



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
SEDE LA PATAGONIA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS ASOCIADAS A LAS TÉCNICAS DE
REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN CHILE Y EN EL CONTEXTO
INTERNACIONAL, PERIODO 2012-2021**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Matronería

Profesora guía: Mat Mg Lorena Del Pilar Navarro Castillo

Estudiantes: Melannie Abigail Almonacid Zenteno

Isidora Valentina Bañados Aranda

Javiera Camila González Turra

Ana Luisa Granda García

Catalina Antonia Jaque Reyes

Pamela Beatriz Soto Uribe

DERECHO DE AUTOR

© (Melannie Almonacid, Isidora Bañados, Javiera González, Ana Luisa Granda, Catalina Jaque y Pamela Soto)

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Puerto Montt, Chile

2022

HOJA DE CALIFICACIÓN

En _____, el ____ de _____ del _____, los abajo
firmantes dejan constancia que las alumnas

_____ y
_____ de la carrera de
_____ han aprobado la tesis para
optar al título de _____ con, una
nota de _____.

Nombre y firma del profesor evaluador

Nombre y firma del profesor evaluador

Nombre y firma del profesor evaluador

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

1 Identificación del autor.

Nombre (s): Almonacid et al.

Dirección: Lago Panguipulli 1390, Puerto Montt, Región Los Lagos.

Teléfono: 998018041

Email: grupotesina0322@gmail.com

2 Identificación del Trabajo de Titulación.

Título: POLÍTICAS PÚBLICAS ASOCIADAS A LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN CHILE Y EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL, PERIODO 2012-2021

Facultad: Ciencias para el cuidado de la salud

Carrera: Obstetricia y matronería

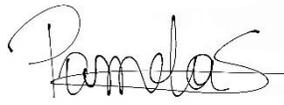
Título o grado al que opta: Licenciado en Obstetricia y Matronería

Profesor guía: Lorena del Pilar Navarro Castillo

Fecha de entrega: 23 de noviembre del 2022

3 A través del presente formulario se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Autorizo su publicación (marcar con una X según corresponda).	
X	Inmediata.
	Desde esta fecha: _____ (mes/año).
	NO autorizo su publicación completa, solo resumen y metadatos.

Nombre, firma y Rut autor (es).		
<p>Melannie Abigail Almonacid Zenteno</p> <p>20.612.378-8</p> 	<p>Isidora Valentina Bañados Aranda</p> <p>20.441.939-6</p> 	<p>Javiera Camila González Turra</p> <p>20.492.724-3</p> 
<p>Ana Luisa Granda García</p> <p>20.622.408-8</p> 	<p>Catalina Antonia Jaque Reyes</p> <p>20.494.392-3</p> 	<p>Pamela Beatriz Soto Uribe</p> <p>20.659.427-6</p> 

DEDICATORIA

Queremos dedicar este proyecto a nuestras familias y personas significativas en nuestras vidas, por apoyarnos emocionalmente, entregarnos las facilidades para desarrollar esta investigación, motivándonos día a día y confiando en nuestras capacidades.

Además, nos dedicamos esta tesina a nosotras, por el esfuerzo entregado día a día, el arduo trabajo, la organización y el buen trabajo en equipo el cual nos permitió finalizar con éxito este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Como grupo de tesina en primera instancia queremos agradecer a nuestra querida tutora Lorena Navarro Castillo por acompañarnos y guiarnos en este proceso fundamental para nuestro desarrollo académico como profesional, entregándonos constantemente sus conocimientos, ayudándonos a mejorar, brindando contención emocional y potenciando nuestras habilidades.

A la docente Macarena Martínez Ordenes por entregarnos las bases necesarias para la construcción de este proyecto con su buena disposición y gran vocación docente.

Al Bibliotecólogo Sergio Oliveros Castro por siempre tener buena disposición esclareciendo dudas, enseñarnos, brindarnos calma en el proceso y guiarnos.

Finalmente, agradecer al Ingeniero en computación e informática Rodrigo Villarroel Soto por su cooperación en la estructura y formato de la tesina.

TABLA DE CONTENIDOS

	Págs.
DERECHO DE AUTOR	2
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN	4
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTOS	7
TABLA DE CONTENIDOS	8
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	14
1.1 Formulación del problema	14
1.2 Problema de investigación	15
1.3 Justificación	16
1.4 Delimitación	18
1.4.1 Alcances	19
1.4.2 Limitaciones	19
1.5 Estado del arte	19
1.6 Objetivo	23
1.6.1 Objetivo general	23
1.6.2 Objetivos específicos	23
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL	24

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1 Enfoque y tipo de estudio	27
3.2 Características de las bases de datos y tipo de documentos	27
3.3 Criterios de inclusión y exclusión de los artículos seleccionados	29
3.4 Descriptores utilizados y sus definiciones MESH/DEC's	29
3.5 Análisis de base de datos	30
3.6 Formato de síntesis PRISMA	31
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
4.1 Resultados	32
4.2 Políticas públicas y legislaciones sobre terapia de reproducción asistida	41
4.3 Las técnicas de reproducción asistida	45
4.4 Acceso de personas heterosexuales y homosexuales a TRA	46
4.5 Barreras valóricas en el acceso	49
4.6 Barreras económicas en el acceso	49
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	51
5.1 Recomendaciones para investigaciones futuras	53
REFERENCIAS	54
ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

RESUMEN

RESUMEN: La infertilidad es considerada como un problema de salud complejo desatendido en gran parte de los países, es por esto que los Estados se ven en la obligación de implementar políticas públicas que den cuenta de esta problemática.

OBJETIVO: Identificar las políticas públicas de salud en cuanto a técnicas de reproducción asistida disponibles para personas heterosexuales y homosexuales en Chile y el contexto internacional, desde el año 2012 hasta el año 2021.

METODOLOGIA: Revisión de alcance, donde se busca identificar conceptos claves de un tema a través de una búsqueda amplia de la literatura.

RESULTADOS: De los 12 países incluidos en la investigación, 10 presentaron legislaciones en TRA. Estas fueron diferenciadas según aspectos que involucran las políticas públicas (legislación, requisitos de acceso, financiamiento, TRA permitidas y prohibidas). Se encontraron barreras de acceso principalmente económicas y valóricas. Además, se destaca la brecha que existe en el acceso a las TRA donde se evidencia la ventaja que tienen las personas heterosexuales por sobre las homosexuales en materia legislativa.

CONCLUSIONES: En la actualidad diversos países cuentan con legislaciones para TRA, sin embargo, aún existen limitaciones y/o barreras para quienes deseen acceder a tecnología reproductiva, principalmente en el ámbito económico y ético. Es por esto que los países deben dar cuenta de estas inequidades y considerar reformas en sus legislaciones que favorezcan los

derechos reproductivos y un acceso equitativo para toda la población que lo requiera.

PALABRAS CLAVES: técnicas de reproducción asistida, políticas públicas, infertilidad.

ABSTRACT

ABSTRACT: Infertility is considered a complex health problem that is neglected in most countries, which is why States are obliged to implement public policies that address this problem.

OBJECTIVE: Identify public health policies regarding assisted reproduction techniques available for straight and homosexual people in Chile and the international context, from 2012 to 2021.

METHODS: Scoping review, which seeks to identify key concepts of this topic through a broad search of the literature.

RESULTS: Differences and similarities are evident in the countries studied regarding the variables of legislation, access requirements, financing, permitted and prohibited techniques on ART. Mainly economic and value barriers were found. In addition, the gap that exists in access to TRA is highlighted, where the advantage that heterosexuals have over homosexuals in legislative matters is evident.

CONCLUSIONS: Currently, several countries have legislation for ART, however, there are still limitations or barriers for those who wants to access reproductive technology, mainly in the economic and ethical spheres. This is why the States must account for these inequities and consider reforms in their legislation that favor reproductive rights and equitable access for the entire population that requires it.

KEY WORDS: assisted reproduction techniques, public policies, infertility.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Formulación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses de mantener relaciones sexuales no protegidas.

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) se definen como:

El conjunto de técnicas que facilitan o sustituyen los procesos naturales que producen un embarazo. 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 (Miles Chile, 2016).

Actualmente el Estado de Chile en la Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad (2015) define a las TRA como:

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 cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado.

En relación con esto, Chile considera a la fertilización mediante inseminación artificial como técnica de baja complejidad y como alta complejidad a técnicas de fertilización in vitro (FIV) y a la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). No obstante, el país no incluye ovodonación, útero subrogado, banco de espermios y embriodonación como técnicas de reproducción asistida (Chile Atiende, 2021).

Internacionalmente aproximadamente un 15% de las parejas tiene problemas de fertilidad, siendo las más afectadas las mujeres (40-45%), seguida

por los hombres (35-40%) y por último cuando ambas personas son afectadas. Cabe señalar que mediante un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI) cerca del 10% de las mujeres en edad fértil se han visto afectadas por problemas de fertilidad durante el primer año de matrimonio, sin embargo, con el pasar de los años aproximadamente el 4% de parejas casadas son infértiles (Ministerio Nacional de Salud [MINSAL], 2015).

La carencia de políticas públicas para la salud reproductiva tanto en Chile como en el mundo puede traer como consecuencia un daño inevitable al sistema reproductivo de las personas. Es por esto que, junto con llevar una cifra de los casos de infertilidad femenina, también es fundamental detectar y llevar el conteo de manera adecuada de las causas masculinas que puedan producir la infertilidad, ya que en muchos casos será por estas razones que la pareja tendrá que acceder a terapias de reproducción asistida médicamente, o conocida por sus siglas como RAM (Céspedes y Correa, 2021).

Esto contribuye al problema de las carencias de políticas públicas de TRA, ya que como sociedad se dice que gran parte de los problemas de fertilidad están centrados en la mujer y es por esto que en la actualidad las prestaciones van dirigidas sólo a parejas heterosexuales y a mujeres menores de 40 años, limitando así al acceso a parejas de la comunidad LGBT, mujeres y hombres solteros/as que quieran tener hijos.

