



**LA FALTA DE REGULACIÓN EN LA REPRODUCCIÓN
ASISTIDA EN CHILE: PERSPECTIVAS PARA UNA
REGULACIÓN INTEGRAL; ANÁLISIS DE LAS IMPLICACIONES
ÉTICAS Y MORALES.**

TESINA DE LA CARRERA DE DERECHO

ESCUELA DE DERECHO, UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

AUTORES: Victoria Rojas Quezada Y Valeria Rojas Godoy

PROFESOR GUÍA: Armando Guzmán Carvajal

DICIEMBRE, 2024

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
TABLA DE ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I.....	7
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.CONCEPTOS CLAVES.....	7
1. Definiciones relevantes.	7
CAPÍTULO II.....	11
MIRADA AL ORDENAMIENTO JURÍDICO CHILENO.....	11
1. Situación actual en Chile.....	11
2. Regulación en Chile de las Técnicas de Reproducción Asistida.....	14
3. Proyectos de ley en materias relacionadas a las Técnicas de Reproducción Asistida hasta la actualidad.	19
CAPÍTULO III.....	29
DERECHO COMPARADO	29
1. Donación de gametos	32
2. Gestación Subrogada	32
3. Aplicación especial de T.R.A post mortem	33
4. Anonimato.....	33
5. Diagnóstico genético Preimplantacional.....	35
6. Requisitos etarios	36
7. Sanciones, infracciones o delitos	37
CAPÍTULO IV	40
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
1. Consecuencias Legales	41
2. Filiación.....	42
3. Consecuencias Médicas:	47
4. Consecuencia en los derechos humanos.....	48
5. Derecho a formar una familia	48
6. Derecho de los donos concebidos y los donantes.	49
7. Derecho a los beneficios científicos	50
CAPÍTULO V:.....	50
IMPLICANCIAS ÉTICAS Y MORALES	50
1. Relacionadas con los profesionales de la medicina de la reproducción.	51
2. Relacionadas con la protección de la vida.	52
3. Relacionadas con la justicia y equidad.....	53
CAPÍTULO VI:	55
PROPUESTA DE REGULACIÓN.....	55

Disposiciones Generales	55
Acceso y Equidad	56
Derechos del Niño Nacido mediante TRA	59
Marco Legal y Seguridad Jurídica	60
Sanciones y Responsabilidades	62
CONCLUSIÓN	66
BIBLIOGRAFÍA	68

AGRADECIMIENTOS

Quisiera partir agradeciendo primeramente, a nuestros profesores guías Armando y Macarena, quienes fueron parte fundamental de nuestra investigación, con su comprensión, sus ideas de cómo poder abordar mejor las cosas y la voluntad de siempre estar dispuestos a ayudarnos si lo necesitamos, muchas gracias.

A mi familia, quienes me han apoyado durante todos estos años, por su amor, su comprensión y por ser el lugar al que siempre puedo ir cuando las cosas se vuelven caóticas, especialmente a mi mamá Evelyn, por creer siempre en mí, en mis capacidades y porque ante sus ojos siempre soy la mejor en lo que me propongo hacer, gracias mamita, falta poquito. A Bastian, Martina y Antonia, mis hermanos, la vida a su lado siempre ha sido mejor, gracias por creer en mí.

A mis amigas y amigos, quienes muchas veces sin saberlo me han dado ánimo para seguir cuando no quise hacerlo, por sus palabras cuando las necesite, por sus oraciones y por los momentos compartidos.

Finalmente, agradezco a Dios, el más importante para mí, en quien he puesto mi confianza durante todos estos años y que si he llegado hasta acá con sus altos y bajos, sé que es porque él tiene un propósito para mi vida.

Como me decía mi papá cada mañana antes de ir al colegio *“Esfuérate y sé valiente, no temas ni desmayes, por Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas”* Josué 1:9

Valeria Rojas Godoy.

TABLA DE ABREVIATURAS

TRA	Técnicas de Reproducción Asistida
C.C	Código Civil Chileno
FIV	Fecundación in vitro
RMA	Reproducción Médicamente Asistida
OMS	Organización Mundial de la Salud
CPR	Constitución de la República de Chile
ICSI	Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides
FONASA	Fondo Nacional de Salud
PAD	Pago Asociado a Diagnóstico
MLE	Modalidad Libre Elección
MAI	Modalidad atención institucional
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional

RESUMEN

Esta investigación aborda la falta de regulación en las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) en Chile y propone un marco legal integral que considere los aspectos médicos, éticos y legales. Para esto, estudiaremos detalladamente la situación actual en Chile, ya que, existe un vacío significativo en esta materia, con regulaciones insuficientes que no abordan temas como la donación de gametos, la gestación subrogada o los derechos de los embriones criopreservados, lo que genera desigualdades en el acceso, problemas de filiación y posibles vulneraciones de derechos fundamentales. Así mismo, desarrollaremos un estudio de las legislaciones de otros países con el fin de identificar las buenas prácticas, como es abordada esta materia, entre otras. Esta investigación busca cerrar las brechas legales actuales y promover una regulación que garantice justicia, equidad y seguridad en el uso de estas técnicas.

Palabras claves: Donación de gametos, gestación subrogada, embriones criopreservados, filiación.

