

Primer Informe
Salud Sexual
Salud Reproductiva y
Derechos Humanos
En Chile



IV.

Reproducción asistida

Por *Marissa Velarde*¹

Estado de la Situación

En 1984 en Chile nació el primer bebé como resultado de un procedimiento de las técnicas de reproducción asistida (TRA). Su uso ha crecido rápidamente en los últimos años, sin embargo aún existe un problema de equidad en el acceso a estas técnicas, debido a varios factores: carencia de legislación; disparidades económicas, geográficas y sociales. Se hace necesario que los derechos sexuales y reproductivos incluyan el derecho a la reproducción asistida como un enfoque integral de la salud sexual y salud reproductiva para la fertilidad teniendo como principio básico la equidad.

Las TRA son el conjunto de técnicas que facilitan o sustituyen los procesos naturales que producen un embarazo. Estas técnicas han permitido que parejas infértiles, personas sin pareja, mujeres mayores y parejas homosexuales y lesbianas tengan la posibilidad de tener hijos/as biológicos. Las TRA contienen todos los tratamientos o procedimientos sobre la manipulación de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos para lograr un embarazo². Esto incluye la fecundación in vitro (FIV) y la transferencia de embriones; la transferencia intratubárica de gametos, cigotos o embriones; la congelación de ovocitos y embriones; la donación de ovocitos y embriones y la gestación subrogada.

En Chile, las TRA son consideradas como fertilización asistida de alta complejidad. Estas técnicas no incluyen inseminación asistida o también llamada inseminación artificial, que consisten en usar espermatozoides, lo cual es considerada como un método de fertilización asistida de baja complejidad.

Algunos países han incluido el acceso a las TRA en su legislación, considerándolo como parte de los derechos reproductivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la infertilidad como “una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”³, lo cual impulsa a los Estados a asegurar la provisión de servicios accesibles y adecuados para solucionar esta enfermedad⁴. Sin embargo, varias legislaciones son solo para personas diagnosticadas con infertilidad y excluye a otras personas que necesitan acceder a estas técnicas para procrear, incluyendo a parejas homosexuales, parejas transgénero, y personas sin pareja.

Desde entonces, el uso de las TRA en Chile se ha expandido rápidamente en el país al igual que el resto del mundo. En los últimos años, el número de ciclos de reproducción asistida realizados en muchos países desarrollados ha crecido entre 5-10% cada año⁵.

Es estimado que más de 5 millones de bebés han nacido en el mundo como producto de las TRA desde 1978 cuando nació el primero, de las cuales más de 5.500 han nacido en Chile desde 1990⁶. Hoy, ocho centros de medicina reproductiva están acreditados por La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) y reportan los ciclos al Registro Chileno de Reproducción Asistida y al Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA)⁷.

Según estimaciones del Ministerio de Salud, existen aproximadamente 250 mil parejas que sufren de infertilidad en Chile, lo cual representa

3 Ibid.

4 Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). (2014) Derecho a la salud y maternidad, en Informe Anual 2014 Situación de los Derechos Humanos en Chile.

5 Ishihara O, Adamson G, Dyer S, de Mouzon J, Nygren K, Sullivan E, Zegers-Hochschild F, Mansour R. (2015) International committee for monitoring assisted reproductive technologies: world report on assisted reproductive technologies, 2007. *Fertil Steril*, 103(2).

6 Sociedad Chilena de Medicina Reproductiva (SOCMER). (2009) 20 Años de Reproducción Asistida en Chile. 1990-2009.

7 Schwarze, J, Crosby, J, Vantman, D, Masoli, P, Ciuffardi, I, Céspedes, P, González, P, Duque, G, Pommer, R. (2014) Registro chileno de técnicas de reproducción asistida, 2011. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 79(4).

1 Investigadora asociada Programa de Ética y Políticas Públicas en Reproducción Humana, Universidad Diego Portales.

2 Zegers-Hochschild F, Adamson G, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. (2010) Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

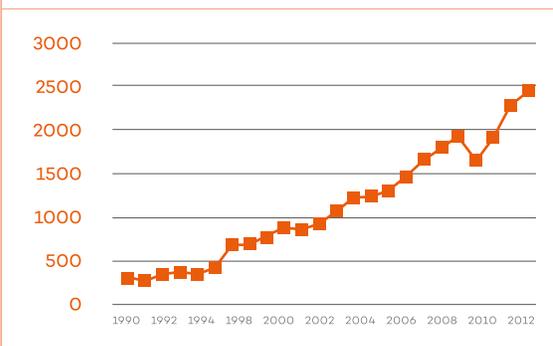
un 14% de parejas de edad reproductiva⁸. Más del 90% de estas parejas podrían resolver su infertilidad con tratamientos de baja y mediana complejidad, lo cual incluye estimulación ovárica y la inseminación asistida. Sin embargo, un 8% (20 mil parejas) requiere tratamientos de alta complejidad, o sea, las TRA⁹. A partir de 2012, se realizan más de dos mil ciclos de TRA cada año.