1.2 Problema de investigación

¿Cuáles son las diferencias y similitudes entre las políticas públicas de reproducción asistida en Chile y el contexto internacional en relación con personas heterosexuales y homosexuales?

1.3 Justificación

Según Mallorquín (2017) en Chile no existía una legislación que considerara como un derecho el acceso a las TRA. Además, en la comunidad médica prevaleció la postura de que dicha situación se mantenga, ya que, si fuese el caso, podrían existir influencias de tipo ideológicas al momento de legislar algunos aspectos de éstas, como, por ejemplo, la disyuntiva de si establecer o no la criopreservación de embriones, considerando que pueden ser utilizados a futuro por la misma persona y/o parejas (Mallorquín, 2017). Según un estudio realizado el año 2015 en relación con las percepciones de parejas sometidas a TRA en Chile, y que pueden optar a ser donantes de embriones criopreservados, en su mayoría prefieren donarlos a parejas heterosexuales que, a madres solteras o parejas homosexuales, ejemplificando las influencias ideológicas existentes (Velarde et al., 2018).

En el año 2018 el Estado apoyó la implementación de los tratamientos para la infertilidad y TRA en la “Agenda Mujer”, mientras que para el año 2019, la infertilidad se incluyó como unas de las cinco prioridades en el presupuesto de salud, lo que permitió que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) incorpore un paquete de prestaciones para los beneficiarios que requieran acceder a ellas.

De acuerdo con Céspedes y Correa (2021) Chile destaca por sobre otros países por la creación de un programa de FIV con fondos estatales, el cual es desarrollado por el Ministerio de Salud, el seguro público FONASA y el instituto de investigaciones Materno Infantil (IDIMI).

La tasa de fertilidad en Chile da a conocer que las mujeres postergan la maternidad a edades más avanzadas resultando en una reducción en la tasa de natalidad. Lo que conlleva a que mujeres en edad más avanzada comiencen a intentar concebir embarazos, sin embargo, con la edad el porcentaje de infertilidad comienza a aumentar (FONASA, 2020) es por esto que las políticas

enfocadas en las técnicas de reproducción asistida en Chile se hacen cada vez más relevantes considerando la situación sociodemográfica actual.

Según información obtenida del Chile Atiende (2021); A la fecha en Chile, FONASA cuenta con un programa de fertilización de baja y alta complejidad. El acceso a este programa se da tanto para los servicios de salud pública, como servicios de salud privados que tengan el convenio con FONASA mediante el bono PAD o también denominado como modalidad de pago libre elección, el cual consiste en que FONASA cubre la mitad de un costo fijo establecido por instituciones prestadoras y la pareja costea la otra mitad. Cabe destacar que esta prestación sólo está dirigida a parejas heterosexuales con el diagnóstico de infertilidad y con un máximo de 2 ciclos de por vida. (Zegers, 2022). Un ejemplo basado en la información de la Clínica de la Mujer de Reproducción Asistida, el costo total de los procedimientos desde la estimulación ovárica hasta la crioconservación de embriones es de \$3.750.650 del cual \$1.875.330 es cubierto por el bono PAD y el monto restante de \$1.875.320 debe ser costeado por la misma pareja.

Es importante señalar que, para acceder a TRA existen distintas limitaciones dentro de las cuales incluye preferentemente los costos y edades de mujeres que acceden a TRA. Según Zegers et al. (2022) señalan que está ampliamente demostrado que, en aquellos países en donde es el Estado quien financia las terapias de reproducción asistida las edades son mucho menores, contribuyendo a su vez a disminuir costos gracias a los resultados de los tratamientos y el uso de recursos de manera más eficiente. Hoy en día un 30% de las mujeres que acceden a TRA tienen 40 años o más versus un 27,3% que son mujeres jóvenes con buen pronóstico reproductivo. Esto corresponde a una de las principales diferencias entre otros países de Latinoamérica y Chile, ya que por ejemplo Uruguay, poseen leyes más avanzadas con cobertura universal

respecto a TRA en la que destaca, por ejemplo, según el Artículo 2 de la Ley N° 19.167 (2013):

Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

Estas diferencias legislativas plantean la necesidad de mejorar el acceso a políticas públicas en TRA, ya que en la actualidad en Chile sólo pueden acceder parejas heterosexuales quedando fuera las parejas homosexuales, personas solteras o que no puedan costear el tratamiento, pasando a llevar el derecho humano fundamental a formar una familia que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala en su artículo 16.1:

Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse a fundar una familia.

La utilidad de realizar la investigación es conocer las políticas públicas en relación a las técnicas de reproducción asistida que existen en Chile y sus diferencias y/o similitudes con el contexto internacional, pudiendo reconocer cuales son las principales fortalezas y falencias en la materia, con la finalidad de poner las temáticas sobre la mesa.

1.4 Delimitación

Este estudio se realizará en Chile y otros países que cuenten con políticas públicas asociadas a reproducción asistida. Abarcando un tiempo de investigaciones de hasta 9 años, incluyendo personas heterosexuales y homosexuales.

1.4.1 Alcances

Esta investigación busca identificar las políticas públicas en técnicas de reproducción asistida en Chile y países seleccionados, identificar diferencias y similitudes de las políticas entre los países, y describir las barreras y facilitadores en el acceso a las TRA.

1.4.2 Limitaciones

Este estudio no busca generar recomendaciones, ser guía para implementar nuevas políticas, valorar las terapias de reproducción asistida en cuanto su efectividad o recopilar las percepciones de los pacientes sometidos a TRA.

1.5 Estado del arte

En el marco del contexto internacional, en países europeos como Irlanda; la legislación de políticas en técnicas de reproducción asistida se ha visto obstaculizada principalmente por el monopolio moral católico, la constitución de la maternidad, familia y políticas conservadoras. Estos obstáculos generan un panorama complejo ya que, el acceso a estas tecnologías se ven restringidas por factores como el estado civil, orientación sexual, roles de género y/o por la procreación ligada al sexo, es decir una estructura nuclear heteronormada. Es por esta razón que el gobierno irlandés en el año 2005 establece la Comisión sobre Reproducción Humana Asistida, con el objetivo de dar a conocer posibles enfoques para la regulación de estas tecnologías teniendo en cuenta factores éticos, legales y determinantes sociales que permiten el desarrollo de políticas públicas en torno a estas técnicas y al desarrollo social (Jill, 2016).

Sin embargo, en España se creó la ley 14/2006 la cual tiene como objetivo regular la aplicación de TRA que estén acreditadas científica y clínicamente y además considera a estas técnicas para prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético siempre y cuando existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes. Uno de los artículos importantes a considerar de esta ley es el artículo 6 el cual especifica que:

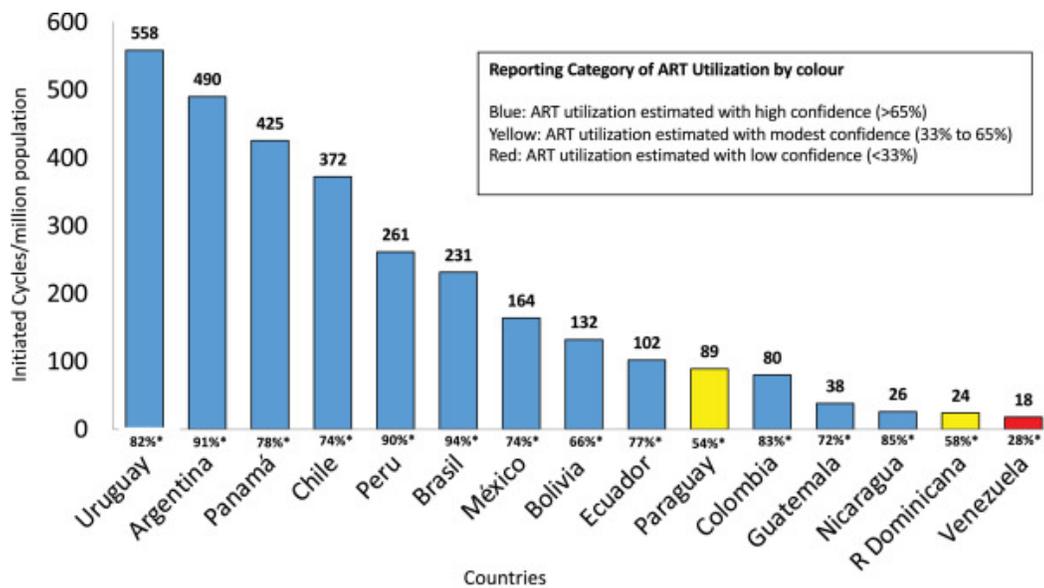
Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa (...) La mujer podrá ser usuaria o receptora de técnicas reguladas en esta ley con independencia de su estado civil y orientación sexual (Ley N°14/2006, 2006)

Por otro lado, en el continente africano, tenemos el ejemplo de Sudáfrica, país con alta demanda de técnicas de reproducción asistida, sin embargo, no todos sus habitantes pueden acceder debido a que hay diferencias en los sectores donde se prestan estos servicios, siendo el sector privado el que lidera en estas prestaciones (Conolly et al. 2020).

Con relación al contexto latinoamericano, los mayores contribuyentes en América Latina a la utilización de TRA son Argentina y Uruguay, ya que ambos países desarrollaron políticas públicas y leyes que brindan una atención universal al acceso de las terapias y ambos países han logrado incrementar la tasa de utilización de TRA a lo largo de los años (Zegers-Hochschild et al., 2022). En contexto nacional, Chile es un país donde hay menor acceso a las TRA en comparación a países desarrollados. En el año 2017, se presentaron 3988 ciclos de TRA, es decir, 349 ciclos por millón de habitantes, lo que se considera por debajo de los otros países latinoamericanos (Scarella et al., 2021).

