, mientras que el resto opera sin fiscalización técnica específica, sin seguimiento gubernamental especializado ni garantía de cumplimiento de estándares internacionales.

Esta falta de regulación específica implica una ausencia de fiscalización técnica adaptada a los riesgos y particularidades de las TRA, lo cual puede exponer a los pacientes a prácticas de dudosa calidad, sin mecanismos claros para exigir responsabilidad profesional o reparación en casos de negligencia (Olofsson et al., 2013).

G. Tipificación de Delitos Relacionados a TRA

Es particularmente llamativo que varios países que carecen de una legislación central específica y concretas sobre TRA, como Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, sí han desarrollado tipificaciones penales en torno a conductas asociadas al mal uso de estas técnicas, principalmente enfocadas en la inseminación artificial forzada o fraudulenta. Aunque estas disposiciones no constituyen un marco integral, representan un primer avance en la protección de los derechos reproductivos y la autonomía corporal, especialmente de las mujeres, frente a prácticas abusivas.

Más sorprendente aún resulta el caso de países como Argentina y Uruguay, que cuentan con sistemas normativos robustos y avanzados en materia de fertilización asistida, pero que no han incluido figuras penales específicas para sancionar conductas indebidas asociadas a la aplicación de estas técnicas. Este vacío plantea un desafío, ya que el avance en el acceso y regulación de las TRA no ha sido acompañado por un desarrollo equivalente en su dimensión penal, lo que deja sin respuesta legal específicamente adecuada a situaciones potencialmente peligrosas (de la Cuesta, 2019).

Al observar con mayor detalle, se identifican algunas normativas relevantes: Ecuador penaliza la manipulación genética con fines distintos al tratamiento de enfermedades, imponiendo penas de cárcel; Guatemala sanciona la realización de técnicas experimentales de fertilización incluso con el consentimiento de la paciente; El Salvador tipifica el incumplimiento de las condiciones previamente pactadas para una inseminación artificial; y Nicaragua establece penas por inseminación fraudulenta o sin consentimiento informado.

Sin embargo, al profundizar en el análisis, se constata que Latinoamérica en su conjunto presenta un vacío legal importante en materia penal vinculada a las TRA. Prácticas delictivas ligadas de la clínica como el tráfico de gametos, el uso indebido o la destrucción de embriones, la manipulación no autorizada de material genético, la falta de trazabilidad en la cadena de custodia biológica, o la realización de procedimientos sin protocolos éticos y técnicos definidos, no se encuentran adecuadamente tipificadas en la mayoría de los códigos penales.

Este vacío normativo genera incertidumbre jurídica, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, y abre la puerta a interpretaciones judiciales dispares, en las que muchas veces los tribunales deben adaptar figuras penales generales (como el abuso de confianza, lesiones o estafa) a hechos que claramente requieren un tratamiento jurídico específico. Asimismo, se diluye la capacidad del Estado para establecer responsabilidades claras en contextos de mala praxis, violaciones de consentimiento, fallas en el resguardo del material genético, o disputas sobre la filiación.

H. El Vacío Legal y el Mercado de la Fertilidad

Otro punto importante por abordar es el fenómeno del turismo reproductivo que ha comenzado a adquirir dimensiones preocupantes. El turismo reproductivo ocurre cuando personas o parejas viajan a otros países para acceder a tratamientos de fertilidad que no están disponibles, no son accesibles o están restringidos legal o culturalmente en su lugar de origen. Cuando un país carece de una legislación específica sobre TRA, pero permite que centros de salud privados las ofrezcan, se crea un vacío legal que facilita la instalación de un mercado informal o débilmente regulado. Esto convierte a la reproducción asistida en una oportunidad comercial, más que en un acto médico basado en derechos reproductivos. A simple vista, podría parecer positivo que personas encuentren en otro país una solución para su deseo de ser padres; sin embargo, este escenario trae consigo una serie de riesgos y consecuencias negativas, tanto para los usuarios como para los sistemas sanitarios locales (Álvarez, 2012). En primer lugar, los pacientes que viajan a países sin regulación específica se exponen a condiciones clínicas y técnicas no supervisadas, sin estándares mínimos

obligatorios de calidad, ética o seguridad. Esto puede derivar en prácticas invasivas sin consentimiento informado adecuado, selección genética sin control, implantación de múltiples embriones para aumentar tasas de éxito, y uso indiscriminado de donantes sin trazabilidad ni resguardo legal. Además, en contextos sin legislación robusta, pueden ocurrir situaciones de discriminación por orientación sexual, estado civil o identidad de género, así como explotación económica de mujeres donantes o gestantes en esquemas cercanos al tráfico reproductivo.