Desde hace más de 10 años, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) tiene el Programa Nacional de Fertilización Asistida que financia el diagnóstico y los procedimientos de baja complejidad y ayuda con los costos de alta complejidad para parejas beneficiarias del Sistema Público de Salud¹⁰. La mayoría de los tratamientos de alta complejidad son financiados por las propias parejas.

La información sobre el uso de las TRA en el país viene de la base de datos del Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida, que forma parte del RLA. Estos datos son entregados por los centros de medicina reproductiva que son miembros de REDLARA¹¹. Las técnicas que se reportan son los ciclos de fecundación in vitro (FIV), inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), transferencia a la trompa de gametos y cigotos (GIFT/TOMI), transferencia de embriones producto de ovodonación (OD), transferencia de embriones congelados/descongelados (TEC) y ciclos con diagnóstico genético preimplantacional (PGD). Datos están disponibles desde 1990 hasta 2013.

El Gráfico N°1 muestra el crecimiento que ha experimentado el uso de ciclos de TRA en Chile. Esta cifra es el total de ciclos iniciados de las varias técnicas anteriormente mencionadas. En 1990 se registraron 235 ciclos mientras en 2013 se registró

Gráfico N°1: Número de ciclos iniciados de TRA en Chile, 1990-2013.



Fuente: Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida, 2013.

2.443 ciclos, con un aumento significativo. Aunque el total de ciclos registrados ha crecido constantemente, hubo una disminución de 17% en el año 2010 cuando se reportó 1.650 ciclos. En 2012, ocho centros reportaron un total de 2.309 ciclos, lo cual es un aumento de 17%. Los ciclos registrados en 2013 representan un aumento de 5% en relación al año 2012.

En el 2013, se registraron 305 ciclos de TRA en los ocho centros de medicina reproductiva. Como se puede observar en el Gráfico N°2, la mayoría de ciclos de TRA correspondió a FIV/ICSI (67%), la cual se considera reproducción autóloga (con gametos propios). Esto se ha observado desde 1995 puesto que han sido los métodos que se han usado desde que la reproducción asistida se inició en Chile. En 1995 se comenzó a registrar ciclos de embriones donados (OD), o reproducción heteróloga. Desde entonces, la frecuencia de este método ha aumentado cada año llegando a representar a 11% de los ciclos en 2013. En 1997 se comenzó a registrar ciclos de embriones previamente congelados (TEC), correspondiendo a un 10% de las TRA ese año. La frecuencia de TEC ha aumentado considerablemente en los últimos años llegando a representar un 22% de los métodos en 2013.

El uso de las TRA no significa lograr embarazo ni parto. En 2011, el promedio de la tasa de parto fue 25,5%, es decir, los ciclos de TRA lograron un parto el 25,5% del tiempo. Las tasas de partos por aspiración folicular o transferencia embrionaria en ciclos de TRA se encuentran en el Gráfico N°3. En