INTRODUCCIÓN

La reproducción asistida ha emergido como una solución para muchas parejas que enfrentan problemas de fertilidad, utilizando diversas técnicas para ayudar a la concepción. Sin embargo, en Chile la falta de una regulación integral sobre estas prácticas han generado una serie de desafíos éticos, legales y médicos que requieren una pronta legislación. A pesar de que existen algunas normativas, como la Resolución Exenta N°1072 de 1985 y la Circular N°331 De 2019, no hay una legislación sobre la Reproducción Asistida que cubra los requerimientos actuales. Este vacío legal afecta tanto a las personas que buscan acceder a estos tratamientos como a los profesionales y clínicas que proveen este servicio, exponiendo a quienes necesitan de estas técnicas a riesgos y complicaciones sin la debida protección normativa.

Esta tesis tiene como objetivo analizar las implicaciones éticas y morales derivadas de la falta de una regulación en materia de Reproducción Asistida en Chile, explorando las consecuencias y posibles problemáticas de su utilización a futuro, así como el camino hacia una regulación integral. A través de un análisis exhaustivo de las técnicas más utilizadas, se busca proporcionar una perspectiva crítica, sobre los efectos de estas prácticas, tanto en los derechos individuales como a nivel social, cultural y jurídico. Además se evaluaron los riesgos asociados a la falta de un marco normativo adecuado y se propondrán soluciones viables para la creación de una legislación que asegure la protección de la dignidad humana y la equidad en el accesos a estas técnicas.

CAPÍTULO I

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. CONCEPTOS CLAVES

1. Definiciones relevantes.

Dentro del análisis de las técnicas de reproducción asistida, se han identificado varios conceptos relevantes, los cuales para una mejor comprensión de este trabajo es necesario exponer. Por esta razón, en este capítulo se presentarán algunas de las definiciones que figuran en el Glosario de Terminología de Técnicas de Reproducción Asistida por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como por ejemplo:

- a) **“Reproducción Médicamente Asistida (RMA):** Reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 9).
- b) **“Técnicas de Reproducción Asistida (TRA):** Todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 10).
- c) **“Infertilidad:** Enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 7).
- d) **“Fecundación in vitro (FIV):** Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 6).
- e) **“Transferencia de embriones (TE):** Procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Fallopio. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 10).

- f) **“Implantación:** La unión y subsecuente penetración del blastocisto libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 7).
- g) **“Gestante subrogada:** Mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos y/o de terceros”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 7).
- h) **“Criopreservación:** La congelación o la vitrificación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 5).
- i) **“Donación de embriones:** Transferencia de embriones resultantes de gametos (espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 5).
- j) **“Transferencia intratubárica de gametos:** Un procedimiento de TRA en el cual ambos gametos (ovocitos y espermatozoides), son transferidos a la trompa de Fallopio”. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 10).
- k) **“Estimulación ovárica (EOC) para TRA:** Tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de múltiples folículos ováricos para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular. (Zegers-Hochschild et al., 2010, p. 6).
- l) **“Inseminación artificial:** Consiste en depositar en el interior del útero una muestra de semen previamente procesada en el laboratorio”. (Azaña Gutiérrez et al., 2024).

En relación a lo antes mencionado, podemos entender que reproducción médicamente asistida y técnicas de reproducción asistida suponen conceptos diferentes. Por ejemplo, tal como lo menciona su definición, la estimulación ovárica y la inseminación artificial son procedimientos de baja complejidad y a pesar de que no son catalogados como Técnicas de Reproducción Asistida, si son métodos de reproducción asistida, vinculadas una a la otra, para efectos de esta tesina al hablar de Técnicas de Reproducción Asistida, nos referimos también a Reproducción Médicamente Asistida.

Respecto de las Técnicas de Reproducción Asistida, estas “pueden clasificarse en dos grandes grupos. La fecundación in vitro con transferencia de los embriones al útero (FIV/TE) y la transferencia de gametos a la trompa (GIFT) (...) La diferencia entre estos se genera en el lugar donde ocurre la fecundación. En la FIV/TE la fecundación tiene lugar en un medio de cultivo que simula el fluido tubárico y los embriones

resultantes son transferidos al útero. El GIFT (procedimiento aprobado por la iglesia católica) que requiere de al menos una trompa normal donde son transferidos los óvulos y espermatozoides procurando que allí tenga lugar la fecundación, además se requiere de un mínimo de espermatozoides con capacidad fecundante”. (Zegers-Hochschild, s.f.).

Respecto de la Fecundación in vitro (FIV), es necesario precisar que esta “consiste en extraer los óvulos de los ovarios de la mujer mediante punción folicular y, a continuación, fecundarlos en el laboratorio con los espermatozoides del varón (o, si es el caso, de un donante)”. (Saucedo de la Llata et al., 2024). Y en relación con la técnica que se utilice para fusionar los gametos y dar lugar al embrión, existen dos tipos de FIV:

1. **FIV convencional:** “Se ponen en la misma placa de cultivo los óvulos y los espermatozoides, a la espera de que sean capaces de fusionarse por sí solos. Este tipo de FIV cada vez es menos frecuente en los laboratorios”. (Saucedo de la Llata et al., 2024).
2. **Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI):** “El espermatozoide es introducido directamente en el interior del óvulo a través de una microinyección”. (Saucedo de la Llata et al., 2024).