Por otro lado, los países receptores también enfrentan consecuencias. La llegada de personas extranjeras con mayor capacidad adquisitiva puede saturar la oferta privada y desplazar la atención hacia quienes pueden pagar más, generando inequidades en el acceso para la población local. En casos extremos, esta demanda puede incluso provocar una "mercantilización de la fertilidad", en la que los recursos sanitarios se orientan más hacia satisfacer un negocio que a resolver problemas de salud pública (Machin, 2022).

VII. Conclusión

La conclusión de este trabajo se articula en torno a tres ejes principales: la marcada heterogeneidad legislativa en el acceso a las TRA en la región, la existencia de vacíos

regulatorios y éticos que comprometen la seguridad y equidad, y la urgente necesidad de una respuesta estatal multidimensional.

1) La revisión del marco normativo en torno al acceso a las TRA en latinoamérica evidencia una marcada heterogeneidad legislativa, particularmente en relación con la condición sexual y/o estado civil de los pacientes. Mientras países como Argentina y Uruguay han adoptado enfoques inclusivos que reconocen el derecho individual a formar una familia, permitiendo el acceso a TRA sin distinción de orientación sexual o situación conyugal, en otros persisten restricciones normativas que reproducen una visión binaria y relacional de la parentalidad, limitando el acceso público a estas técnicas exclusivamente a parejas —ya sean hetero u homoparentales— y excluyendo a mujeres solteras del sistema de financiamiento estatal. Esta exclusión no solo refleja una deuda jurídica respecto del reconocimiento pleno de los derechos reproductivos, sino que también perpetúa una barrera estructural al acceso, al trasladar la posibilidad de tratamiento únicamente al ámbito privado, donde los altos costos limitan su alcance a una minoría. Además, se observa que esta limitación está anclada en argumentos éticos y jurídicos no resueltos, como la supuesta necesidad de que todo niño nazca con "dos padres", lo cual dificulta una discusión centrada en los derechos individuales y en la autonomía reproductiva.

2) Los vacíos regulatorios como la ausencia de una definición legal clara, unificada y técnicamente fundamentada de las TRA constituye un elemento esencial que no permite garantizar su adecuada regulación, fiscalización y aplicación en los sistemas de salud. Cuando hay ausencia de dicha definición, se genera un escenario normativo ambiguo, en el que las instituciones prestadoras de servicios quedan con un amplio margen de interpretación, lo que puede dar lugar a prácticas dispares, cobros arbitrarios, falta de transparencia y una atención sin estándares mínimos de calidad. Esta indefinición afecta directamente la equidad y seguridad en el acceso a tratamientos reproductivos, especialmente en contextos donde la regulación estatal es débil o inexistente. Países como Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú y Venezuela continúan permitiendo la oferta de TRA en centros privados sin un marco normativo adecuado, lo que reproduce un vacío regulatorio peligroso. Este escenario puede facilitar la inequidad en el acceso, aumenta los riesgos clínicos y favorece la consolidación de un mercado médico poco controlado. La práctica de las TRA ha avanzado en la región más rápido que la capacidad institucional para regularlas, lo que evidencia la urgencia de fortalecer las funciones de los Estados en materia de supervisión técnica, acreditación profesional y resguardo de los derechos reproductivos.

En el aspecto Bioético los vacíos regulatorios no solo obstaculizan el acceso equitativo a tratamientos, sino que también comprometen la seguridad de los usuarios, de los profesionales de la salud y de los nacidos por estas técnicas. La ausencia de legislación integral sobre las TRA en varios países de la región refleja la necesidad urgente de avanzar

hacia políticas públicas inclusivas, éticamente informadas y legalmente sólidas, que respondan a los desafíos que plantea la reproducción asistida en el contexto latinoamericano. Resulta prioritario que los países que aún no han regulado integralmente las TRA avancen no solo en la creación de leyes marco, sino también en el fortalecimiento de mecanismos de fiscalización técnica especializada, que aseguren el cumplimiento de estándares clínicos, éticos y de calidad, tanto en el sector público como en el privado. También la falta de tipificación penal específica y actualizada sobre aspectos sensibles de las TRA refleja un rezago regulatorio que compromete tanto la seguridad jurídica como la protección integral de los derechos reproductivos, especialmente en contextos donde estas técnicas se vuelven cada vez más accesibles y frecuentes. La armonización entre los marcos regulatorios sanitarios y penales aparece, por tanto, como una necesidad urgente en la agenda legislativa de la región.