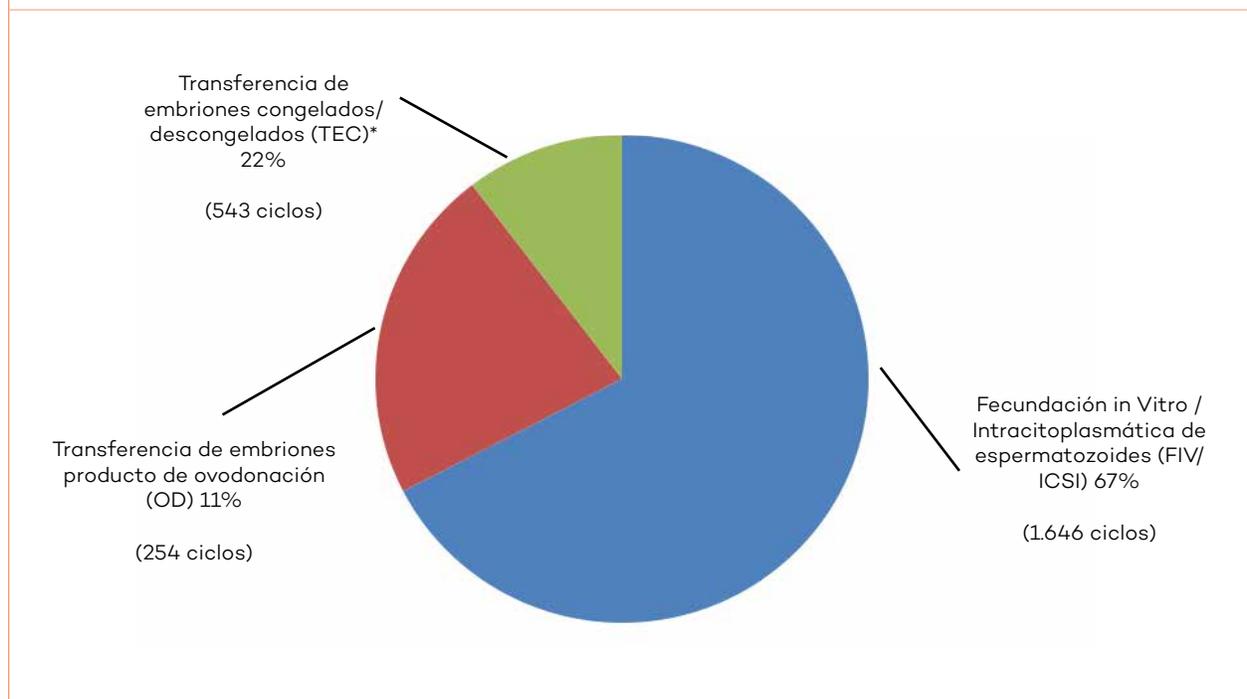
8 Fonasa. Fertilización Asistida. Consultado en https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140711/pags/20140711030056.html.

9 Matus A. La infertilidad que más cuesta. (2015) Revista Paula. Consultado en <http://www.paula.cl/reportaje/la-infertilidad-que-mas-cuesta/>.

10 Devoto L. (2012) Problemas de justicia distributiva en el acceso a la medicina reproductiva: Programa Nacional de Fertilización In Vitro MINSAL/FONASA del IDIMI, en Informe Académico 2012. Los problemas éticos y jurídicos de la reproducción humana asistida. Observatorio de Bioética & Derecho. Universidad del Desarrollo.

11 Schwarze, J. Crosby, J. Vantman, D. Masoli, P. Ciuffardi, I. Céspedes, P. González, P. Duque, G. Pommer, R., Op.cit.

Gráfico N°2: Tipo de ciclo de TRA, 2013.

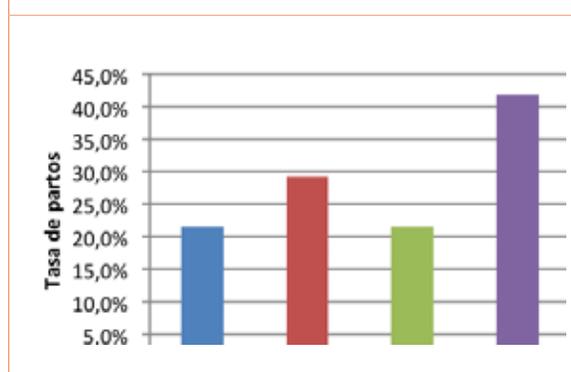


Fuente: Fernando Zegers, 2013. Assisted Reproductive Technologies (ART) in Latin America: The Latin American Registry, 2013. Aceptado para publicación.

ciclos de ICSI, la tasa de parto por aspiración fue 21,5%, mientras que la tasa fue 29,2% por ciclos de FIV. La tasa de parto para los ciclos de transferencia con embriones criopreservados autólogos (TEC) era 21,5%, cifra que baja a 13,5% con ciclos congelados heterólogos (OD). En ciclos de OD con embriones frescos, la tasa de parto era 41,9%, la tasa más alta entre todos los ciclos de TRA.

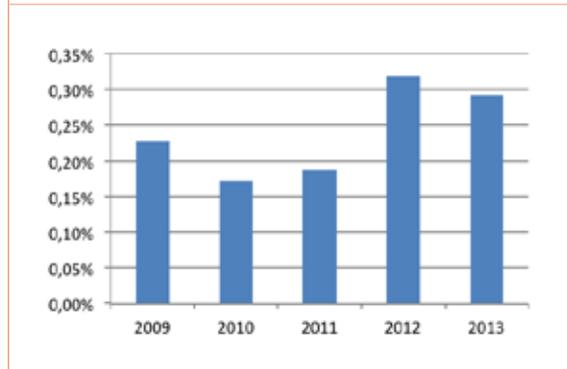
El Gráfico N°4 muestra los bebés que nacieron producto de TRA como un porcentaje del total de nacidos vivos entre 2009 y 2013. En 2013 hubo un total de 707 nacidos vivos por el uso de TRA, esto representa 0,29% del total (242.005) de nacidos vivos. Esta proporción es una disminución de 9% en comparación al año anterior. Sin embargo, la proporción de nacidos vivos por TRA ha aumentado desde 2009, cuando el porcentaje fue 0,23%.