En cuanto al número de ciclos de reproducción asistida a nivel latinoamericano, el gráfico 1 ordena a los países de manera descendente en relación con sus porcentajes asociados al número de ciclos de cada país; señala

que es Uruguay el país con más ciclos de TRA con un 82%, seguido por Argentina, Panamá y en cuarto lugar Chile con un 78% de ciclos de reproducción asistida.



(*) Rate of reporting = Number of cycles reported to the registry/ total or estimated total number of cycles performed in the country.

Figura n°1: Utilización de tecnología de reproducción asistida (TRA) por país: número total estimado de ciclos realizados por millón de habitantes en 2018. Fuente: Assisted Reproductive Technologies in Latin America: The Latin American Registry 2019 por Zegers-Hochschild et al., 2022.

La situación de Chile se explica por la desigualdad económica, social y demográfica que existe para el acceso a las TRA, debido a la centralización de los recursos en la región Metropolitana. Por ejemplo: en el año 2010 existían un total de 7 centros acreditados por la Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva (REDLARA); de estos, 5 se encuentran en Santiago y los restantes en la Región de Valparaíso y en la Región del BioBío. Entonces, al existir una escasa cantidad de centros que brinden los servicios de reproducción asistida en las demás regiones del país, genera que las personas deben viajar a la zona

donde se encuentran los servicios o bien finalmente no puedan acceder debido a la lejanía del lugar, falta de recursos económicos para costear el viaje, entre otros factores (Scarella et al., 2021).

En Chile los primeros centros existentes de medicina reproductiva fueron creados en Clínica Las Condes e IDIMI (Instituto de Investigación Materno Infantil), a mediados de la década del 80 los cuales contaban con matronas/matronas especialistas en esta área quienes cumplían con diferentes tareas como administración y coordinación de los programas de TRA, entrevistas a las parejas, entrega de consentimientos e información, acompañamiento emocional y social, registros de información clínica, administración de medicamentos parenteral, entre otros (Elevancini et.al., 2021).

En una población chilena que envejece aceleradamente con una elevada esperanza de vida y una tasa global de fecundidad que desciende cada vez más, se hace indispensable crear políticas públicas que faciliten el proceso de gestación y así, permitir un adecuado recambio poblacional (Donoso, 2007). Considerando además los obstáculos abordados, tales como el número limitado de ciclos que se establecen en las prestaciones, la centralización de las instituciones en la Región Metropolitana, prestadores principalmente del servicio privado y el costo asociado a las TRA (tanto económico como emocional), es fundamental establecer políticas que sean acordes a las necesidades actuales de la población y que puedan permitir un beneficio significativo para las personas.

1.6 Objetivo

1.6.1 Objetivo general

Identificar las políticas públicas de salud en cuanto a técnicas de reproducción asistida disponibles para personas heterosexuales y homosexuales en Chile y el contexto internacional, desde el año 2012 hasta el año 2021.

1.6.2 Objetivos específicos

- Describir la situación actual y los avances en políticas públicas en técnicas de reproducción asistida de Chile y países seleccionados.
- Identificar las diferencias y similitudes respecto a las políticas públicas encontradas entre Chile y los países seleccionados.
- Distinguir las barreras y facilitadores existentes para el acceso a técnicas de reproducción asistida en personas heterosexuales y homosexuales en Chile y países seleccionados.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL

Según Tamayo (1997), las políticas públicas son un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público identifica un problema importante en la población con el fin de eliminar o mitigar ese problema. En cuanto a las políticas públicas en salud, éstas abarcan las instituciones, organizaciones, servicios, y condiciones financieras que trabajan en conjunto con los sistemas de atención sanitario (Gómez et al., 2005) y que tienen como fin la búsqueda de la mejora continua de los problemas de salud contingentes a la población, y de esta forma, mejorar la calidad de vida. Para generar una política pública, es necesario plantear un problema que tenga relación con situaciones relevantes en la población, con la finalidad de generar estrategias y programas que vayan en beneficio de la salud de las comunidades (Subirats, 2001).

Dentro de los problemas de salud que existen en la actualidad, encontramos la infertilidad. En el año 2021, Chaquiriand define la infertilidad como un problema de salud en el que no se puede lograr una gestación posterior a un año de relaciones sexuales no protegidas y que puede tener causas originadas en el sistema reproductor masculino, femenino, mixto o idiopática. En relación con los cambios sociales de las poblaciones, se ha convertido en un motivo de consulta frecuente, por lo tanto, es necesario abordar los requerimientos y necesidades de los usuarios/as. Agregado a ello, se plantea que el tratamiento de las parejas debe abarcar la eficacia, costo, seguridad, y riesgos que se asocian a las TRA (Scarella et al., 2021).

Las técnicas de reproducción asistida permiten que una pareja infértil acceda a diferentes tipos de tratamientos con el objetivo de concebir y llevar a término un embarazo. Estas prácticas se llevan a cabo hace aproximadamente 40 años donde según Céspedes y Correa (2021) se han realizado 8,8 millones

de ciclos de TRA, habiendo nacido 1,6 millones de personas en el mundo, siendo una de las técnicas más utilizadas el FIV e ICSI.

Las técnicas de reproducción asistida en el mundo se componen por procedimientos de baja y alta complejidad. Dentro de las técnicas de baja complejidad se encuentra la inseminación artificial intrauterina, que consiste en seleccionar los mejores espermatozoides por medio de lavado de muestras de semen en base a morfología y actividad. Cuando ocurre la ovulación, los médicos insertan los espermatozoides electos en el útero para lograr la fecundación. Al ser una técnica poco invasiva y de baja complejidad es un procedimiento al que se puede acceder más fácilmente, sin embargo, es una de las técnicas menos efectivas (Rebar, 2020).

Otra técnica de baja complejidad es la donación de óvulos, proceso en el cual las mujeres donan óvulos con la finalidad de que estos sean utilizados en tratamientos de infertilidad.

Por otro lado, dentro de las técnicas de alta complejidad está la fecundación in vitro (FIV), procedimiento que puede ser utilizado para cualquier tipo de infertilidad sin importar su causa. Esta técnica consiste en una serie de pasos que tienen por finalidad la unión del óvulo y el espermatozoide, es decir la fecundación en laboratorio (fuera del cuerpo de la mujer). Para llevar a cabo este procedimiento se requiere cumplir pasos para su éxito, que consisten en la estimulación ovárica, recuperación de óvulos y la fertilización de estos, seguido por el cultivo de embriones y finalmente la implantación de estos en el útero de la mujer. Vale destacar que la posibilidad de llevar a cabo una gestación con esta técnica dependerá de factores biológicos de la mujer, principalmente de su edad.

Otra técnica de alta complejidad es la Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), este procedimiento es dirigido a parejas infértiles, principalmente a aquellas parejas en donde es el hombre quien tiene problemas de fertilidad. En relación con sus pasos, es bastante similar a los utilizados en la

FIV, la diferencia recae en que para la ICSI se inyecta un único espermatozoide a un único óvulo. En cuanto a efectividad de esta técnica, al igual que las anteriores dependerá en gran manera de la edad de la mujer, según datos obtenidos de la Sociedad Española de Fertilidad la tasa de gestación con esta técnica es de un 36,1% (Instituto de Reproducción CEFER, 2018).

Por último, otra TRA de alta complejidad es la transferencia intratubárica de gametos, técnica que consiste en la inyección de gametos a las tubas uterinas mediante laparoscopia, con la condición de que las tubas funcionen con normalidad. La recuperación de gametos se realiza de la misma manera que en FIV, sin embargo, la fertilización no se realiza en laboratorio o fuera del cuerpo de la mujer, sino que, los óvulos y espermatozoides se depositan directamente en las tubas de manera que la fecundación se produzca en ellas (Rebar, 2020).

Realizar un análisis objetivo de las necesidades y problemáticas de la población objetivo permite gestionar políticas públicas atinentes al contexto, que sean realistas y logren obtener un impacto eficaz en la vida de las personas.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y tipo de estudio

La metodología de la investigación es una revisión sistemática de alcance, en la que se busca identificar conceptos claves de un tema a través de una búsqueda amplia de la literatura (Chambergó-Michilot et al., 2021), además permite examinar la actividad científica, especialmente en temáticas en las que es difícil acceder a la información; identificar rápidamente la literatura previa a una revisión sistemática; sintetizar resultados científicos, e identificar vacíos en la literatura.

3.2 Características de las bases de datos y tipo de documentos

Las bases de datos utilizadas producen y recopilan artículos, capítulos de revistas científicas, médicas y tecnológicas en texto completo. Estas bases de datos son Pubmed, EBSCOHOST, ProQuest One Academic, Sciencedirect (Elsevier) y Web of Science, además la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN).

Las bases de datos fueron buscadas con “Assisted Reproductive Techniques AND Public Policies AND Humans” a excepción de la BCN donde se buscó con “Infertilidad porque no permite la búsqueda con operadores booleanos”

Dentro de las bases de datos utilizadas para la búsqueda, se encuentran:

Pubmed, esta es una base de datos gratuita con enfoque en las ciencias de la salud. Pubmed permite búsquedas sencillas y complejas por filtros específicos, (Trueba-Gómez y Estrada-Lorenzo, 2010) dentro de Pubmed los

filtros que se utilizaron fueron año (2012-2021), acceso (open full text), tipo de documento (libros y documentos, estudios clínicos, revisiones). El total de artículos encontrados fue de 19.

EBSCOHOST, brinda acceso a 22 bases de datos, con un total de 31.125 journals, y más de 20.000 en texto completo. Abarca todas las áreas del conocimiento (Biblioteca USS, 2022). Los filtros utilizados en esta base son año (2012-2021), texto completo e idioma (inglés y español). El total de artículos encontrados fue de 86.