3) El desarrollo de las TRA no puede entenderse únicamente como un desafío legislativo, sino como una problemática multidimensional que exige una respuesta integral de los Estados. La sola promulgación de una ley que reconozca el derecho al acceso a estas técnicas constituye apenas el primer eslabón de algo mucho más complejo, que incluye componentes técnicos, éticos, operativos y sociales. Para que una legislación sobre TRA sea efectiva y tenga impacto real en la vida de las personas, debe estar respaldada por una red asistencial, recursos adecuados, infraestructura especializada y, sobre todo, por un sistema riguroso de fiscalización y acreditación de los centros que ofrecen estas terapias. En este sentido, algunos países de la región —como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Uruguay— han avanzado en generar marcos diferenciados de acreditación, creando registros nacionales, y exigencias técnicas específicas. Estos avances reflejan una comprensión más profunda del carácter técnico y sensible de estas terapias, y la necesidad de abordarlas desde una perspectiva regulatoria especializada.

Es urgente que los países latinoamericanos trabajen no sólo en garantizar el acceso equitativo a las TRA, sino también en armonizar marcos regulatorios, establecer mecanismos de cooperación internacional, y promover legislaciones que protejan a las personas usuarias, a los donantes y al personal sanitario. Solo así se podrá evitar que la búsqueda legítima de la maternidad o paternidad termine convirtiéndose en un campo fértil para la desprotección, la desigualdad y la explotación.

VIII. Glosario

Amenorrea hipotalámica funcional

Condición en la que una mujer deja de menstruar debido a una alteración en el funcionamiento del hipotálamo.

Azoospermia

Trastorno masculino en el que no hay espermatozoides presentes en el semen eyaculado, aunque los testículos pueden estar produciéndose. Puede deberse a obstrucciones, problemas hormonales o fallos en la producción espermática.

Crecimiento folicular anormal

Desviación del desarrollo normal de los folículos ováricos, estructuras que contienen los óvulos. Esta alteración puede afectar la ovulación y es una causa común de infertilidad femenina.

Criptorquidia no corregida

Condición en la que uno o ambos testículos no descienden al escroto de forma natural y no se ha realizado tratamiento quirúrgico para corregirlo.

Cromosomopatías

Enfermedades causadas por anomalías en el número o la estructura de los cromosomas, como el síndrome de Down o el síndrome de Turner.

Epididimitis

Inflamación del epidídimo, el conducto que transporta y almacena espermatozoides en el testículo. Suele estar causada por infecciones bacterianas o de transmisión sexual, y puede provocar dolor e hinchazón.

Enfermedad tubárica

Cualquier alteración en las trompas de Falopio, como obstrucciones, adherencias o infecciones, que puede dificultar el paso del óvulo hacia el útero y causar infertilidad femenina.

Figura jurídica

Categoría legal reconocida por el derecho que otorga personalidad jurídica a una persona, grupo o entidad, definiendo sus derechos, deberes y capacidad de actuar en el marco legal.

Orquitis

Inflamación de uno o ambos testículos, generalmente causada por infecciones virales como las paperas, aunque también puede deberse a bacterias. Puede generar dolor intenso y afectar la fertilidad si no se trata adecuadamente.

Prolactinoma

Tumor benigno de la glándula pituitaria que provoca una producción excesiva de prolactina, una hormona que regula la lactancia. Puede causar alteraciones menstruales, infertilidad y secreción anormal de leche en personas no embarazadas.

Síndrome de ovario poliquístico (SOP)

Trastorno hormonal frecuente en mujeres en edad reproductiva, caracterizado por niveles elevados de andrógenos, ciclos menstruales irregulares, dificultad para ovular, y signos como acné, hirsutismo y ovarios con múltiples quistes en ecografía.

IX. Referencias

Alderotti, G., Vignoli, D., Baccini, M., & Matysiak, A. (2021). Employment Instability and Fertility in Europe: A Meta-Analysis. *Demography*, *58*(3), 871–900. https://doi.org/10.1215/00703370-9164737

Alkorta, I. (2022). *Implicaciones jurídicas de las técnicas de reproducción asistida*. Boletín del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. https://revistas.mjusticia.gob.es/index.php/BMJ/article/view/9267/8863

Álvarez, J. (2012). *Una mirada crítica al turismo reproductivo*. *6*(11). https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/263/263

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. OHCHR. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. OHCHR. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

Balbo, N., Billari, F. C., & Mills, M. (2012). Fertility in Advanced Societies: A Review of Research. *European Journal of Population = Revue Européenne de Démographie*, *29*(1), 1–38. https://doi.org/10.1007/s10680-012-9277-y

Beets, G. (2008). An introduction: Late fertility and determinants of postponement

behaviour. *Genus*, *64*(3/4), 17–31.