Gráfico N°3: Tasa de partos por TRA, 2011.



Fuente: ICSI y FIV: tasa de partos por aspiración; TEC y OC: tasa de partos por transferencia embrionaria. Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida.

Gráfico N°4: Porcentaje de nacidos vivos producto de TRA del total de nacidos vivos en Chile, 2009-2013.



Fuente: elaboración propia, datos de Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA).

La edad promedio de las mujeres sometidas a TRA varía según el tipo de ciclo experimentado. En el año 2012, FIV/ICSI fue de 35,8 años; OD fue de 41,3 años para las receptoras de embriones.

En el Gráfico N°5 se muestra la distribución de ciclos iniciados de FIV/ICSI realizados entre 2008 y 2012, según el grupo etario de la mujer. Durante este tiempo, la frecuencia de ciclos entre mujeres de 35 a 39 años se ha mantenido estable, representando entre 43% a 41% de las transferencias. La proporción de ciclos iniciados entre el grupo de mujeres de 40 años y más ha doblado desde 15% en 2008 a 30% en 2012. Por su parte las transferencias de FIV/ICSI entre mujeres de 34 años y menores han experimentado una disminución desde 2008, cuando representó 42%. En 2012, este grupo representó a 28% de las transferencias.

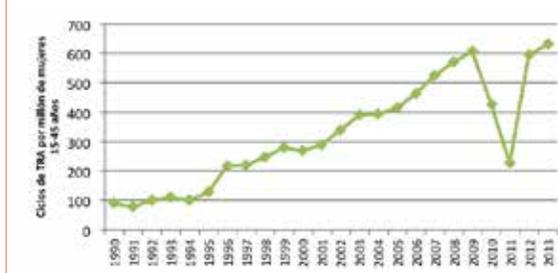


Fuente: Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida.

Sobre el Acceso

El acceso a procedimientos de reproducción asistida esta expresada como el número de ciclos de TRA por millón de mujeres de edad fértil (entre 15 y 45 años). El acceso a TRA ha aumentado gradualmente desde 1990 hasta 2013, como se puede observar en el Gráfico N°6. En 1990, el acceso a reproducción asistida era solo 90 mientras en 2013 esta cifra fue 634 ciclos de TRA por millón de mujeres de edad fértil. Como fue mencionado anteriormente, hubo una disminución de ciclos de TRA en 2010, lo cual también impactó a la cifra de acceso. A pesar de esto, el acceso a TRA creció un 62% en 2012 en comparación a 2011. En 2013, el aumento fue menor, con solo un 6% de crecimiento.

Gráfico N°6: Acceso a TRA en Chile, 1990 - 2013.

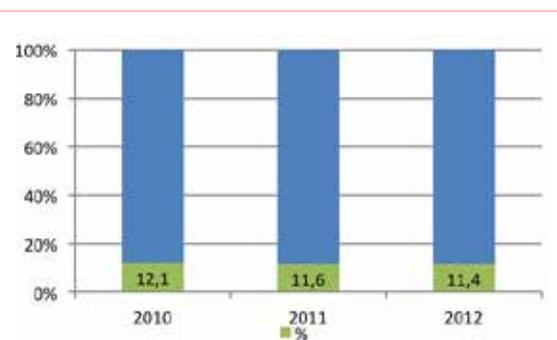


Fuente: Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida; Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.

En el Gráfico N°7 se observa que un porcentaje menor de ciclos de TRA son financiados por Fonasa. Entre 2010 a 2012 el porcentaje de ciclos financiados por Fonasa experimentó una disminución de 12,1% a 11,4%. Los ciclos de TRA que no fueron financiados por Fonasa fueron financiados por las propias parejas dado que las Isapres tampoco tienen cobertura para estos procedimientos¹². De acuerdo al Director de Fonasa, durante el año 2013 la cobertura de Fonasa para TRA duplicó¹³. Cabe señalar que no existen datos para los años 2014 ni del 2015.

12 Herrera, F. Teitelbom, B. Russo, M. Salas, S. Zegers Hochschule, F. (2013) Encuesta de opinión pública sobre reproducción humana y uso de tecnología de reproducción asistida en habitantes de Santiago, Chile. Rev Med Chil, 141(7).