ProQuest One es un portal que brinda acceso a revistas académicas, libros electrónicos, disertaciones, tesis, noticias y contenido de video en todas las disciplinas, en una interfaz de usuario unificada y amigable. Incluye estas cuatro colecciones multidisciplinarias: ProQuest Central, Academic Video Online, Academic Complete y Dissertations & Theses (Biblioteca USS, 2022). Los filtros utilizados son año (2012-2021), tipo de documentos (libros, revistas científicas, reseña o revisión, revisión de literatura), tipo de acceso (texto completo, acceso gratuito) e idioma (inglés y español). El total de artículos encontrados fue de 4.036.

Science Direct, el contenido de esta base de datos representa el 25% de la producción científica mundial, con más de 14 millones de artículos y capítulos de libros en las áreas científicas, tecnológicas y médicas, con acceso a más de 3.400 revistas en texto completo de Elsevier (Biblioteca USS, 2022). Los filtros utilizados son año (2012-2021), tipo de artículo (artículos de revisión, artículos de investigación, capítulos de libros) y tipo de acceso (acceso abierto). El total de artículos encontrados fue de 500.

Web of Science la cual es una base de datos de información bibliográfica y recursos de análisis de la información que permiten evaluar y analizar el rendimiento de la investigación. Su objetivo no es proporcionar textos completos, sino que proporcionar herramientas de análisis que permitan valorar la calidad

científica (Biblioteca USS, 2022). Los filtros utilizados en esta base de datos son tipo de acceso (acceso abierto), años de publicación y tipos de documento (artículo). El total de artículos encontrados fue de 4.

Por último, se utilizó como fuente de información gubernamental la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) la cual es un servicio común del Senado y la Cámara de Diputados(as) que pone a disposición de la ciudadanía mediante su página web material bibliográfico, documental, jurídico e historia política legislativa del país. (BCN, 2022). La página web de la BCN otorga resultados en base a temas o palabras claves y permite filtrar por fuentes y tipo de recurso. El total de documentos encontrados fueron 42.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión de los artículos seleccionados

Se incluyen artículos de acceso gratuito, artículos de investigación original, artículos de revistas científicas, revisiones sistemáticas, páginas web, guías gubernamentales y guías clínicas en idioma español e inglés, que comprendan las políticas públicas asociadas a las técnicas de reproducción asistida en la especie humana, con un rango de años de 2012 a 2021.

Se excluyen artículos sin acceso a texto completo, que sólo incluyan las técnicas de reproducción asistida, que aborden creencias y percepciones, que sus estudios sean realizados en animales.

3.4 Descriptores utilizados y sus definiciones MESH/DEC's

Definición de los descriptores a través del MESH (Medical Subject Headings)

1. Técnicas de Reproducción Asistida: Técnicas clínicas y de laboratorio utilizadas para mejorar la fertilidad en humanos y animales.

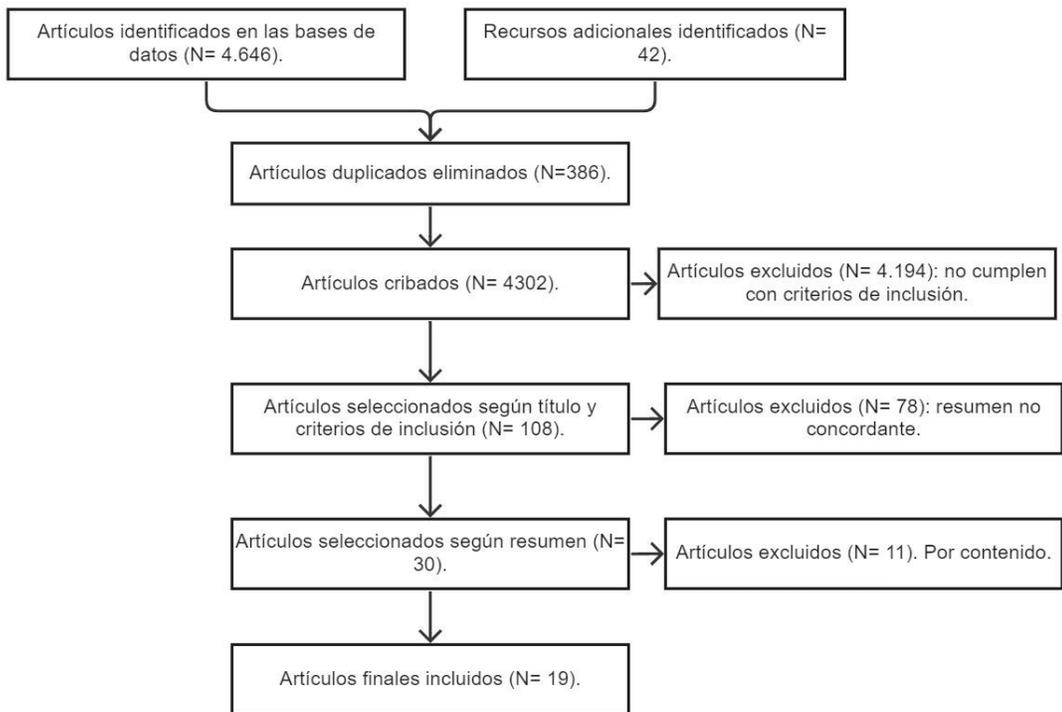
2. Políticas Públicas: Un curso o método de acción seleccionado, generalmente por un gobierno, entre alternativas para guiar y determinar las decisiones presentes y futuras.
3. Humanos: Miembros de la especie Homo Sapiens.

3.5 Análisis de base de datos

En base a la ecuación “Assisted Reproductive Techniques AND Public Policies AND Humans” se encontraron 4.646 artículos en las bases de datos establecidas: Pubmed, EBSCOHOST, ProQuest One Academic, ScienceDirect (Elsevier) y Web of Science, de los cuales 386 artículos fueron eliminados por estar duplicados, quedando un total de 4.302 documentos. Mediante el análisis de éstos, se excluyeron 4.194 debido a que no cumplían con los criterios de inclusión anteriormente mencionados quedando un total de 108 artículos. Seguidamente se excluyeron 78 artículos por resumen no concordante al tema a tratar, de los cuales los concordantes fueron 30 artículos. Finalmente, mediante el análisis de cada documento se eliminaron 11 artículos quedando 19 documentos para la elaboración de la revisión sistemática de alcance.

En la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) se realiza la búsqueda con la palabra “infertilidad”, este concepto para la identificación es seleccionado debido a que engloba todos los contenidos que tratan la investigación (TRA, políticas públicas). Encontrando un total de 42 resultados. De estos, se excluyen 40 artículos debido a que no cumplen con los criterios de inclusión y contenido no concordante. Y quedan seleccionados para la investigación 3 artículos.

3.6 Formato de síntesis PRISMA



Elaboración propia, 2022.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con lo investigado, se seleccionaron 16 artículos por medio de la identificación de éstos en bases de datos, la eliminación de los duplicados, el uso de criterios de inclusión y exclusión para el tamizaje, con el fin de reconocer las diferencias y similitudes entre distintos países en cuestión. La búsqueda tiene como objetivo determinar acceso a las TRA, las principales barreras, diferencias, similitudes y oportunidades en cada país.

4.1 Resultados

Tabla 1

Caracterización de los artículos seleccionados

Fuente	Autor y Año	Título	Tipo de documento	País	Metodología	Descubrimientos
EBSCOhost	Chambers, G M; Hoang, V P; Illingworth, P J. 2013	Socioeconomic disparities in access to ART treatment and the differential impact of a policy that increased consumer costs	Artículo de revista	Australia	Mixta	Las mujeres del nivel socioeconómico más alto logran acceder a más tratamientos de TRA que la de los quintiles más bajos independiente del alza en los copagos establecidos por el sistema medicare. Se evidencia que posteriormente al alza de precios hubo en general una reducción del 21-25% de los ciclos de FIV, sin embargo, los ciclos de inseminación intrauterina se mantuvieron sin cambios significativos.
EBSCOhost	Lopoo, Leonard M; Raissian, Kerri M. 2012	Natalist policies in the United States	Artículo de revista	Estados Unidos	Cualitativa	En los estados unidos existen un gran número de políticas que afectan la fertilidad de las mujeres siendo en algunos casos intencional, también se demuestra que algunas políticas no afectan de manera uniforme a la población en cuanto a los ingresos ya que algunas políticas se dirigen solo a población de bajos ingresos y otras a población de altos ingresos, sin generar un punto medio. Se establece como meta que las mujeres de más bajos ingresos tengan el mismo control sobre su fertilidad que las mujeres de altos ingresos.
EBSCOhost	Bonnie, Stabile. 2016	Reproductive policy and the social construction of motherhood	Artículo de revista	Estados Unidos	Cualitativa	Debido al avance de la sociedad, las mujeres han mejorado su estatus económico y poder político lo cual se relaciona con la capacidad reproductiva. Las políticas que se han establecido con respecto a los avances reproductivos son capaces de dar respuesta a las construcciones sociales existentes sobre la procreación. La política pública debe ser un agente de cambio en la construcción social de la maternidad y la forma en la que se reproducen las mujeres.