Bhattacharjee, N. V., Schumacher, A. E., Aali, A., Abate, Y. H., Abbasgholizadeh, R., Abbasian, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., ElHafeez, S. A., Abd-Elsalam, S., Abdollahi, M., Abdollahifar, M.-A., Abdoun, M., Abdullahi, A., Abebe, M., Abebe, S. S., Abiodun, O., Abolhassani, H., Abolmaali, M., … Vollset, S. E. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, *403*(10440), 2057–2099. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6

Bote, M. (2019). Concilia o revienta: Determinantes socioeconómicos y demográficos del uso de técnicas de reproducción humana asistida en perspectiva territorial. *Política y Sociedad*, *56*(3), 583–599. https://doi.org/10.5209/poso.60510

Boutari, C., Pappas, P. D., Mintziori, G., Nigdelis, M. P., Athanasiadis, L., Goulis, D. G., & Mantzoros, C. S. (2020). The effect of underweight on female and male reproduction. *Metabolism - Clinical and Experimental*, *107*. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154229

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html

Cano, F., & Esparza, R. (2018). El anclaje jurídico ante las técnicas de reproducción asistida. *Boletín mexicano de derecho comparado*, *51*(151), 13–50.

https://doi.org/10.22201/iij.24484873e.2018.151.12287

Carranza, C. (2022). Vacíos legales con respecto de un caso de reproducción asistida. Un enfoque desde la perspectiva del análisis económico del derecho. *Revista del Instituto de la Familia*, *11*(1), 163–173. https://doi.org/10.33539/peryfa.2022.n11v1.2570

CEPAL. (2024). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024: Desafíos de la protección social no contributiva para avanzar hacia el desarrollo social inclusivo*. https://hdl.handle.net/11362/80858

Céspedes, P., & Correa, E. (2021). Reproducción asistida en Chile: Una mirada global para el desafío de ofrecer un acceso oportuno. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *32*(2), 189–195. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.09.002

Chen, C. (1986). *PREGNANCY AFTER HUMAN OOCYTE CRYOPRESERVATION*. *327*(8486), 884–886. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)90989-X

Chen, W.-A., Wu, C.-L., Ho, H.-Y., Chang, F., Yang, J.-H., Kung, F.-T., Chen, M.-J., & Chen, M.-J. (2025). Social determinants of health that impact the time to diagnosis and treatment of infertility in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, *124*(4), 348–354. https://doi.org/10.1016/j.jfma.2024.05.002

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023a). *Producto interno bruto (PIB) total anual por habitante a precios constantes en dólares*. https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023b). *Tasa global de fecundidad*. https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es

de la Cuesta, P. (2019). Protección penal del genoma y preembrión: Análisis comparado y

propuesta alternativa. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, *21*(01), 2–32.

Dictamen 06-2020-2021/CSP-CR que garantiza el acceso a técnicas de reproducción humana asistida., No. 3313/2018 (2020). https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Dictamenes/Proyectos_de_Ley/03313DC21MAY20200601.pdf

Dunson, D. B., Baird, D. D., & Colombo, B. (2004). Increased Infertility With Age in Men and Women. *Obstetrics & Gynecology*, *103*(1), 51. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000100153.24061.45

Duvander, A.-Z., & Johansson, M. (2012). What are the effects of reforms promoting fathers' parental leave use? *Journal of European Social Policy*, *22*(3), 319–330. https://doi.org/10.1177/0958928712440201

Enríquez-Reyes, R. (2021). Obesidad: Epidemia del siglo XXI y su relación con la fertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *32*(2), 161–165. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.11.006

Flores, J. (2014). Nuevas formas de familia, filiación y técnicas de reproducción asistida. *La ley digital*, *5*. https://parlamento-cantabria.es/sites/default/files/dossieres-legislativos/Flores%20Rodr%C3%ADguez.pdf

Flores, J. (2022). Evolución de las tecnologías de reproducción asistida. Una mirada desde la biomedicina. *INTER DISCIPLINA*, *10*(28), Article 28. https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83302

Ford, N. (2008). A Catholic ethical approach to human reproductive technology. *Reproductive BioMedicine Online*, *17*(3), 39–48. https://doi.org/10.1016/S1472-

6483(10)60329-X

Fuentes, A. (2010). Fecundidad y fertilidad: Aspectos generales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *21*(3), 337–346. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70544-7

Fuentes, A., Jesam, C., Devoto, L., Angarita, B., Galleguillos, A., Torres, A., & Mackenna, A. (2010). Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta. *Revista médica de Chile*, *138*(10), 1240–1245. https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001100005

Gaceta Parlamentaria, año XV, número 3495, viernes 20 de abril de 2012, No. proyecto de decreto que reforma el artículo 103 de la Ley General de Salud (2012). https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/61/2012/abr/20120420.html?utm_source

Gaceta Parlamentaria, año XVII, número 3911-VI, jueves 21 de noviembre de 2013 (2013). https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/nov/20131121-VI.html?utm_source

García Ramírez, J. A., & Vélez Álvaez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, *15*(5), 731–742.