13 Miranda, J. (2013) En julio partirán programas dentales y de fertilidad anunciados el 21 de mayo. Consultado en <http://www.24horas.cl/nacional/en-julio-partiran-programas-dentales-y-de-fertilidad-anunciados-el-21-de-mayo-658560>.

Gráfico N°7: Porcentaje de ciclos de TRA con cobertura de Fondos Nacional de Salud (Fonasa), 2010-2012.

Fuente: Fernando Zegers, presentación ante la Sociedad Chilena de Medicina Reproductiva, 2 de noviembre 2014.

Los precios de fertilización asistida varían mucho dependiendo de la complejidad del tratamiento, el centro médico y los factores de la pareja, como por ejemplo, edad, peso y patología.

Las parejas de alta complejidad requieren las TRA, como FIV e ICSI, lo cual tiene un precio promedio de \$3.500.000¹⁴, aproximadamente USD 5.000.

Para tener cobertura de Fonasa, las parejas deben cumplir con varios requisitos incluyendo un límite de edad entre 25 y 37 años para la mujer y tener un mayor número de meses en la lista de espera, entre otros. Además, la cobertura de fertilización asistida de alta complejidad depende del grupo de ingreso del asegurado¹⁵. Las Isapres (seguros privados de salud) no cubren los procedimientos de las TRA obligando a que parejas paguen con fondos personales.

Durante estos 25 años, la proporción del uso de las distintas técnicas se ha mantenido relativamente estable, pero en los últimos años parece estar cambiando. El uso de FIV/ICSI se ha ido disminuyendo mientras han aumentado las transferencias de embriones congelados, de un 14%

a 22% de las TRA entre 2009 y 2013. Esto es un tema importante ya que usando esta reserva significa poder acceder a más intentos de embarazo sin tener que hacer más tratamientos, lo cual es un costo menor para parejas infértiles.

La frecuencia de transferencias de ovodonación ha ido aumentando ligeramente desde que se comenzó hacer en 1995, pero aún es la técnica menos utilizada¹⁶. En 2013, ovodonación representó un 11% de las TRA. La donación de óvulos es importante para mujeres que no pueden embarazarse o tienen muy baja probabilidad de embarazarse con sus óvulos. Esta es la alternativa que más usan las mujeres con una edad reproductiva avanzada.

La distribución de la edad de la mujer que se somete a FIV/ICSI también ha cambiado en los últimos años. Mientras que la proporción de mujeres menores de 34 años ha ido disminuyendo, la proporción de mujeres mayores de 40 años va en aumento. Esto es un reflejo de la tendencia nacional en la maternidad tardía que está ocurriendo en edades más avanzadas. La postergación de la maternidad se debe a cambios sociales, como el aumento de la escolaridad y la vida profesional de las mujeres, y la aparición de tecnologías reproductivas, como las TRA.

En Chile, el uso de las TRA es menor en comparación a Argentina y algunos países en Europa. En el año 2009, solo 0,23% del total de nacidos vivos era producto de TRA mientras que en Argentina alcanzó un 1,36%, 2,01% en Francia, y 3,33% en Dinamarca¹⁷.

El acceso a TRA en Chile, que se refleja en 634 por un millón de mujeres en edad reproductiva es menor a otros países latinoamericanos. Según datos de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, en el año 2013, Argentina tuvo el mayor acceso con una cifra de 1.368 por un millón de mujeres en edad reproductiva seguido por Panamá con una cifra

¹⁴ Terra Chile. (2014) Parejas infértiles desconocen PAD de Fertilidad de FONASA. Consultado en <http://vidayestilo.terra.cl/salud/parejas-infertiles-desconocen-pad-de-fertilidad-de-fonasa,c66c6b6477ec9410VgnVCM4000009bcce0aRCRD.html>.

¹⁵ Fonasa. Fertilización Asistida. Consultado en https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140711/pags/20140711030056.html.

¹⁶ Sociedad Chilena de Medicina Reproductiva (SOCMER). (2009) 20 Años de Reproducción Asistida en Chile. 1990-2009.

¹⁷ Fernando Zegers, presentación ante la Sociedad Chilena de Medicina Reproductiva, 02 de noviembre 2014.

de 710 por acceso a estas técnicas. En promedio, el acceso fue 425 para los países que reportan al RLA.

Aunque la cifra de acceso a las TRA en Chile es mayor que el promedio de países latinoamericanos, los especialistas de infertilidad estiman que se realiza solo un 3,5% de los tratamientos de alta complejidad que la población necesita¹⁸. Para lograr un mayor acceso se necesitan aproximadamente cinco mil ciclos de TRA anuales, más del doble de la cifra actual¹⁹.

Tal como se ha mencionado, se suma a lo anterior los problemas de equidad en el acceso a las TRA, que se reflejan a través de las diferencias económicas, geográficas, sociales.