El optar por una técnica u otra dependerá de las condiciones de fertilidad de cada pareja, así como también de las preferencias que tenga el centro de reproducción asistida a elección.

Por otra parte, es necesario mencionar que transferencia embrionaria e implantación embrionaria, no son sinónimos. Una conlleva la otra, la transferencia embrionaria busca la implantación del embrión, pero esto no siempre ocurre.

En relación con, la gestación subrogada o maternidad subrogada, existen dos tipos de esta técnica de reproducción asistida:

1. **Gestación subrogada tradicional o parcial:** mujer que lleva en su vientre un bebé, en lugar de una persona que no puede tener hijos, hasta dar a luz. La mujer que es gestante subrogada tradicional queda embarazada por inseminación artificial con espermatozoides de un donante, o sus propios óvulos se fecundan en el laboratorio con espermatozoides de un donante para formar un embrión. El embrión se implanta en el útero de la gestante subrogada tradicional, quien

continúa el embarazo hasta que nace el bebé. La gestante subrogada tradicional tiene un vínculo genético con el bebé y es su madre biológica. (Instituto Nacional del Cáncer, s.f).

- 2. Gestación subrogada gestacional o completa:** en este tipo, la gestante no cede sus óvulos, sino que la dotación genética proviene de la futura madre o de una donante de óvulos. (Reproducción asistida ORG, 2019).

Respecto de la criopreservación, esta incluye la fecundación in vitro, donde luego de este procedimiento los embriones se congelan para conservarlos, luego se descongelan y se insertan en el útero de la mujer, está TRA es indispensable para lograr tratamientos que supongan menor riesgo y costos para las y los pacientes. (Instituto Nacional del Cáncer, s.f).

Por último, respecto de la inseminación artificial, esta corresponde a un tratamiento de reproducción asistida de baja complejidad, con este procedimiento aumentan las posibilidades de embarazo con respecto a la relación sexual. (IVI, 2024).

CAPÍTULO II

MIRADA AL ORDENAMIENTO JURÍDICO CHILENO

1. Situación actual en Chile

En 1978 se llevó a cabo el primer embarazo humano exitoso por fecundación in vitro en Australia y en Latinoamérica el primero de estos ocurrió en Colombia en el año 1984. En los siguientes años el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida (de ahora en adelante TRA) se expandieron rápidamente a países como Argentina, Brasil, Colombia y Chile. Cada vez existen más personas que optan por las distintas técnicas de reproducción asistida. En Chile, se registraron 17.261 nacimientos como resultado de tratamientos de reproducción médicamente asistida, hasta el 2021, el cual corresponde a un 5,8% del total latinoamericano y a pesar de que no es un porcentaje menor, se encuentra muy por debajo de Brasil, quien lidera el ranking con un 40,7%. (Cecilia Ambler et al, 2024).

Es un hecho que la infertilidad es un problema que afecta a un 15% de las mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y 49 años según la OMS), según un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Materno Infantil de la Universidad de Chile, desde el año 2009 la Organización Mundial de la Salud lo

ha considerado como una enfermedad. Esto ha obligado a que busque la implementación de programas que otorgan cobertura a algunos tratamientos o terapias de reproducción asistida. (Idimi, 2024).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) en su red pública, cuenta con dos programas especiales para parejas que se atiendan bajo la Modalidad Atención Institucional (MAI), cuyos programas cuentan con una cobertura que incluye un conjunto de procedimientos que buscan a través de diferentes TRA, facilitar el embarazo de aquellas personas que por diferentes circunstancias no pueden lograrlo, ya sea porque uno o ambos cuentan con diagnóstico de infertilidad, estos procedimientos pueden ser de baja o alta complejidad.

El programa de fertilización de baja complejidad, corresponde al primer intento para lograr un embarazo de manera asistida. Este método, se conoce como inseminación artificial y por otra parte, se encuentra el programa de fertilización asistida de alta complejidad, el cual consiste en el uso de la técnica de fertilización in vitro (FIV) o Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), dadas la complejidad de estos tratamientos, estos son financiados a través de convenios suscritos con Instituciones Privadas y Clínicas Universitarias, previamente definidas por el Ministerio de Salud.

Respecto de la red privada, nos encontramos con el bono PAD (Pago Asociado al Diagnóstico), corresponde a una alternativa disponible dentro de la red privada de salud, a través de la Modalidad Libre Elección (MLE) es un beneficio que ayuda a que los usuarios de FONASA, y sus cargas, puedan acceder a distintos paquetes de prestaciones y atenciones en salud pagando un precio fijo y conocido, lo que aplica para distintas intervenciones quirúrgicas o procedimientos.

Específicamente respecto de la Fertilización Asistida se enfoca en aquellas personas que cuentan con un diagnóstico de infertilidad con indicación de tratamiento médico con TRA para facilitar el embarazo. Para esto se considera el PAD Modalidad Libre Elección (MLE), el cual cuenta con dos PAD para tratamiento de Baja complejidad y ocho PAD para tratamiento de Alta Complejidad, los cuales son otorgados por prestadores en convenio con Fonasa.

El PAD de fertilización de baja complejidad se divide en tratamiento:

- Para hombre
- Para mujer.