Fuente	Autor y Año	Título	Tipo de documento	País	Metodología	Descubrimientos
ProQuest One Academic	López, A., et al. 2020	The need for regulation in the practice of human assisted reproduction in Mexico. An overview of the regulations in the rest of the world	Artículo de revista	México, Argentina, Uruguay y Chile	Cualitativa	La falta de regulación de TRA puede provocar que personas viajen a otros países para optar a TRA, lo que puede causar aumento de fraudes, abusos y riesgos clínicos. Además, permite que las instituciones que presten servicios de TRA ya sean públicos o privados, establezcan sus costos para cada TRA y que tengan sus propios requisitos de inclusión los cuales pueden ser arbitrarios.
ProQuest One Academic	Carsley, S. 2014	Rethinking Canadian Legal Responses to frozen embryo disputes	Artículo de revista	Canadá	Cualitativa	Se sugiere reformar la ley canadiense, en base a modificar ciertos aspectos como: permitir que, si una persona desea utilizar los embriones, pueda hacerlo y no se vea limitada por el desacuerdo de la pareja o la otra persona involucrada. Y las clínicas que ofrecen los servicios establezcan mayor educación y asesoramiento.
ProQuest One Academic	Morshed-Behbahani et al. 2020	Infertility policy analysis: a comparative study of selected lower middle-middle-and high- income countries	Artículo de revista	Estados Unidos, Australia	Cuantitativa	Es necesario lograr una atención de la infertilidad equitativa, para ello se debe considerar la infertilidad como un derecho humano. Además, los servicios preventivos de infertilidad deben ser integrados a la atención primaria de salud.
ProQuest One Academic	Suzuki, M. 2014	In vitro fertilization in Japan --Early days of in vitro fertilization and embryo transfer and future prospects for assisted reproductive technology--	Artículo de revista	Japón	Cualitativa	En Japón, se proyecta una disminución drástica de la población en los próximos 30 años, por ende, es relevante considerar la FIV como una terapia primordial, y es necesario establecer sus regulaciones.

Fuente	Autor y Año	Título	Tipo de documento	País	Metodología	Descubrimientos
ProQuest One Academic	Hsu, Jason C;× Yu-Chi Su;Bo-Yun, Tang;Lu, Christine Y. 2018	Use of assisted reproductive technologies before and after the Artificial Reproduction Act in Taiwan	Artículo de revista	Taiwán	Cuantitativa	La ley ARA implementada el 2007 en Taiwán busca respaldar el uso de las técnicas de reproducción asistida mediante subsidios económicos que faciliten el acceso de su población, el fin es poder mejorar la tasa de fertilidad de este país.
ProQuest One Academic	Gibson et al. 2013	Assisted reproductive technology and inheritance law: differing jurisdictional approaches to determining heirship in the world of modern reproduction	Artículo de revista	Suiza	Cualitativa	Existen avances significativos de la tecnología en reproducción asistida, y con ello, aumenta el número de personas que acceden a esta, pero surgen cuestionamientos en cómo las legislaciones pueden establecer límites claros en la filiación.
ScienceDirect	Mehta et al. 2013	Limitations and barriers in access to care for male factor infertility	Artículo de revista	Estados Unidos	Cuantitativa	La falta de regulación federal que establezca la obligación de adoptar seguros médicos para los servicios de infertilidad en todos los estados es un obstáculo económico importante en Estados Unidos, más aún para los hombres que están más limitados que las mujeres en el acceso debido a la menor cantidad de estados que se adhieran a seguros médicos que cubran el factor masculino de la infertilidad.
ScienceDirect	Imaz, Elixabete. 2017	Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain	Artículo de revista	España	Cualitativa	Las leyes que rigen la formación de las familias en España son las mismas para hombres y mujeres independientes de su orientación sexual, pero tienen un impacto diferente, las parejas homosexuales ven más obstaculizado su camino para formar familia mediante adopción o TRA que las parejas de lesbianas.

Fuente	Autor y Año	Título	Tipo de documento	País	Metodología	Descubrimientos
Web of Science	Calhaz-Jorge, C. et al. 2020	Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)	Artículo	España	Cuantitativa	Los datos obtenidos de 43 de los 44 países europeos que realizan TRA deja en evidencia las diferencias y similitudes en cuanto a legislación, normativas, requisitos de acceso, ayudas públicas y sistemas de registro. Lo anterior evidencia la diversidad encontrada en Europa en cuanto a lo que se ve involucrado en las políticas públicas establecidas en este continente.
ProQuest One Academic	Snow, Dave. 2014	Reproductive Autonomy and the Evolving Family in the Supreme Court of Canada: Implications for Assisted Reproductive Technologies	Artículo de revista	Canadá	Cualitativa	El camino a la legislación sobre TRA en Canadá, ha sido un tema de discusión por creencias liberales versus creencias conservadoras enfocadas principalmente en el concepto de lo que implica formar una familia. En este sentido cobra mucha importancia la definición de lo que es una familia tradicional, comunidad LGBT, “prostitución reproductiva” y turismo reproductivo para quienes quieran acceder a técnicas de reproducción asistida
ProQuest One Academic	Francesco Paolo Busardò. Et al. 2014	The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members	Artículo de revisión	Unión Europea	Cualitativa	Las legislaciones de TRA en la Unión Europea, derivan de enfoques extremadamente prohibitivos como Italia o Lituania; enfoque regulatorio cauteloso como el de Dinamarca o Francia y un sistema regulatorio liberal como el de Reino Unido o España, etc. Actualmente ciudadanos que vivan en Estados más restrictivos, forma una brecha de tratamiento vs quienes tienen perspectiva más liberal.

Fuente	Autor y Año	Título	Tipo de documento	País	Metodología	Descubrimientos
ProQuest One Academic	Bahar Morshed-Behbahani. Et al. 2020	Analysis and exploration of infertility policies in Iran: a study protocol	Artículo de revista	Irán	Cualitativa	La infertilidad es un problema de salud complejo que todos los países debiesen considerar en su agenda en salud para la formulación de políticas públicas que den cuenta de TRA, sin embargo, el documento da cuenta de la naturaleza compleja del proceso de formulación de políticas y las múltiples influencias y actores sobre este proceso, principalmente en Irán.
PubMed	Ido Alon, Jose Guimón , Rosa Urbanos-Garrido. 2019	Regulatory responses to assisted reproductive technology: a comparative analysis of Spain and Israel	Artículo de revista	España, Israel	Cualitativa	Los países de España e Israel son uno de los países más activos en el campo de TRA, en ambos, la formulación de legislaciones en TRA han sido menos restrictivas y favorables para FIV, en la actualidad ambos países son centro del turismo reproductivo.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Tabla 2

Diferencias y similitudes en políticas públicas y/o legislaciones relacionadas con TRA en países seleccionados

País	Legislación sobre TRA	Requisitos de acceso	Financiamiento de TRA	TRA permitidas	TRA prohibidas
España	Ley de reproducción humana asistida o ley 14/2006.	Mujeres y hombres mayores de 18 años independientemente de su orientación sexual y estado civil. Mujeres y hombres solteros/as. Parejas heterosexuales y homosexuales.	Si	Fecundación Mortem hasta 12 meses post muerte del donante con consentimiento previo, FIV, inseminación artificial, transferencia embrionaria, ICSI.	Post Gestación Subrogada
Israel	Si	No especifica	Si. Mayormente las TRA son financiadas con fondos públicos.	Fertilización in vitro	No especifica
EEUU	Ley de Asistencia Asequible (ACA). promulgada el 2010 obliga a los ciudadanos estadounidenses y a los residentes legales a tener seguro de salud, dentro del cual se costea una parte o la totalidad del diagnóstico o tratamiento de infertilidad.	Residentes que adquieran seguros médicos que cubran el diagnóstico y/o tratamiento de la infertilidad. Los estados que están sujetos a esta ley son Arkansas, Illinois, Montana, Rhode Island, California, Louisiana, New Jersey, Texas, Connecticut, Maryland, New York, West Virginia, Massachusetts y Ohio, de estos los únicos estados que exigen la evaluación y/o tratamiento de la infertilidad masculina son California, Connecticut, Massachusetts, Nueva Jersey, Nueva York y Ohio.	Si. Seguros médicos de salud.	Ovodonación, gestación subrogada, diagnóstico genético preimplantacional.	No especifica

País	Legislación sobre TRA	Requisitos de acceso	Financiamiento de TRA	TRA permitidas	TRA prohibidas
Canadá	Ley de Reproducción Asistida (AHRA)	No específica.	No específica.	Fertilización in vitro.	Gestación subrogada con fines de lucro.
Suiza	Ley Federal sobre Reproducción Médicamente Asistida	Personas con diagnóstico de infertilidad o que corran riesgo de transmitir enfermedad grave a su hijo/a. Acceden parejas heterosexuales.	No específica.	Fertilización in vitro, inseminación artificial.	Gestación subrogada, ovodonación, donación de embriones.
Taiwán	Ley de reproducción artificial (ARA). Implementada en 2007 para respaldar mejor el uso de tecnología de reproducción asistida	No hay restricción de edad ni de ciclos, solo que las parejas deben estar casadas legalmente.	Si. Subsidios estatales a familias de menores ingresos.	Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos.	Gestación subrogada.
Japón	No	No específica	No específica	Fertilización in vitro, donación de gametos.	Gestación subrogada, transferencia citoplasmática y reemplazo nuclear celular.
Australia	Si	Personas con diagnóstico de infertilidad y mayores de edad.	Si. Sistema de salud público, por medio del programa MEDICARE.	Fertilización in vitro, inseminación artificial, ovodonación, gestación subrogada sin fines de lucro, inseminación intrauterina.	Gestación subrogada con fines de lucro.

País	Legislación sobre TRA	Requisitos de acceso	Financiamiento de TRA	TRA permitidas	TRA prohibidas
Chile	Ley 18.469: artículo 8.	Parejas heterosexuales casadas o convivientes de al menos 2 años que sean beneficiarios de FONASA de los tramos B, C o D, contar con diagnóstico previo de infertilidad y/o que su pareja cuente con el diagnóstico. Para acceder al bono PAD por red asistencial privada deben ser personas de entre 25 a 37 años.	Si Mediante FONASA (sistema público) o Bono PAD (sistema privado).	Inseminación artificial, fertilización in vitro, ICSI.	Gestación subrogada
Argentina	Ley 286.862: artículo 13.	Cualquier persona adulta, independientemente de su edad, estado civil.	Mixto, sistema público y privado.	No especifica.	No especifica.
Uruguay	Ley 19.167	No especifica.	Mixto, sistema público y privado.	Inseminación artificial, fertilización in vitro, ICSI, transferencia intratubarica de cigotos y embriones.	No especifica.
México	No especifica.	Sólo matrimonios, un máximo de hijos anteriores, la edad (depende de cada centro) máximo 40 años.	Mixto, sistema público y privado.	Fertilización in vitro, ICSI, Transferencia de embriones, crio preservación de gametos, donación de gametos.	Gestación subrogada en algunos estados de México, en otros estados es regulado estrictamente.