Como muestran los datos sobre la cobertura de Fonasa para las TRA, la gran mayoría de parejas financian sus tratamientos con fondos personales, los cuales tienen un precio inaccesible para personas de medio y bajos ingresos. Aunque el programa de Fonasa busca facilitar el acceso a las TRA, es bastante limitante. Los pacientes tienen derecho a un solo ciclo, lo cual tiene una probabilidad de 30-35% para lograr embarazo, un porcentaje poco prometedor. No pueden acceder al programa mujeres mayores de 37 años. La lista de espera puede ser muy larga, dependiendo de la Región, alcanzando hasta dos años²⁰. La ovodonación no está financiada por el programa porque no es considerado un tratamiento.

Tampoco se financia espermios para las parejas que lo necesiten, y estos deben ser comprados por ellos mismos. El beneficio de Fonasa no incluye criopreservación embrionaria, y esto también necesita ser pagado por la pareja.

Es un desafío para parejas infértiles lograr cobertura con Fonasa, y, de las que lo logran, igual necesitan fondos privados para pagar lo que no está cubierto por el beneficio. Fonasa cubre cerca de 300 cupos al año, equivalentes al 1,5% del total de las/los usuaria/os que requieren tratamiento²¹.

Por otra parte, como se observa en la Tabla N°1, hay ocho unidades en todo el país que son miembros de REDLARA y reportan al Registro Chileno de Reproducción Asistida. La mayoría de los centros están en Santiago, mientras que hay uno en Antofagasta, uno en Viña del Mar y otro en Concepción. Hay dos instituciones más que están en proceso de acreditación por REDLARA²². Es importante notar que hay más instituciones que tienen servicios de fertilización que no son miembros de REDLARA, pero este número no es conocido. De todos modos, la distribución de los centros es poco equitativa, lo cual limita la accesibilidad de parejas viviendo en áreas rurales y regiones, particularmente porque los tratamientos de fertilización asistida requieren varias citas en la clínica o unidad. Aún más, existe un limitado conocimiento del programa de Fonasa para fertilización asistida entre los profesionales y la comunidad en regiones y zonas rurales²³.

Las TRA son usadas no solo por parejas heterosexuales, sino también por personas solteras y parejas del mismo sexo. Estas personas no están consideradas en las estadísticas nacionales ni en la cobertura del seguro médico, lo que dificulta hacer un análisis de la situación, ventajas y obstáculos.

En el caso de personas solteras, no son elegibles para ser consideradas en la cobertura de Fonasa porque es solamente para parejas que han estado en una relación por dos años o más²⁴. En el caso de parejas del mismo sexo, no tienen cobertura médica ya que no cuentan con una patología de infertilidad. Esto significa que solo las personas solteras y las parejas de mismo sexo de mayor ingresos pueden acceder a las TRA para tener un/a hija/o biológica/o.

En conclusión, Chile ha tenido avances significativos en el número de ciclos de TRA y en el acceso a reproducción asistida, pero sigue atrás respecto a otros países latinoamericanos. Más aún, un porcentaje menor de parejas infértiles que

18 Ministerio de Salud. (2015) Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad.

19 Op. cit. Devoto, 2012.

20 Ibid. 2012.

21 Matus A., Op. cit.

22 Fernando Zegers, presentación ante la Sociedad Chilena de Medicina Reproductiva, 02 de noviembre 2014.

23 Op. cit. Devoto (2012).

24 Fonasa. Fertilización Asistida. Consultado en https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140711/pags/20140711030056.html.

requieren TRA acceden a estos procedimientos. Dentro del país existe una inequidad en el acceso a estas técnicas por razones económicas, geográficas y sociales. Las parejas que tienen el mejor acceso a TRA son las que viven en la Región Metropolitana y que tienen mayores ingresos.

Tabla N°1: Instituciones acreditadas por La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) en Chile.

Centro	Ciudad
UMR Clínica de la Mujer Antofagasta	Antofagasta
Centro de Estudios Reproductivos (CER)	Santiago
Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Alemana	Santiago
Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica las Condes	Santiago
Programa de Fertilización Asistida, Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI)	Santiago
Clínica Monteblanco	Santiago
Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica de la Mujer	Viña del Mar
Centro de Fertilidad y Medicina Reproductiva Concepción S.A.	Concepción
Fuente: Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida; Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.	

Leyes, Normativas y reglamentos

Actualmente en Chile, no existen leyes que garanticen o protegen el derecho a acceder a tratamientos de fertilización asistida, solo existe legislación asociada a esta materia.