Respecto del PAD de Fertilización Asistida de Alta Complejidad existe el:

- PAD Inducción de la Ovulación
- PAD de Aspiración Folicular
- PAD Laboratorio FIV/ICSI o Fecundación

- PAD Transferencia Embrionaria
- PAD Soporte Post Transferencia Embrionaria
- PAD Criopreservación de Embriones
- PAD Preparación Endometrial
- PAD Descongelación de Embriones

El proceso completo considera ocho PAD, cada uno de los cuales conforma una prestación en sí misma y los cuales contemplan todas las etapas necesarias para realizar los Tratamientos de Fertilización Asistida de Alta Complejidad, como Fertilización in vitro e Inyección Intracitoplasmática de espermios, además de la Criopreservación de embriones, Transferencia de embriones, etc.

En base a lo anteriormente expuesto, a pesar de que el presupuesto destinado a los programas de fertilización asistida, supone un gran avance hacia el acceso a la fertilidad, esta oferta sigue siendo limitada respecto de los métodos que ofrece y los cupos disponibles.

La contribución del Estado sigue siendo deficitaria y discriminatoria; ninguno de estos programas contempla la donación de gametos o embriones, ni la gestación subrogada, es decir, no se contempla a las personas sin parejas o las parejas homosexuales, lo cual genera que no se garantice un acceso igualitario a la reproducción asistida. Ya que, FONASA ha establecido que el acceso a esos programas debe ser para parejas con diagnóstico de infertilidad, lo cual se contradice con la Resolución 241 del Ministerio de Salud del 27 de mayo de 2015, que define la infertilidad como “un trastorno del aparato reproductor (masculino o femenino) consistente en la incapacidad para lograr el embarazo tras 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección” (OMS, 2020). Este concepto tiene un impacto significativo en las parejas homosexuales debido a que se basa en relaciones sexuales regulares y sin protección para medir la capacidad reproductiva, por lo que, respecto de las parejas homosexuales, por su naturaleza, estas no pueden concebir sin asistencia médica, pero no son abordadas en el concepto tradicional de infertilidad porque no cumplen con el requisito de “12 meses o mas de relaciones regulares sin protección”. Por lo que, no serían reconocidos como “infértiles” dentro de ciertos contextos legales o médicos. La solución a esto sería que el concepto de infertilidad evolucione incluyendo términos como “discapacidad reproductiva” o “incapacidad para concebir sin intervención médica” de manera que se incluya a las parejas homosexuales en los marcos legales y médicos que regulan el acceso a TRA. Al respecto, reconoce las guías clínicas que establecen la necesidad de que “personas que sufren de infertilidad y otras formas de discapacidad reproductiva” reciban tratamientos que sean eficientes y seguros, esto incluye las TRA y

también, afirma que esta Resolución se establece bajo los principios de igualdad y libertad en el acceso a la salud. Al respecto, las parejas homosexuales, si bien no padecen de infertilidad si tienen una “discapacidad reproductiva” la cual se contempla en la Resolución 241 (Zegers-Hochschild, 2022).

Es necesario regular la práctica clínica como un todo, incluyendo normas que regulen la reproducción de gametos de terceros y la gestación subrogada, también normas que regulen el destino de los embriones criopreservados y el diagnóstico genético preimplantación, de manera que los progresos que se han hecho para acceder a las TRA e ir eliminando esta brecha sea completo y equitativo.

2. Regulación en Chile de las Técnicas de Reproducción Asistida

A pesar de que han transcurrido más de 40 años de esto, la falta de legislación específica sobre Reproducción Asistida plantea una serie de desafíos y preocupaciones tanto para los profesionales de la salud como para las personas que acuden a estos tratamientos de fertilidad, por lo tanto, es necesario investigar y exponer respecto de la legislación que regula estas materias.

En Chile, no existe una regulación integral de la reproducción asistida, las únicas menciones que hay respecto de ellas son en primer lugar, la Resolución Exenta N°1072 de 1985 del Ministerio de Salud, que establece las normas aplicables a la fertilización in vitro y la transferencia embrionaria, en segundo lugar, la Resolución Exenta N° 241 del Ministerio de Salud, que aprueba la Guía para el estudio y Tratamiento de la Infertilidad, el artículo 182 del Código Civil, la Resolución Exenta N°49 del Ministerio de Salud, que modifica la resolución exenta N°176 de 1999, del Ministerio de Salud que aprueba el arancel de prestaciones de salud del libro II del D.F.L. N°01/2005 del Ministerio de Salud, y por último, la Circular N° 331 del 27 de agosto de 2019, que instruye sobre la aplicación de cobertura por las isapres para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad.

Al respecto de la Resolución Exenta N° 1072 de 1985 del Ministerio de Salud, la cual establece Normas Aplicables a la Fertilización In Vitro y la Transferencia Embrionaria, esta resolución tiene como objetivo establecer normas sanitarias y éticas para regular la práctica de la Fertilización In Vitro y la Transferencia de Embriones, garantizando la seguridad en dichos procedimientos y la protección de las personas que optan por estos procedimientos, enfocado especialmente en las mujeres y los embriones.

Por otra parte, establece requisitos médicos y éticos para los procedimientos de Fertilización In Vitro y la Transferencia Embrionaria, como la realización de evaluación médica previa a las candidatas para FIV

para determinar la idoneidad de la paciente para someterse al tratamiento de FIV. Se establecen normas para la selección y manejo de los gametos utilizados en la FIV, con el propósito de asegurar la calidad y viabilidad de estos. Además de la regulación del número máximo de embriones que pueden ser transferidos al útero para así evitar embarazos de riesgo.