Fuente: Elaboración propia 202

4.2 Políticas públicas y legislaciones sobre terapia de reproducción asistida

España además de contar con la ley 14/2006 cuenta con el Real Decreto N° 1.030/2006, el cual establece una cartera básica de prestaciones en salud, los centros sanitarios deben proveer de esta cartera básica de servicios en igualdad para todos los ciudadanos, en el ámbito de la aplicación de las TRA, los centros de salud que las imparten deben estar bajo la aprobación de la autoridad sanitaria correspondiente, el Real Decreto también estipula que:

Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione (BCN, 2018).

En Canadá, la ley de reproducción humana asistida (AHRA) promulgada en 2004 establece prohibición de varias actividades como lo son la donación de esperma u óvulos o subrogación. Si bien las prohibiciones de la ley canadiense afectan a todos los ciudadanos independientemente de su orientación sexual y/o estado civil, el mayor impacto se lo llevan las parejas infértiles que deben infringir la ley, puesto que, si bien existen clínicas canadienses de TRA, éstas importan esperma de los Estados Unidos donde el pago por esperma si se permite, la otra opción por el contrario es acceder a TRA en otros países lo que implica más gasto de bolsillo para las parejas (Snow, 2014).

En cuanto a Estados Unidos (EE. UU) en 1992 se creó la Fertility Clinic Success Rate and Certification Act la cual tiene como objetivo estandarizar la notificación de las tasas de éxito del TRA en todo el país. Esto se haría a través del trabajo conjunto de varias organizaciones como la Sociedad de Tecnología de Reproducción Asistida (SART), la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y los

Institutos Nacionales de Salud (NIH), entre otros, que son responsables de informar los datos sobre los ciclos de tratamiento de reproducción asistida de las clínicas de TRA en los EE. UU. Sin embargo, cada política pública depende de cada estado. Desde la década de 1980, 15 estados han adoptado leyes que exigen que los proveedores de seguros cubran el diagnóstico o el tratamiento de infertilidad (Stabile, 2016). De acuerdo con los cambios legislativos antes mencionados, actualmente muchas familias que de otro modo no podrían pagar los tratamientos de reproducción asistida tienen la oportunidad de acceder a las técnicas y/o pueden aumentar la cantidad de ciclos que están realizando o cambiar de tratamiento a uno más efectivo (Lopoo y Raissian, 2012).

En el año 2007 se promulgó en Taiwán la ley de reproducción artificial (ARA) para respaldar mejor el uso de tecnología de reproducción asistida, poder aumentar el índice de natalidad de dicho país y disminuir las tasas de infertilidad. Esta ley entrega subsidios a las familias de bajos ingresos para cubrir el gasto de las TRA como fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) y transferencia intratubárica de gametos (GIFT), sin embargo, esta ley prohíbe la gestación subrogada.

En Suiza el uso de TRA y sus implicaciones están regulados por la Ley Federal sobre Reproducción Médicamente Asistida (RA):

La RA define las TRA en su artículo 2 como los procedimientos para inducir el embarazo sin relaciones sexuales, es decir, la inseminación artificial y la FIV con transferencia de embriones o transferencia de gametos (Gibson et al., 2013).

Dentro del marco legal, se establece sanciones ante la ejecución de procedimientos prohibidos, la prisión o multas de hasta CHF 100.000 (en peso chileno, aproximadamente \$93.400) (Gibson et al., 2013).

En relación con Australia es un país que cuenta con una política de financiación nacional para apoyar el TRA financiado con fondos públicos del gobierno, plan denominado Medicare. Es desde el año 2001 que las mujeres

pueden acceder a reembolsos parciales en cada ciclo de TRA sin límites de financiación, es decir, existe un copago de bolsillo de \$1500 dólares australianos (AUD) para un ciclo de FIV, \$800 AUD para un ciclo utilizando embriones congelados y, por último, \$300 AUD para inseminación intrauterina, estos precios se mantenían hasta el 2010 según Chambers et al. (2013). Aproximadamente a mediados del año 2010 se instauraron “límites” en la cantidad monetaria que Medicare pagaba por estos tratamientos realizando un aumento en el copago para los ciclos de TRA, esta política denominada “Red de Seguridad de Extendida de Medicare” (EMSN) se asentó con la finalidad de reducir el gasto monetario que Medicare tenía con los servicios extrahospitalarios que realizaban esta prestación, esto significaba que si las tarifas cobradas por las clínicas de fertilidad permanecían sin cambios, la usuaria tendría que pagar más por su tratamiento mientras que el gobierno pagaría menos.

En Japón no hay regulación legal en TRA, sino que está autorregulado según las pautas de medicina reproductiva formuladas por la Sociedad Japonesa de Obstetricia y Ginecología (JSOG) (Suzuki, 2014).

En cuanto al contexto latinoamericano sólo 2 países cuentan con normas específicas en cuanto a técnicas de reproducción asistida, Argentina que publicó la ley 286.862 en el año 2013 y que permite el acceso nacional a técnicas de reproducción asistida. En tanto Uruguay publicó la ley 19.167 en el año 2013 que define los criterios de inclusión para acceder a técnicas de reproducción asistida en el sistema público de salud (López et al., 2020).

En el año 1985 se crea en Chile la Ley 18.469 regulando el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, en 2005 ésta fue refundida con otras leyes referentes a salud actualizando las políticas públicas relacionadas al área de TRA (BCN, 2019).

En su título II, párrafo 1º, artículo 8, incorporando la letra d) que especifique los beneficiarios de Tratamientos de fertilidad, quedando de la siguiente manera:

ARTÍCULO 8º.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

b) Asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamientos, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan, y

c) Atención odontológica, en la forma que determine el reglamento.

d) Serán beneficiarios de Tratamiento de fertilidad, parejas y mujeres solteras sin pareja, afectadas por esta enfermedad en conformidad a los requisitos como afiliados (BCN, 2019).

“En 2008, Chile presentó el proyecto de ley 630.607 que contenía un solo artículo (artículo 23), que establecía que sancionaría con cárcel a los participantes en la gestación subrogada” (López et al., 2020).

En la actualidad Chile cuenta con el Programa de fertilización asistida de baja y alta complejidad, que en parte es cubierto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) a través de la red pública de salud, por medio de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o a través de instituciones privadas que tengan el convenio con FONASA. (BCN, 2018). Además, tanto Chile como Suiza establecen penalizaciones con multas y prisión si se usan técnicas de TRA que no están aceptadas como la gestación subrogada.

4.3 Las técnicas de reproducción asistida

Comparando Suiza y Canadá, ambos países tienen regulaciones para la TRA mediante leyes (Ley Federal sobre Reproducción Médicamente Asistida y Ley de Reproducción Asistida respectivamente) que establecen las técnicas permitidas y las prohibidas. En Suiza se prohíbe la donación de óvulos y embriones, en cambio en Canadá sí se permiten, pero deben ser donaciones de tipo voluntarias, es decir, sin un pago asociado (Carsley, 2014). En Suiza, se establecen plazos para la criopreservación de gametos (5 años), a diferencia de Canadá, que legalmente no tiene definido plazos en los que se puedan conservar, de hecho, propone que esto sea indefinido, hasta que la pareja decida cuál será la finalidad de estos (Gibson et al, 2013).

En relación con Australia según Chambers et al. (2013) cuentan con técnicas de reproducción asistida, tales como, fertilización in vitro, criopreservación de embriones, ICSI y, por último, inseminación intrauterina.

Cabe destacar que la gestación subrogada solo está permitida cuando es sin fines de lucro y se maneja según los acuerdos a los que lleguen las personas involucradas.

Según el artículo “Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)” los únicos países que aceptan la gestación subrogada en Europa son Albania, Armenia, Bielorrusia, Bélgica, Chipre, Republica Checa, Georgia, Grecia, Kazajistán, Macedonia, Rumania, Rusia, Países bajos, Reino Unido y Ucrania.

En Uruguay, Canadá y Australia a diferencia de Chile, Japón, Suiza, España y Taiwán; la gestación subrogada está permitida solo con fines altruistas. En México, algunos estados regulan la gestación subrogada, como en Tabasco que se encuentra regulada por el Código Civil Artículo 92 capítulo 6 “Subrogación y embarazo subrogado” y en Sinaloa en el capítulo 5 del Código de Familia; No así en los estados de Coahuila (artículo 491 del Código Civil) y Querétaro (artículo 400 del Código Civil) donde se prohíbe la gestación subrogada sin negociación alguna (López et al., 2020).

Por otro lado, la TRA mayormente permitida es la fertilización in vitro.

4.4 Acceso de personas heterosexuales y homosexuales a TRA

Países como Chile, Taiwán y Suiza son similares en que solo aceptan TRA para parejas heterosexuales, dificultando el acceso de toda la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales, queer (LGBTIQ+), mujeres y hombres solteros/as.