Guadix, B. R., Ríos, P. D., Mondéjar, F. P., Torres, E. H., Sáiz, I. C., Miralles, A. M., Cabrejas, B. M., Coto, P. L., Marcos, A. B. C., Segui, A. B. C., Herrero, B. G., Pérez, C. S., Eslava, M. J. S., Flores, S. P., Velasco, M. J. I., & Alcalá, J. A. C. (2022). Influencia de los factores socioeconómicos en el acceso a las técnicas de reproducción asistida. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, *9*(1). https://doi.org/10.1016/j.medre.2021.100111

Heape, W. (1891). III. Preliminary note on the transplantation and growth of mammalian

ova within a uterine foster-mother. *Proceedings of the Royal Society of London, 48*(292–295), 457–458. https://doi.org/10.1098/rspl.1890.0053

Hodge, C. (2017). Diagnóstico Genético Preimplantatorio de embriones humanos. Técnica, ética y teología. *Teología y vida, 58*(3). http://dx.doi.org/10.4067/s0049-34492017000300275

Iglesias, M., & Gonzalvo, C. (2017). Indicadores de calidad del laboratorio de reproducción: Manual de Buena Práctica Clínica de la SEF versus Grupo de Interés de Calidad de ASEBIR. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, *4*(3), 122–127. https://doi.org/10.1016/j.medre.2017.06.002

Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: New thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, *21*(4), 411–426. https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016

Iniciativa que reforma y adiciona los artículos 61 y 64 de la ley general de salud (2025). http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2025/02/asun_4837507_20250218_1739925369.pdf

Irrázaval, G., & Johnson, M. C. (2019). Reproducción asistida, gestación por sustitución y creencias. Un análisis desde las usuarias de tecnologías, los expertos religiosos y las regulaciones estatales en Argentina. *Política y Sociedad, 56*(2), 317–339. http://dx.doi.org/10.5209/poso.59741

Jimenez González, J. (2017). Definición de conceptos jurídicos vs. Listado de enfermedades susceptibles como soluciones respecto al uso del diagnóstico genético preimplantacional. *Bioderecho.es, 6,* Article 6.

Konishi, S., Saotome, T. T., Shimizu, K., Oba, M. S., & O'Connor, K. A. (2020). Coital

Frequency and the Probability of Pregnancy in Couples Trying to Conceive Their First Child: A Prospective Cohort Study in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(14), 4985. https://doi.org/10.3390/ijerph17144985

Kushner-Dávalos, L. (2010). La fertilización in vitro: Beneficios, riesgos y futuro. *Revista Científica Ciencia Médica*, *13*(2), 77–80.

Lamm, E. (2012). La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida. *Revista de Bioética y Derecho*, *24*. https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872012000100008

Lima, N., & Álvarez, C. (2019). Ovodonación: Bioeconomías emergentes en contextos de inequidad. ..*UBA Psicología*, *1*, 30–35.

Limiñana-Gras, R. M. (2017). Chapter 13—Health and Gender Perspective in Infertility. En M. P. Sánchez-López & R. M. Limiñana-Gras (Eds.), *The Psychology of Gender and Health* (pp. 363–400). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803864-2.00013-4

Lozano, D., & Peciña, A. (2021). *Diagnóstico genético preimplantatorio*. *57*, 46–60.

Machin, R. (2022). Reproducción transnacional con terceros: El mercado reproductivo en Brasil. *Inter disciplina*, *10*(28). https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83288

Mara, S. (2023). New choreographies of inequalities in reproduction: An overview of assisted reproduction market. *JBRA Assisted Reproduction*, *27*(4), 739–746. https://doi.org/10.5935/1518-0557.20230026

Martin, G. (2011). *Instituciones tensiones y equilibrios sociales*. *8*(11).

https://doi.org/10.18046/recs.i8.1128

Matorras, R. (2011). Fertilidad e Infertilidad Humanas. En *La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas* (1ª ed., Vol. 1). Imago Concept & Image Development, S.L. http://www.sociologiaycomunicacion.com/wp-content/uploads/2019/07/Libro_Blanco_infertilidad_completo.pdf

Mendoza, D., Hitchfeld, C., Luco, M. I., Vargas, F., & Carvajal, R. (2022). Estudio de la pareja infértil. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, *33*(3), Article 3. https://doi.org/10.5354/2735-7996.2022.69351

Modifica el Código Sanitario, para incorporar entre los servicios de los profesionales que señala, la adopción de acciones para prevenir la infertilidad, No. Boletín 16708-11 (2024). https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=16708-11

Montes, G. (2004). Bioética y Técnicas de Reproducción Asistida. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, *12*(1). http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100008&lng=en&tlng=es

Moreno, J., & Ratto, L. (2020). Resultados maternos y perinatales de los embarazos obtenidos por técnicas de reproducción asistida. Revisión de la literatura. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, *85*(4). http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400400