Tabla N°2: Políticas públicas sobre Reproducción Asistida. Incluye Programas, Protocolos y Guías Técnicas.

Año	Número	Materia
1985	Resolución Exenta N° 1072,	“Normas aplicables a la fertilización in vitro y la transferencia embrionaria”, declara el derecho a procrear y el acceso a los medios médicos para facilitar este derecho. También prohíbe la criopreservación embrionaria para transferencia diferida y para investigación (artículo 8° letra c). Estas normas son solo aplicables a los centros de reproducción asistida del sistema público.
1998	Ley N° 19.585	Establece la filiación de un hijo concebido mediante la aplicación de las técnicas de reproducción asistida con o sin donante.
2000	Código civil, artículo 76	Protege la vida desde la concepción.
2006	Ley N° 20.120	Garantiza la protección de la vida humana desde la concepción y prohíbe la clonación y la destrucción de embriones para la obtención de células troncales.

2014	Resolución 3E/2843 Exenta Resolución N° 2843	Fonasa e Isapres cubren el tratamiento de fertilización asistida de baja complejidad
2013	Resolución Exenta N° 814	Aprobó la Norma General Técnica N° 159 sobre “Orientaciones Técnicas para el Manejo de la Infertilidad de Baja Complejidad”.
2015	Resolución Exenta N° 241	Aprobó la “Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad”

Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Nacional de la Salud (2002)	Declara que para el cumplimiento de las Metas del Milenio, es clave aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva.
---	---

N°4: Acuerdos Internacionales relacionados con Reproducción Asistida

Nombre	Descripción
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICP) (1966)	Protege el derecho a la vida privada, a la familia y a la igualdad y la no discriminación.
Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW) (1989)	Reconoce el derecho a decidir si procrear o no hacerlo, al igual que tener acceso a información y los medios que les permitan ejercer este derecho.
Conferencia de Población El Cairo (1994)	Plantea la necesidad del acceso universal de servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015.
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000)	Explica que la ausencia de tratamientos de infertilidad es una barrera relevante al acceso universal de la salud reproductiva (ODM5), y constituye una fuente de desigualdad en el acceso a los beneficios que aporta la ciencia y la tecnología.

Desafíos

En las últimas décadas, se ha debatido a nivel mundial si el derecho a nuevas tecnologías reproductivas es parte de los derechos reproductivos. En 1994, la Conferencia de Población El Cairo afirmó que los derechos sexuales y reproductivos son un derecho fundamental, e incluyó la prevención y tratamiento de infertilidad como los servicios básicos que debe de ser parte de la salud reproductiva²⁵.

Más recientemente, se argumenta que los derechos reproductivos deben incluir no solamente el derecho a controlar la fertilidad, sino también el derecho a facilitar la fertilidad²⁶. Para muchas parejas infértiles, facilitar la fertilidad y lograr la plenitud de los derechos reproductivos significa acceder a las TRA. En 2009, la OMS definió la palabra “infertilidad” como una enfermedad y así, como ya fue mencionado anteriormente, promueve que los Estados aseguren el acceso a los tratamientos necesarios, los cual incluyen las TRA.

El Estado de Chile no regula la fertilización asistida ni las TRA. No existen leyes que garanticen el acceso a tratamientos de infertilidad. Por otra parte, tampoco existen leyes que limiten o controlen el uso de fertilización asistida. Es la comunidad médica, y en particular la REDLARA, las que determinan las prácticas de admisibilidad a los tratamientos²⁷.

25 United Nations Population Foundation (UNFPA). (2014) Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition.

26 Inhorn, M. C. Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low-resource countries. Int J Gynaecol Obstet, 106(2).

27 Lecaros, A. (2012) Panorama del derecho comparado en

El Ministerio de Salud ha realizado reportes y guías, sin fuerza legal, que establece pasos y normas generales para el tratamiento de infertilidad y el uso de las TRA.

En 2006, el Estado promulgó la ley N° 20.120 sobre la investigación científica, la cual prohíbe la destrucción de embriones “para la obtención de células troncales”. Aunque no es una prohibición general de la destrucción de embriones, el código civil protege la vida desde concepción. Esto tiene consecuencias significativas para las parejas que se sometan a las TRA²⁸. Debido a la ley, parejas con embriones sobrantes no tienen la posibilidad de desechar o donarlos a la investigación en el caso que no quieran usarlos ellos mismos, o en caso de divorcio o separación. Solo tienen la opción de donar sus embriones a otra pareja o mantenerlos congelados indefinidamente, lo cual implica un gran costo económico para las parejas y/o la unidad médica.