Existe desigualdad dentro del colectivo LGBTIQ+ en cuanto a la posibilidad de que hombres homosexuales se conviertan en padres mediante TRA frente a mujeres lesbianas en España “las mujeres lesbianas que desean ser madres son en cierta medida unas privilegiadas, ya que pueden acceder a la maternidad de forma económica” (Imaz, 2017), al contrario de lo que sucede con parejas de hombres que buscan nuevas alternativas como la gestación subrogada para convertirse en padres, siendo una alternativa más costosa y prohibida en muchos países, por ende, deben recurrir a realizarla en el extranjero. Algo similar ocurre en Estados Unidos con los hombres ya que la cobertura de los seguros médicos para diagnóstico y tratamiento de infertilidad masculina están presentes en menos estados que para mujeres (ver figura 2).

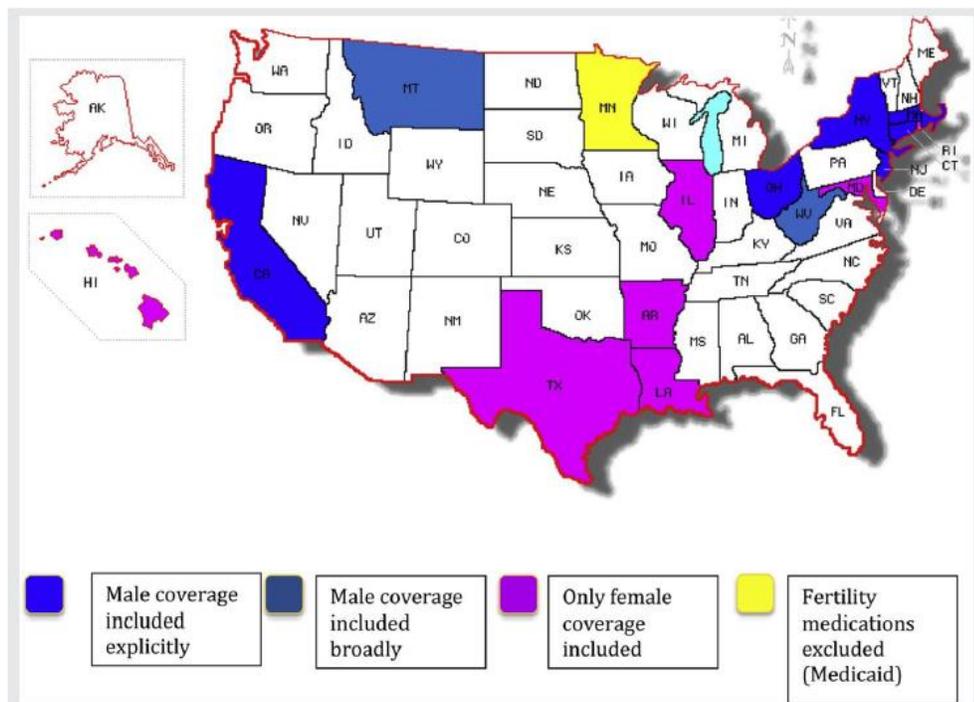


Figura n°2: “Espectro de cobertura del seguro médico obligatorio para la infertilidad de factor masculino”. Fuente: Mehta et al., 2013

En Taiwán las parejas heterosexuales deben estar casadas legalmente para poder acceder a TRA, a diferencia de Suiza y Chile, países donde no es

requisito que las parejas estén casadas legalmente para que puedan acceder a estas. Por ejemplo, en Chile, para acceder al bono PAD de FONASA las parejas deben consignar el estar conviviendo al menos 2 años para poder acceder a técnicas de reproducción asistida.

Según el análisis de los datos de la tabla “Diferencias y similitudes en políticas públicas y/o legislaciones relacionadas con TRA en países seleccionados” se establece que en países como Chile y Suiza se permite el acceso a TRA sólo a personas heterosexuales. En Taiwán, México y Chile las TRA están limitadas a los matrimonios, pero en Chile existe la posibilidad que parejas heterosexuales convivientes como mínimo 2 años puedan acceder.

4.5 Barreras valóricas en el acceso

En Suiza, principalmente existen barreras valóricas cuya legislación permite el acceso a TRA sólo a personas heterosexuales excluyendo a personas solteras y homosexuales, a pesar de que tengan diagnóstico de infertilidad (Gibson et al., 2013).

En Taiwán y España no se acepta el uso de madre sustituta por los valores sociales tradicionales, implicaciones éticas y la resistencia de la opinión pública.

Según López (2020) Chile ha demostrado un lento avance en políticas públicas y legislación nacional asociadas a TRA debido a la influencia moral y valórica de la Iglesia Católica.

4.6 Barreras económicas en el acceso

Entre los países estudiados, múltiples factores generan un acceso desigual para TRA, como lo son: los costos elevados de los ciclos, la falta de seguros médicos que otorguen cobertura, el mayor gasto de bolsillo para la población y financiamiento sólo para personas de nivel socioeconómico bajo, como es, por ejemplo, el caso de Taiwán. De acuerdo con esto, las barreras económicas son las que más destacan entre los países estudiados.

En cuanto a temas puntuales como por ejemplo la implementación de seguros médicos que cubran parte del pago, como es el caso de EE. UU., estos sólo se limitan a ser utilizados en ciertos estados en específico. Y en el caso de Canadá para el acceso de FIV en las clínicas, se cobran tarifas más elevadas cuando se utiliza material genético donado (Carsley, 2014).

En relación con Australia, es un país que cuenta con la política de financiación nacional para apoyar el TRA llamado "Medicare". A mediados del año 2010 se

instauran “límites” en la cantidad monetaria que Medicare costeaba a las personas para los tratamientos, realizando un aumento en el copago para los ciclos de TRA. Esta política denominada “Red de Seguridad de Extendida de Medicare” (EMSN) se asentó con la finalidad de reducir el gasto monetario que Medicare tenía con los servicios extrahospitalarios que realizaban esta prestación.

En Chile al tener el beneficio de acceso con el bono PAD, si bien cubre una parte del costo de la prestación, el copago debe financiarlo la persona, lo que constituye un costo de bolsillo para el individuo que accede. En relación con ello, también ocurre que en Chile las clínicas que se disponen para las TRA se ubican principalmente en la zona norte y central, por lo tanto, la zona sur queda en desmedro para acceder, incurriendo en un mayor gasto para asistir a los centros (BCN, 2018).

Según los países estudiados, las barreras económicas son las que más resaltan. Esto sucede porque es dependiente del tipo de financiación y los costos asociados a TRA.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que en la actualidad la infertilidad es un problema de salud complejo y que ha ido aumentando su incidencia a lo largo de los años, la OMS recomendó a sus países miembros que establezcan políticas para el tratamiento de la infertilidad, además, en un informe solicitó que los sistemas de salud cambien gradualmente el manejo terapéutico dirigido a la prevención de problemas de infertilidad. Considerando que los problemas asociados a la infertilidad son multifactoriales, se recomienda que todos los sistemas de salud tengan un paquete de políticas integrales que cubran todas las dimensiones de infertilidad (Morshed-Behbahani.B, 2014).

Hoy en día son diversos los Estados que tienen legislaciones para acceder a tecnologías reproductivas, sin embargo, aún son evidentes las inequidades y barreras que existen para distintos sectores de la población de cada país, en este sentido se hace referencia principalmente a quienes no tienen los suficientes recursos financieros y a la comunidad LGBTQ+. Debido a esto es que cada país debe dar cuenta de estas brechas y limitaciones impuestas por sus políticas para que así, se garantice a todos los ciudadanos el ejercicio de sus derechos reproductivos y un acceso equitativo para toda la población que desee acceder a técnicas de reproducción asistida, valorando la situación sociodemográfica, jurídica, política y económica de cada país.

La mayoría de los países que se abordan en la investigación no cuentan con planes de apoyo psicoemocional para las personas que se someten a TRA. Considerando que estas terapias involucran una gran carga emocional para los individuos, sobre todo cuando ya se han sometido a múltiples procedimientos sin

éxito, sería significativo establecer programas con equipos multidisciplinarios que aborden este aspecto.

En términos de gestión, se puede evidenciar que países como España poseen políticas públicas adaptadas a la situación sociodemográfica y económica del país, respondiendo de manera integral a la mayoría de las necesidades respecto a TRA, siendo un referente para los demás países considerando la realidad de cada uno.

Si bien en Chile existen normativas para TRA, no son suficientes para cubrir las necesidades de la población. Es elemental trabajar en una política pública que busque el acceso igualitario a las personas independiente del estado civil y orientación sexual. A nivel nacional la actual distribución de los centros reproductivos que cubren TRA se concentran principalmente en la zona centro-norte siendo la mayoría de éstos del sector privado, de este modo, es importante la ejecución de políticas de TRA de forma descentralizada.

Otro aspecto importante que debe ser evaluado entendiendo el progreso en materia de equidad de género sobre el acceso a educación y al mundo laboral de la mujer, es que se evidencia la postergación de la maternidad a edades mayores. FONASA actualmente para poder acceder al programa de fertilidad, tiene como requisito el rango de edad de 25 a 37 años, limitando así a mujeres que contemplen la maternidad antes o después de estas edades. Por otro lado, es importante establecer que existen orientaciones técnicas que dirigen el manejo de la infertilidad a nivel sanitario, sin embargo, estas no han sido

actualizadas desde el año 2015, por lo que ya no son acordes con la realidad actual ni a los cambios sociodemográficos de la población chilena.

Si bien Chile presenta legislaciones en cuanto a tecnología reproductiva las cuales están englobadas en la ley de Salud 18.469, se es necesario abarcar biopsicosocialmente las necesidades separándolas de la generalidad de la ley, es por esto que es importante que se visibilice esta temática como un problema de la salud pública para que las autoridades de nuestra nación puedan intervenir y crear políticas públicas específicas en TRA atinentes a la realidad país y a los cambios sociodemográficos que se presentan actualmente y se prevén para el futuro.

5.1 Recomendaciones para investigaciones futuras

En base a la investigación realizada se evidenció carencia de información, en especial sobre países latinoamericanos por lo que se sugiere como línea futura abordar en mayor profundidad legislaciones de TRA existentes en dichos países, así como las técnicas permitidas, prohibidas y otras que en la investigación evidenciaron mayores barreras de acceso por temas valóricos como la gestación subrogada.