Nachtigall, R. D. (2006). International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility*, *85*(4), 871–875. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.08.066

OECD. (2024). *Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators*. OECD. https://doi.org/10.1787/918d8db3-en

Olofsson, J. I., Banker, M. R., & Sjoblom, L. P. (2013). Quality management systems for your in vitro fertilization clinic's laboratory: Why bother? *Journal of Human Reproductive Sciences, 6*(1), 3. https://doi.org/10.4103/0974-1208.112368

ONU: Asamblea General. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos* (217 A (III)). https://www.refworld.org/es/leg/resol/agonu/1948/es/11563

ONU: Asamblea General. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. https://www.refworld.org/es/leg/tratint/agonu/1966/es/134033

ONU: Asamblea General. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (Tratados de Naciones Unidas Nº 20378 Vol. 1246.). https://www.refworld.org/es/leg/trat/agonu/1979/es/129837

ONU: Asamblea General. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño* (Treaty Series, vol. 1577). https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

ONU: Asamblea General. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. https://docs.un.org/es/A/RES/70/1

ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos. (2008). *Folleto informativo Nº 31: El derecho a la salud*. https://www.refworld.org/es/ref/infortem/oacnudh/2008/es/58915

Organización Mundial de la Salud. (2024, mayo 22). *Esterilidad*. 22 de Mayo de 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

(2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe Final*. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. https://doi.org/10.37774/9789275373613

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Pabón, A. (2017). El acceso a las técnicas de reproducción asistida como una garantía de los derechos sexuales y reproductivos: La jurisprudencia de la Corte Constitucional a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. *Justicia*, *22*(31), 171–186. https://doi.org/10.17081/just.22.31.2605

Pecheny, M., & De La Dehesa, R. (2011). Sexualidades y políticas en América Latina: Un esbozo para la discusión. En *Sexualidade e politica na America Latina: Histórias, interseçoes e paradoxos* (pp. 31–79). https://bicyt.conicet.gov.ar/fichas/produccion/1135427

Pereira, S. (2020). *Infertilidad y tratamientos de Fertilización In Vitro: Experiencia, características, etapas y contexto* [Universidad del Valle de Guatemala]. https://repositorio.uvg.edu.gt/xmlui/bitstream/handle/123456789/3893/TESIS-%20SOF%C3%8DA%20PEREIRA-%20DOCUMENTO%20FINAL.pdf?sequence=1

Pérez, N., Sainz, A., & Camacho, A. (2019). Síndrome de hiperestimulación ovárica: Complicación iatrogénica asociada a técnicas de reproducción asistida. *Revista Médica Sinergia*, *4*(6), 40–52. https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.220

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Obesity and reproduction: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, *104*(5), 1116–1126. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.018

Präg, P., & Mills, M. C. (2017). Cultural determinants influence assisted reproduction usage in Europe more than economic and demographic factors. *Human Reproduction*, *32*(11), 2305–2314. https://doi.org/10.1093/humrep/dex298

Ramos Reyes, Á., Alkon-Meadows, T., Luna-Rojas, M., Cervantes-Bravo, E., Hernández-Nieto, C., & Sandler, B. (2019). Impact of smoking on female and male fertility. *Reproducción (México)*, *10*(1), 1–13.

Ray, A., Shah, A., Gudi, A., & Homburg, R. (2012). Unexplained infertility: An update and review of practice. *Reproductive BioMedicine Online*, *24*(6), 591–602. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.02.021

Rowe, P. J., Comhaire, F. H., Hargreave, T. B., & Mahmoud, A. M. A. (2000). *WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Male*. Cambridge University Press & Assessment. https://www.cambridge.org/universitypress/subjects/medicine/obstetrics-and-gynecology-reproductive-medicine/who-manual-standardized-investigation-and-diagnosis-infertile-male

Sánchez, F. (1991). *Algo de historia del "Bebé Probeta"*. *42*, 158–162. https://doi.org/10.18597/rcog.918

Santome-Sánchez, A. A., & Fabián-Zapata, D. B. E. D. (2024). Apuntes sobre la afectación a los menores de edad por el uso no regulado de las técnicas de reproducción asistida en el Perú. *Apuntes de Bioética*, *7*(1), Article 1.

https://doi.org/10.35383/apuntes.v7i1.1086

Sena, A. G. N., Schutt-Aine, J., Arenas, J., & Akaba, S. (2023). Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *47*, e42. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.42

Sirmans, S. M., & Pate, K. A. (2013). Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Epidemiology*, *6*, 1–13. https://doi.org/10.2147/CLEP.S37559

Smallwood, S., & Chamberlain, J. (2005). Replacement fertility, what has it been and what does it mean? *Population Trends*, *119*.