La ausencia de legislación en relación a la reproducción asistida implica que su acceso es injusto. Como el Estado chileno no tiene los tratamientos y exámenes de infertilidad codificados, ni Fonasa (excepto los cupos del Programa Nacional de Fertilización Asistida), ni las Isapres lo cubren. Esto implica que la mayoría de personas que pueden acceder a las TRA son personas con más recursos económicos, lo cual discrimina a un grupo importante de la población. Solo un porcentaje menor de personas de medio y bajos recursos que son usuarias/os de Fonasa consiguen el beneficio. En contraste, una encuesta de opinión pública señala que la mayoría consideran que los tratamientos de fertilización asistida deben ser financiados por el Estado, incluso en mujeres solas²⁹.

La realidad actual de Chile es que el acceso a estos tratamientos depende casi exclusivamente de la capacidad económica de las parejas. Aún más, parejas de mismo sexo, mujeres mayores, personas solteras y personas sin pareja dependen de la aprobación de los centros médicos para acceder a las TRA.

Uno de los desafíos no solo para Chile, sino para todo el mundo, es aumentar la disponibilidad y accesibilidad de las TRA para todos lo que lo que necesiten. Un principio debe de ser introducir legislación para regular la reproducción asistida e incluirlo como parte de la atención integral de salud sexual y reproductiva. El derecho a los métodos, tratamientos y servicios asociados necesita ser protegido por el Estado. Esto significa ampliar el acceso a reproducción asistida a todas las personas que lo necesiten, no solo parejas heterosexuales.

Aunque la opinión pública chilena muestra que la mayoría no están de acuerdo con que las parejas del mismo sexo y mujeres mayores usen las TRA, esta normativa puede cambiar y ser socialmente aceptable con el tiempo³⁰. Una legislación que protege y promueve el derecho a las TRA para todas las personas puede influir este cambio social; es más, lo haría más accesible para personas con medios y bajos ingresos.

Para que personas en zonas rurales y en regiones tengan equidad en el acceso a la reproducción asistida, más que legislación, se hace necesaria la formación en estas técnicas de médicos y matronas en el nivel de atención primaria de tal manera que puedan derivar a las personas que lo requieren³¹.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la salud sexual y reproductiva es un estado físico, mental y social en todo relacionado con el sistema reproductivo³². Implica que las personas

materia de reproducción humana asistida, en Informe Académico 2012. Los problemas éticos y jurídicos de la reproducción humana asistida. Observatorio de Bioética & Derecho. Universidad del Desarrollo.

28 Op. cit. Inhorn.

29 Herrera, F. Teitelbom, B. Russo, M. Salas, S. Zegers Hochschild, F. (2013) Encuesta de opinión pública sobre reproducción humana y uso de tecnología de reproducción asistida en habitantes de Santiago, Chile. Rev Med Chil, 141(7).

30 Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales. (2012) Chile 2012. Encuesta Nacional UDP: Los chilenos frente a la homosexualidad. Universidad Diego Portales.

31 Ministerio de Salud. (2015) Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad.

32 United Nations Population Fund (UNFPA). Sexual & reproductive health. Consulado en <http://www.unfpa.org/sexual->

tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia³³.

Un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva debe incluir el conjunto de métodos, técnicas y servicios que controla la fertilidad al igual que facilita la fertilidad³⁴. Estos argumentos se usan para afirmar los derechos de parejas heterosexuales infértiles a acceder a la fertilización asistida, pero dejan atrás a las personas más vulnerables. El Estado de Chile tiene la obligación de ofrecer una atención integral de la salud y reproductiva a todas y todos, independiente de estado civil, lugar de residencia, estatus económico, género u orientación sexual.

Por otra parte, la creación de una red en Reproducción Humana es una alternativa para mejorar el diagnóstico de infertilidad y derivar por complejidad diagnóstica en regiones³⁵. Siendo estas medidas importantes no son una solución completa. Se hace imprescindible contar con médicos y matronas especializadas en Medicina Reproductiva y fertilización asistida en regiones.

A su vez, se requiere ampliar los centros y unidades de Medicina Reproductiva con la capacidad y tecnología de alta calidad para ofrecer reproducción asistida a lo largo del país. Es una injusticia obligar a las personas que necesitan las TRA a que tengan que viajar a la Región Metropolitana o la zona central, lo cual implica gastos en transporte, alojamiento y comida, así como solicitar permiso en el trabajo.

El conjunto de estas estrategias pueden facilitar el acceso a la fertilización asistida, en particularmente las TRA, haciéndolo más equitativo en regiones y zonas rurales.

reproductive-health.

33 Op. cit. Minsal, 2015.

34 Op. cit. Inhorn, M. C.

35 Op. cit. Devoto 2012.