Esta resolución establece requisitos mínimos para las Instituciones que desean realizar estas TRA, como que estos deben contar con su autorización sanitaria correspondiente otorgada por el Ministerio de Salud. Deben contar con equipamientos y personal capacitados para brindar estos tratamientos de la manera más óptima posible y cumplir con toda la normativa de higiene y seguridad. También establece la importancia de informar adecuadamente a los pacientes sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones de los tratamientos; y por último, la resolución menciona la necesidad de asegurar que los procedimientos sean realizados de acuerdo con los principios éticos, en todo aspecto.

Es necesario realizar una comparación respecto de cómo es abordada la criopreservación de embriones en esta resolución en relación con la Ley 20.120 que aborda la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Al respecto la Resolución Exenta N° 1072, en su N° 8 permite la criopreservación de embriones sobrantes de procedimientos de FIV siempre que sea con el consentimiento informado de la pareja que se somete a este tratamiento, además esta carece de restricciones explícitas sobre el uso de embriones criopreservados para fines distintos de la procreación, dejando así un vacío que luego es subsanado por la Ley 20.120. Además esta no especifica límites temporales para la criopreservación ni protocolos explícitos sobre el destino de aquellos embriones que no serán utilizados y no reconoce explícitamente al embrión como sujeto de derechos ya que, se ocupa de priorizar el desarrollo de las TRA. Por otra parte, la Ley 20.120 en materia de criopreservación de embriones primeramente, prohíbe expresamente la creación de embriones que tengan una finalidad distinta de la procreación. Establece que los embriones criopreservados deben ser utilizados para fines reproductivos y que la utilización de estos para fines experimentales está restringida y solo será permitida bajo medidas estrictas, reconoce al embrión como sujeto de derechos desde la concepción, limitando así cualquier acción que comprometa su viabilidad fuera del contexto reproductivo. Esta ley, fortalece la regulación ética y jurídica de la criopreservación de embriones, debido a que establece límites claros que buscan priorizar la protección del embrión como sujeto de derechos y restringe su manipulación.

La Resolución Exenta N° 1072 de 1985, aunque fue un avance importante para la regulación de la Fertilización In Vitro y la Transferencia Embrionaria en Chile, presenta varias limitaciones lo que la hace insuficiente para abordar de manera general las necesidades éticas, científicas y sociales que se requieren para abordar de manera eficaz las TRA. Aun cuando fue importante para su época, se ha quedado desactualizada para lo que se necesita hoy. Es necesario un marco regulatorio más amplio y actualizado de la reproducción asistida, que vaya acorde a los avances en estas materias. Además, al ser una norma de rango inferior a la ley, no puede regular efectos legales.

Respecto de la Resolución Exenta N° 241 de 2015 del Ministerio de Salud, que aprobó la Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad, la cual corresponde a un documento técnico que busca asesorar respecto de la regulación y el establecimiento de orientación de los procedimientos para el problema de la infertilidad en el país. El objetivo de esta guía es mejorar la calidad del diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento para aquellas personas que son infértiles pero todo esto tratado desde la parte técnica dejando de lado las otras aristas del problema, y como mencionamos anteriormente, al ser una norma de rango inferior a la ley, no posee ningún efecto legal en la aplicación de estas técnicas.

Por otra parte, hacemos mención al artículo 182 del Código Civil, el cual establece: *“La filiación del hijo que nazca por la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, quedará determinada respecto de las dos personas que se hayan sometido a ellas. No podrá impugnarse la filiación determinada de acuerdo a la regla precedente, ni reclamarse una distinta”*.

Este artículo fue modificado por la Ley 21.400, la cual antes se refería al “hombre y la mujer que se sometan a ellas” (TRA). Lo que hacía que la norma fuese aplicada solamente en el caso de las parejas heterosexuales que se sometan a TRA, en cambio, con la nueva modificación comprende a parejas heterosexuales, homosexuales o a personas sin pareja. Se aplica incluso si se utilizan gametos de terceros, como donantes de espermatozoides u óvulos, ya que la norma no reconoce a los donantes como progenitores, si no a los padres que han decidido someterse a las TRA. Por otra parte, la norma establece en su inciso segundo que “no podrá impugnarse la filiación (...)” esto significa que, cuando se ha determinado la filiación de una persona respecto de aquellos que se han sometido a las TRA, no podrá impugnarse esa filiación, ni reclamarse una distinta.

Esto lo que busca es dar seguridad jurídica a las parejas que se sometan a estos tratamientos, garantizando que la filiación de su hijo será establecida de forma definitiva y clara. Lo cual genera respecto de este hijo o hija, consecuencias positivas respecto de garantizar su filiación legal. Aunque este artículo es un avance importante en materia de filiación respecto del uso de las TRA, es insuficiente en algunas aristas como, la protección de los derechos de los donantes de gametos, respecto de la gestación subrogada, la ley no se hace cargo de estos casos, lo que genera incertidumbre respecto de los derechos de la madre gestante y la posibilidad de impugnación de la filiación. Por otra parte, el artículo es limitado en cuanto al concepto de “las dos personas que se hayan sometido a ellas”, ya que, en la actualidad las familias son más diversas y la ley no profundiza en el reconocimiento de la filiación en parejas del mismo sexo.