Steeg, J. W. van der, Steures, P., Eijkemans, M. J. C., Habbema, J. D. F., Hompes, P. G. A., Kremer, J. A. M., Leeuw-Harmsen, L. van der, Bossuyt, P. M. M., Repping, S., Silber, S. J., Mol, B. W. J., & Veen, F. van der. (2011). Role of semen analysis in subfertile couples. *Fertility and Sterility*, *95*(3), 1013–1019. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.02.024

Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades. MINSAL. (2015). *Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad. Programa Nacional Salud de la Mujer*. https://bit.ly/3uxlGbn

The Male Infertility Best Practice Policy Committee of the American Urological Association, & Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2006). Report on optimal evaluation of the infertile male. *Fertility and Sterility*, *86*(5), S202–S209. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.08.029

The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2012).

Endometriosis and infertility: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, *98*(3), 591–598. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.031

The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2018). Management of nonobstructive azoospermia: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, *110*(7), 1239–1245. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.09.012

Thomas, J., Rowe, F., Williamson, P., & Lin, E. S. (2022). The effect of leave policies on increasing fertility: A systematic review. *Humanities and Social Sciences Communications*, *9*(1), 1–16. https://doi.org/10.1057/s41599-022-01270-w

Vargas, I., Vázquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*, *18*, 927–937. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400003

Vela Barba, E. (2019). Nuevas tecnologías reproductiva. En *Conceptos clave en los estudios de género* (Cecilia Olivares Mansuy, Vol. 2). Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Viera, M., & Guerra, M. (2018). Análisis de la eficacia de las técnicas de reproducción asistida: Una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *41*(1), 107–116. https://dx.doi.org/10.23938/assn.0254

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Chapter 34 Equity in health care finance and delivery. En *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 1803–1862). Elsevier. https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80047-5

Waizel Bucay, J. (2002). Uso tradicional e investigación científica de Talauma mexicana (D.C.) Don., o flor del corazón. *Revista Mexicana de Cardiología*, *13*(1), 31–38.

Waldby, C. (2019). *The Oocyte Economy: The Changing Meaning of Human Eggs*.

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0094306120963121aa?icid=int.sj-full-text.similar-articles.2

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, *22*(3), 429–445. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

Yañez, A., & Barroso, V. (2019). *El ABC de los protocolos de infertilidad* (1era ed., Vol. 1). Alfil.

Zaldívar, S. (2022). Análisis teórico jurídico de las técnicas de reproducción asistida: Especial referencia al contexto latinoamericano. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *22*(2), 149–163. https://doi.org/10.18359/rlbi.5940

Zegers-Hochschild, F. (2010). *Algunas reflexiones éticas en el uso de la tecnología reproductiva moderna para el tratamiento de la infertilidad*. *21*(3), 469–478. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70560-5

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., Mouzon, J. de, Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & Poel, S. van der. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 393–406. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005

Zhao, J., & Brezina, P. (2011). In vitro fertilization: Four decades of reflections and promises. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - General Subjects*, *1810*(9), 843–852. https://doi.org/10.1016/j.bbagen.2011.05.001

Anexo N°1

País	Documento	Enlace búsqueda
Argentina	Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida	https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700
	Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Reglamentación	https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700/normas-modifican
	Sistema único de reintegro - inclúyase técnicas de reproducción asistida de alta complejidad.	
	Normas de habilitación y fiscalización de establecimientos de reproducción médicamente asistida	
	Modifíquese su distribución	
	Programa Nacional De Reproducción Médicamente Asistida - Crease	
	Tratamientos de reproducción médicamente asistida	
	Tratamientos con técnicas de reproducción humana asistida - Texto de consentimiento	

	Comité asesor AD-HOC del programa nacional de reproducción médicamente asistida	
	Red de establecimientos públicos de reproducción médicamente asistida - crease	
	Tratamiento de reproducción médicamente asistida - establécese	
	Tratamiento de reproducción médicamente asistida - Medicamento	
	Licencias	
	Código civil y comercial de la nación. Aprobación	https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/texto#15
Brasil	Ley de planificación familiar	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-norma-pl.html
	Ley de Bioseguridad	https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96812/lei-de-biosseguranca-lei-11105-05
	Política Nacional de Atención Integral en Fertilización Asistida en todos los niveles del Sistema Único de Salud)	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0426_22_03_2005.html

	Normas éticas para la utilización de Técnicas de Reproducción Asistida, Consejo Federal de Medicina	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf
Chile	Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=253478
	Establece normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II DFL nº1 del 2005, del ministerio de salud en la modalidad de libre elección	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1026208&f=2022-03-01
	Modifica resolución exenta N°277/2011 del ministerio de salud, que aprobó las normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II DFL N° 1, de 2005, del ministerio de salud, en la modalidad de libre elección	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1131755
	Instruye sobre la aplicación de cobertura por las isapres para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad	https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/circular-if-n-331/
	Modifica diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones, el matrimonio entre personas del mismo sexo	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1169572
Colombia	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.	https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf

	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas que deben cumplir los bancos de componentes anatómicos y los grupos de trasplante	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14522
	Establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los Bancos de Componentes Anatómicos, de las Unidades de Biomedicina Reproductiva. Centros o similares y se dictan otras disposiciones.	https://vlex.com.co/vid/resolucion-numero-59802412
	Ley por la cual se expide el Código Penal Colombiano	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388
	Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva	https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/leyes-de-la-republica/article/2064-por-medio-de-la-cual-se-establecen-los-lineamientos-para-el-desarrollo-de-la-politica-publica-de-prevencion-de-la-infertilidad-y-su-tratamiento-dentro-de-los-parametros-de-salud-reproductiva
	Por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad	https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-228-de-2020.pdf
	Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/res

	excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud	olucion-2273-de-2021.pdf
Costa Rica	Autorización para la realización de la técnica de reproducción asistida de fecundación in vitro y transferencia embrionaria	https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Norma%20para%20establecimientos%20de%20salud%20que%20realizan%20la%20t%C3%A9cnica%20de%20reproducci%C3%B3n%20in%20vitro%20y%20transferencia%20embrionaria.pdf
	Norma para los establecimientos de salud que realizan la técnica de reproducción asistida de fecundación in vitro y transferencia embrionaria (FIV)	https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Norma%20para%20establecimientos%20de%20salud%20que%20realizan%20la%20t%C3%A9cnica%20de%20reproducci%C3%B3n%20in%20vitro%20y%20transferencia%20embrionaria.pdf
	Ley Marco de Fecundación In Vitro	https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2015/09/30/COMP_30_09_2015.html
Ecuador	Código Orgánico Integral Penal	https://www.funcionjudicial.gob.ec/resources/pdf/Codigo%20Organico%20Integral%20Penal.pdf
El Salvador	Código Penal	https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/A2598AEF-FBC2-4D3E-A855-2C12EA7A4D52.pdf
Guatemala	Reformas al decreto 17-73 del Congreso de la República, Código Penal	https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/decretos/1996/gtdcx33-1996.pdf

Honduras	Código Penal Hondureño	https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/Decreto_130-2017.pdf
México	Ley general de salud	https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416013/Ley_General_de_Salud.pdf
	Código civil para el estado de Tamaulipas	https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/gobiernos.htm
	Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud	https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
	Ley de Código Civil del Estado de México	https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/gobiernos.htm
	Código civil para el estado libre y soberano de Puebla	
	Código Civil para el distrito federal	
	Código Familiar para el Estado de San Luis Potosí	
	Código de familia para estado de Sonora	
	Código civil del estado de Querétaro	
	Código Familiar para el Estado de Sinaloa	

	Ley para la Familia de Coahuila de Zaragoza	
	Código familiar del estado de Zacatecas	
	Código familiar para el estado de Michoacán	
	Código civil para el estado de Jalisco	
Nicaragua	Código Penal	https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_codigo_penal_nicaragua.pdf
	Norma de técnicas de reproducción asistida	https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02/Normativa%20-%20053%20%27Normas%20de%20T%C3%A9cnicas%20de%20Reproducci%C3%B3n%20Asistida%27.pdf
Panamá	Ley N° 14 que adopta el código penal	https://www.organojudicial.gob.pa/uploads/wp_repo/blogs.dir/cendoj/PENAL/textounicocodigopenalabril2010.pdf
	Que adopta las normas técnicas y administrativas y protocolos de atención del programa de salud integral de la mujer	https://www.organojudicial.gob.pa/uploads/blogs.dir/2/2019/02/465/saludintegraldelamujer1.pdf
Perú	Ley general de salud	https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842
Uruguay	Regúlanse las técnicas de reproducción humana asistida	https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013

	Reglamentación del art. 4 de la ley 19.167 relativo a la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida	https://www.impo.com.uy/bases/decretos/69-2014
	Reglamentación de la ley 19.167, técnicas de reproducción humana asistida	https://www.impo.com.uy/bases/decretos/311-2014
	Creación de comisión honoraria de reproducción humana asistida	https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-462014-creacion-comision-honoraria-reproduccion-humana-asistida
	Reglamentación de la ley 19.167 relativa a las técnicas de reproducción humana asistida	https://www.impo.com.uy/bases/decretos/84-2015
Venezuela	Ley para protección de las familias, la maternidad y la paternidad	https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_ley38773_ven.pdf
	Reforma de la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad	https://www.leyes.io/venezuela/ley-de-reforma-de-la-ley-para-la-proteccion-de-las-familias-la-maternidad-y-la-paternidad-gaceta-6686-2022