Se recomienda abordar la fecundación in vitro post mortem en futuras investigaciones como una nueva técnica reproductiva que es legal en ciertos países.

REFERENCIAS

- Allison, J. (2016). Enduring politics: The culture of obstacles in legislating for assisted reproduction technologies in Ireland. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 3, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2016.09.004>
- Alon. I., Guimón.J., & Urbanos-Garrido. R (2019). *Regulatory responses to assisted reproductive technology: a comparative analysis of Spain and Israel*
- Bahar, M., Minoor, L., Hassan, J. & Ali, M. (2020). *Analysis and exploration of infertility policies in Iran: a study protocol*
- Bañón, R., Martínez, R., Carrillo, E., & Barroso, E. (1997). *La nueva administración pública*. Alianza Editorial.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2018). *Acceso a Tratamientos para la Infertilidad en Chile, España, Estados Unidos*. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26682/1/BCN_reproduccion_asistida_Chile_Espana_EE.UU_Final.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2019). *Modificación Ley 18.469: acceso universal para mujeres a tratamientos de fertilidad*. https://www.bcn.cl/delibera/show_iniciativa?id_colegio=3240&idnac=2&atro=0&nro_torneo=2019

- Biblioteca USS. (2022). *Bases de Datos*. <https://biblioteca.uss.cl/dpto-referencia-y-recursos-electr/base-de-datos>
- Busardò. F., Gulino, M., Napoletano, S., Zaami, S. & Frati, P. (2014). *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members*.
- Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C. H., Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., Scaravelli, G., Smeenk, J., Vidakovic, S. & Goossens, V. (2020). Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries. *Human Reproduction Open*, 1, 1-12. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz044>
- Carsley, S. (2014). Rethinking Canadian Legal Responses to Frozen Embryo Disputes. *Canadian Journal of Family Law*, 29(1), 55-116.
- 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://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000237>
- Chambergó-Michilot, D., Díaz-Barrera, M. & Benites-Zapata, V. (2021). Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: Aspectos metodológicos y aplicaciones. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 136-142. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501>

Chambers, G., Hoang, V. & Illingworth, P. (2013). Socioeconomic disparities in access to ART treatment and the differential impact of a policy that increased consumer costs. *Human Reproduction*, 28(11), 3111-3117.
<https://doi.org/10.1093/humrep/det302>

Chaquiriand, V. (2021). Trombofilias, esterilidad, infertilidad y tratamiento de reproducción asistida. *Revista uruguaya medicina interna*, 06(02).
<https://doi.org/10.26445/06.02.9>

Chile Atiende. (2021). *Programa de fertilización asistida de baja y alta complejidad en la red pública o red preferente (MAI) de Fonasa*.
<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/23778-programa-de-fertilizacion-asistida-de-baja-y-alta-complejidad-en-la-red-publica-o-red-preferente-mai-de-fonasa>

Connolly, M. P., Panda, S., Mburu, G., Matsaseng, T., & Kiarie, J. (2021a). Estimating the government public economic benefits attributed to investing in assisted reproductive technology: a South African case study. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 12, 14–21.
<https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.08.001>

Donoso, E. (2007). Descenso de la natalidad en Chile: un problema país. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 73-75.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200001>

Elevancini, I., Díaz, C. & Aliaga, C. (2021). Nuevos desafíos en el rol de matronas/matrones en Medicina Reproductiva. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 221-225.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000262>

Fondo Nacional de Salud. (s.f.). *Fonasa Chile* 2020.
<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/programas-especiales#fertilizacion-asistida>

Gibson, A., Zafirova, E., Boesch, S. & Michaels, M. (2013). Assisted Reproductive Technology and Inheritance Law: Differing Jurisdictional Approaches to Determining Heirship in the World of Modern Reproduction. *Trusts & Trustees*, 19(2), 190-214. <https://doi.org/10.1093/tandt/tts102>

Gómez, R., Rodríguez, F., Martínez, O., Agüedo, N., Zea, L. & González, E. (2005). Gestión de Políticas Públicas y Salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 10, 9-21. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309125498001.pdf>

Hsu, J., Su, Y., Tang, B, Y. & Lu, C. (2018). Use of assisted reproductive technologies before and after the Artificial Reproduction Act in Taiwan. *PLOS ONE*, 13(11), 206-208.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206208>

Imaz, E. (2017). Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and

lesbian family formation in Spain. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.01.002>

Instituto de Reproducción Cefer. (2018). *Probabilidades de quedar embarazada con la técnica de FIV-ICSI*. <https://www.institutocefer.com/blog/probabilidades-quedar-embarazada-la-tecnica-fiv-icsi/>

Köppen, K., Trappe, H. & Schmitt, C. (2021). Who can take advantage of medically assisted reproduction in Germany? *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 13, 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.05.002>

Ley N° 14/2006, de 26 de Mayo, Sobre técnicas de reproducción Humana Asistida en España (2006). Recuperado el 6 de septiembre de 2022 de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/21.pdf>

Ley N° 19.167. Establece la Ley de Regulación en Técnicas de Reproducción Humana asistida. (29 de noviembre del 2013). En Parlamento del Uruguay https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_ley19.167_ury.pdf

Lopoo, L. & Raissian, K. (2012). Natalist Policies in the United States. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31(4), 905-946. <https://doi.org/10.1002/pam.21646>

López, A., Betancourt, M. & Casas, E. (2021). The need for regulation in the practice of human assisted reproduction in Mexico. An overview of the

regulations in the rest of the world. *Reprod Health* 18, 241.

<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01293-7>

Mallorquín, S. (2017). Las principales tensiones de una futura regulación de las técnicas de reproducción asistida en Chile: Especial referencia a la filiación*. *Revista IUS*, 11(39), 1-30.

<http://www.revistaius.com/index.php/ius/article/view/298>

Mehta, A., Nangia, A., Dupree, J. & Smith, J. (2016). Limitations and barriers in access to care for male factor infertility. *Fertility and Sterility*, 105(5), 1128-1137. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.023>

Ministerio de Salud (2013). *Orientaciones técnicas para el manejo de la infertilidad de baja complejidad*.

https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/INFERTILIDAD_corregido%202014%2006%2026_web.pdf

Ministerio de Salud (2015). *Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad*.

http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/827/GUIA-PARA-EL-ESTUDIO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFERTILIDAD_2015-FF1.pdf?.sequence=1%26isAllowed=y

Miles Chile. (2016). Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Capítulo IV: Reproducción asistida. Por Marissa

Velarde. <http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Informe-DDSSRR-2016-Reproducci%C3%B3n-asistida.pdf>

Morshed-Behbahani, B., Lamyian, M., Rashidi, H. & Montazeri, A. (2020). Infertility policy analysis: A comparative study of selected lower middle-middle- and high-income countries. *Globalization and Health*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00617-9>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Infertilidad. https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1

Rebar, R. (2020). *Técnicas de reproducción asistida. Manual MSD versión para público general.* <https://www.msmanuals.com/es-cl/hogar/salud-femenina/infertilidad/t%C3%A9nicas-de-reproducci%C3%B3n-asistida>

Scarella, A., Guerra, I., Palacios, C., Rojas, K., Ahumada, H., & Picó, V. (2021). Implementación de Técnicas de Reproducción Asistida en el Centro de Reproducción Humana de la Universidad de Valparaíso: Resultados del primer trienio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(1), 14-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262021000100014>

Snow, D (2014). *Reproductive Autonomy and the Evolving Family in the Supreme Court of Canada: Implications for Assisted Reproductive Technologies*

Sobre o SciELO Data | SciELO.org. (s. f.). <https://scielo.org/es/sobre-el-scielo/scielo-data-es/sobre-scielo-data-es/>

Stabile, B. (2016). Reproductive policy and the social construction of motherhood. *Politics and the Life Sciences*, 35(2), 18-29. <https://doi.org/10.1017/pls.2016.15>

Subirats, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 259-264. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71557-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71557-9)

Suzuki, M. (2014). In vitro fertilization in Japan—Early days of in vitro fertilization and embryo transfer and future prospects for assisted reproductive technology—. *Proceedings of the Japan Academy: Physical and Biological Sciences, Series B*, 90(5), 184-201. <https://doi.org/10.2183/pjab.90.184>

Troncoso, C. & Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 329-332. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>.

Trueba-Gómez, R. & Estrada-Lorenzo, J.-M. (2010). La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 11(2), 49-63. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2010.02.005>

Velarde, M., Salas, S., Domínguez, R., López, T., Céspedes, P., Furman, I., Godoy, A., Castro, M., & Zegers-Hochschild, F. (2018). Percepciones y creencias sobre criopreservación embrionaria en mujeres y hombres que se realizan técnicas de reproducción asistida en Santiago, Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(1), 27-44.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100027>

Zegers-Hochschild, F., Crosby, J., Musri, C., de Souza, M., Martínez, A., Silva, A., Mojarra, J., Masoli, D., & Posada, N. (2022). Assisted reproductive technologies in latin america: the latin american registry, 2019. *Reproductive BioMedicine Online*.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.02.026>

Zegers, F., Figueroa, R., Lathrop, F. & Kaune, H. (2022) *Hacia una legislación que regule las técnicas de reproducción médicamente asistida en Chile*. Universidad Diego Portales. Colección Pensamiento Contemporáneo.

ANEXOS

(Carta de solicitud de investigación en servicio, firmada por Directora de escuela)

(Carta dirigida al comité de ética y/o centro de salud si es que aplica)

(Autorización de comité ético científico si aplica)

(Consentimiento/Asentimiento informando sin datos, ni firmas que identifiquen a los participantes)

(Carta Gantt, Entrevistas anonimizadas, otros datos)