Al señalar que la filiación no puede ser impugnada una vez determinada, no profundiza en cómo proceder en los derechos de los donantes a poder en el futuro ejercer algún tipo de derecho o responsabilidad sobre su descendencia, como sí es determinado en otras legislaciones internacionales. Porque son situaciones que finalmente pueden darse en este tipo de actos, lo cual genera vacíos legales que deben ser resueltos.

Respecto de la Resolución Exenta N° 49 del Ministerio de Salud del 09 de febrero de 2019, que modifica la resolución exenta N°176 de 1999, del Ministerio de Salud que aprueba el arancel de prestaciones de salud del libro II del D.F.L. N°01/2005 del Ministerio de Salud. Esta resolución actualiza y ajusta el arancel de prestaciones de salud, incorporando nuevas prestaciones y modificando o eliminando otras, con el objetivo de que se puedan demostrar los avances que se han realizado en estos procedimientos médicos y tecnológicos.

Las principales modificaciones de esta resolución son:

Se incorporan nuevas prestaciones que buscan adecuarse a las tecnologías médicas recientes, se actualizan los valores de diversas prestaciones de salud, con la finalidad de garantizar una adecuada compensación y equilibrio en el sistema de salud. Así como también, se actualizan los códigos y las descripciones de diversas prestaciones para que estas sean claras y precisas; además de que se eliminan aquellas prestaciones que se encuentran obsoletas, ya sea porque no se utilizan o porque han sido reemplazadas por procedimientos más modernos.

Estas modificaciones buscan mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, asegurando una adecuada compensación por los servicios brindados y estableciendo explícitamente los criterios para los recargos que sean aplicables en distintas situaciones.

Por último, está la Circular N° 331 de la Superintendencia de Salud del 27 de agosto de 2019, que instruye sobre la aplicación de cobertura por las isapres para el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad; la cual busca fijar el alcance de la cobertura mínima obligatoria que deben otorgar las ISAPRES a sus beneficiarios para los “Tratamientos Reproducción Asistida de Alta Complejidad”, según los estándares del PAD de FONASA, esta circular define las prestaciones cubiertas, como:

- Inducción de ovulación
- Aspiración Folicular
- Laboratorio FIV/ICSI
- Transferencia Embrionaria
- Soporte Post Transferencia Embrionaria
- Criopreservación de Embriones
- Preparación Endometrial
- Descongelación de Embriones

Y, se establecen montos mínimos por ciclo; para tener acceso a esta cobertura de los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad, la mujer debe ser beneficiaria de la isapre respectiva y contar con un diagnóstico de infertilidad, con una orden médica que lo certifique y que señala que se debe someter a estos tratamientos. El certificado debe indicar que la paciente cuenta con medición de reserva ovárica, que en caso de corresponder cuenta con tratamientos de baja complejidad que no han dado resultado o que la paciente sería candidata directa para este tipo de procedimientos. Además las mujeres deben estar libres de cualquier patología concomitante que impida comenzar el tratamiento y señala que no pueden ingresar a estos tratamientos la beneficiaria o su pareja que padezca alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) activa.

Finalmente, establece que las ISAPRES en caso de haber establecido previamente a la vigencia de esta circular, a través de un contrato una determinada cobertura puede continuar otorgando si esta es superior a la que deriva de su incorporación al Arancel de Fonasa MLE, asimismo puede pactar una mejor

cobertura para estas prestaciones y estas deben ser informadas a sus afiliados con quienes hayan celebrado convenios para el otorgamiento de estas atenciones.

Creemos que, la cobertura establecida en esta Circular es insuficiente para la realidad actual debido a que existe un aumento de la demanda, los casos de infertilidad han incrementado y los ciclos mencionados anteriormente pueden no ser suficientes para garantizar resultados exitosos. Por otra parte, aunque se ocupa de establecer coberturas mínimas, son insuficientes, ya que, muchas familias enfrentan gastos adicionales altos que no son cubiertos por las ISAPRES como medicamentos o procedimientos complementarios. Y se queda atrás respecto de los avances tecnológicos en TRA que no son contempladas por esta normativa y que por lo tanto, quedan sin cobertura, como por ejemplo, el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP), la Preservación de óvulos y espermatozoides, etc.

Finalmente, los criterios para ser beneficiarios de los tratamientos establecidos en esta circular son excluyentes, toda vez que, aunque no establece expresamente un rango etario específico, las ISAPRES suelen seguir estándares médicos que limitan la cobertura para mujeres de hasta 40-45 años, lo cual depende de su reserva ovárica y otros factores médicos. Asimismo, sus criterios son restrictivos, ya que, solo cubren tratamientos si se cumplen con los requisitos mencionados anteriormente, dejando fuera a casos que no los cumplen. Y está dirigido solamente a parejas heterosexuales, dejando fuera a parejas homosexuales o personas solteras, los cuales pueden enfrentar obstáculos para acceder a estos tratamientos según las políticas de algunas ISAPRES.

3. Proyectos de ley en materias relacionadas a las Técnicas de Reproducción Asistida hasta la actualidad.

En Chile hasta el año 2024 se han tramitado cinco proyectos de ley en materias referidas a Técnicas de Reproducción Asistida (en adelante “TRA”) y también respecto a la Crioconservación de embriones y pronúcleos. De estos cinco proyectos de ley, tres se encuentran archivados:

3.1. Proyectos de ley archivados

3.1.1. Boletín número 1026-07 del 6 de julio de 1993, el cual regula los principios jurídicos y éticos de las TRA y establece sanciones para los infractores de sus normas:

Este proyecto fue presentado en el Congreso Nacional por el entonces Senador Sebastián Piñera Echeñique, el cual pretendía regular las TRA (como la inseminación artificial, fertilización in vitro, etc),

que en ese momento, estaban comenzando a tener más relevancia pero que no contaban con una regulación clara ni con normas específicas al respecto, bajo una mirada discriminatoria respecto de sus beneficiarios, prohibiendo la maternidad subrogada y la crioconservación de embriones, la donación de gametos y la destrucción de embriones.

En el artículo 1° establece que, “El ser humano existe desde el momento de la concepción. La ley protege la vida del que está por nacer”. Cuando se refiere a “ser humano” se refiere al embrión, en la moción se menciona que, debemos entender que al referirnos a embrión, se trata de una vida humana, la cual se encuentra presente desde la concepción misma, que merece la protección legal que se garantiza en la Constitución Política de la República; lo que nos muestra el contenido ideológico, ético y moral de aquello que redactaron esta moción. Además menciona los principios básicos que se deben tomar en cuenta para cualquier proyecto de ley que busque regular estas materias, principios como:

1. la protección a la vida y a la dignidad humana.
2. la protección al interés superior del niño.
3. la protección a la familia y al matrimonio.

Sin estos principios, cualquier proyecto de ley sería inconstitucional.

En el artículo 2° N° 1 señala que: “Las técnicas de reproducción asistida sólo podrán aplicarse cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1° Que los interesados estén unidos por un vínculo matrimonial”.

Es decir, está dirigida solo a parejas heterosexuales que se encuentren casadas, excluyendo así a las parejas homosexuales y a las personas que no tienen pareja.

En el N° 2 establece “2° Que tengan dificultades para procrear”. Es decir, estas TRA son de aplicación sustitutiva, para parejas que no pueden concebir por medios naturales, no de aplicación alternativa para aquellas parejas heterosexuales fértiles que desean optar por las TRA de manera libre.

En el artículo 3° se menciona la donación de gametos, la cual establece que es “contrario a cualquier orden público” y luego se reitera esto, en el párrafo cuarto : “De las sanciones”, específicamente en el artículo 16 donde se señala que: “Será sancionado con presidio menor en sus grados mínimo a medio el que ejecute cualquiera de las siguientes conductas:

- 1°. Criopreservación de embriones humanos;
- 2°. Comercialización de embriones humanos;
- 3°. Destrucción de embriones humanos;
- 4°. Experimentación genética en embriones humanos;
- 5°. Manipulación de embriones humanos sin fines terapéuticos;
- 6°. Utilización de embriones humanos para un fin distinto de la procreación, y
- 7°. Utilización del cuerpo de una mujer para la gestación o posterior desarrollo en él de un embrión que será luego entregado, gratuita u onerosamente, a otra u otras personas, sea en calidad de tal o como un ser humano ya nacido”.

Sin embargo, el párrafo tercero se hace cargo de los efectos de las reproducciones asistidas que sean realizadas en contravención a esta ley, en este párrafo se mencionan situaciones tales como; la realización de TRA en personas solteras o la donación de gametos. Y se refiere a la filiación escuetamente al establecer en el artículo 11 que: “Es madre de un hijo aquella mujer que lo parió, y es progenitor aquel varón cuyos gametos participaron en la concepción de su vida”. Lo cual genera una interrogante respecto de ¿cuál es la identidad del padre o madre de este hijo nacido por TRA en contravención a las disposiciones de este proyecto de ley? en ese caso, establece en el artículo 15 “Para el solo efecto de investigar las identidades de su padre y de la mujer con cuyos óvulos fue concebida, toda persona podrá exigir del juez competente la práctica de exámenes de ADN, pero sólo cuando se trate de confirmar hechos que consten en documentos auténticos o que hayan sido declarados por testigos presenciales”.

Luego, en el artículo 5° señala que, los centros médicos deben proporcionar toda la información necesaria para aquellos que desean someterse a alguna TRA antes de dar su consentimiento. Y además establece que los centros médicos requieren de la autorización expresa de la autoridad sanitaria para poder desarrollar estos programas y aplicar las TRA, así como, mantener informados sobre el lugar donde se realiza, los médicos que las llevarán a cabo, los materiales y procedimientos que se utilizaran. Este proyecto fue archivado finalmente el 21 de agosto de 2008 en virtud del inciso segundo del artículo 36 bis del Reglamento del Senado, para dar paso al Boletín N° 4346-11.

3.1.2. Boletín N° 4344-11 del 18 de julio de 2006, sobre Reproducción Humana Asistida:

Este proyecto de ley fue presentado en el Congreso Nacional por el entonces diputado Mariano Ruiz-Esquide, proyecto que buscaba tramitarse conjuntamente con el Boletín 1026-07 anteriormente mencionado. Nos ocuparemos de mencionar las principales diferencias entre este boletín y el anterior.

Respecto del consentimiento, el párrafo segundo, artículo 3 inciso primero establece que: “Las técnicas de reproducción humana asistida sólo podrán aplicarse previo consentimiento libre, expreso e informado otorgado personalmente, y por separado, por las personas que se someterán a ella”. Además establece que el consentimiento debe ser por escrito y en congruencia con el proyecto de ley anterior, señala que este será dado luego de que el prestador haya informado respecto de todos los aspectos relacionados con la aplicación de las TRA, especialmente sobre cuales son las posibilidades de éxito o fracaso al someterse a estos procedimientos, buscando resguardar la salud mental; asimismo debe informarse respecto de las disposiciones legales y reglamentarias implicadas y también respecto de las formas alternativas de paternidad.

En el párrafo quinto, artículo 9, prohíbe expresamente la criopreservación de embriones, señalando lo que deben hacer aquellos centros que tengan embriones criopreservados bajo su poder, prohibiendo expresamente que estos no pueden ser destruidos. Sin embargo, a pesar de lo señalado no se menciona que estos puedan ser utilizados para investigaciones científicas, sino solo a la libre adopción, sin considerar la donación de estos en virtud a la Ley de Donación de Órganos.

En el artículo 10 se menciona lo relacionado con la filiación y se remite a las reglas del artículo 182 del Código Civil. En el artículo 11 N° 1 establece que: “Será sancionado con presidio menor en cualquiera de sus grados y multa de cien a quinientas unidades tributarias mensuales el que: 1°. Entregue, reciba o prometa entregar o recibir a título oneroso gametos o un embrión humano humanos”. Se sanciona la entrega, promesa de entregar o recibir gametos o embriones a título oneroso, sin embargo, deja espacio a la donación de gametos o embriones de carácter altruista pero se refiere a ella como una excepción en el párrafo cuarto “Solo en caso de ausencia de gametos o que estos sean útiles al fin reproductivo, se podrá recurrir a gametos de donantes”.

Luego, en el mismo artículo 11 N° 8 sanciona de la misma manera: “8°. La mujer que se sometiere a la técnica con el propósito de que se desarrolle en su cuerpo un embrión que luego, como criatura nacida,

sea entregada a título oneroso, a otra persona; así como aquél que la indujere directamente a consentir en ello y el que haya aceptado recibir el niño”. Es decir, se prohíbe expresamente la maternidad subrogada de carácter oneroso, sin embargo, deja espacio para aquella que se realiza de manera altruista.

Respecto a los beneficiarios de la donación de gametos, el proyecto indica en el artículo 6 inciso primero “Los gametos femeninos y masculinos, deberán provenir de los miembros de la pareja (...)”. Es decir, se entiende que se excluyen a las personas sin pareja y a las parejas homosexuales, ya que habla de gametos femeninos y masculinos, de manera copulativa. Además cuando este proyecto se refiere a “las parejas” no determina si se refiere a parejas matrimoniales o también incluye a las parejas de hecho.

Finalmente, en lo relacionado a la confidencialidad, este supone un principio rector de este proyecto de ley y se menciona en el artículo 8 inciso segundo donde establece que: “Por regla general esta información tendrá el carácter de reservada y será considerada dato sensible de acuerdo a lo indicado en la ley N°19.628, sin perjuicio del ejercicio de las facultades que la ley le señale a los organismos o servicios públicos, y la solicitud de información que requieran los Tribunales Ordinarios de Justicia para la resolución de un caso sometido a su conocimiento” Este proyecto de ley fue archivado el 20 de agosto de 2008 juntamente con el Boletín N° 1026-07, según lo dispuesto en el artículo 36 bis inciso segundo del Reglamento del Senado.

3.1.3 Boletín N° 4573-11 del 8 de octubre de 2006, que Regula la Aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida.

Este proyecto de ley fue presentando en el Congreso Nacional por los diputados Guido Girardi, Roberto Muñoz y Carlos Ominami, lo que buscaba era proponer tácitamente una perspectiva sustitutiva para las TRA, ya que se señala y lo hemos mencionado anteriormente en este trabajo “aborda una temática ausente en nuestro ordenamiento jurídico y por tanto no resuelta desde esta perspectiva (...)”. Se señala en el considerando que “Tampoco nos hemos hecho cargo como país del drama existencial que implica para 1 de cada 8 parejas chilenas el ver limitadas o frustradas sus posibilidades de procrear por problemas de infertilidad que en la práctica se traducen en un problema de acceso a las técnicas biomédicas de fertilización y por tanto de injusticia social”. Y se señala más adelante, que lo que busca este proyecto es “fijar derechos y libertades reproductivas de la mujer, junto a la protección que merece el hijo desde el momento de la fecundación y el padre o progenitor con motivo de la aplicación de las TRA”. Y especifica que el proyecto no pretende resolver cuestiones filosóficas o religiosas respecto de cuál es el inicio de la

vida, el estatuto jurídico aplicable al embrión o los términos de su protección jurídica, además señala que no busca regular la praxis médica en las TRA. Conforme a lo anterior, este proyecto de ley busca resolver un problema de orden práctico, que es, “facilitar el uso y acceso a las TRA por y para todas aquellas parejas que se ven enfrentadas al drama y a las dificultades de no poder concebir”.

A pesar de que solo contiene 8 artículos, es un proyecto de ley bastante amplio, el cual intentó regular de forma general la aplicación de las TRA, señala en el artículo 5 inciso segundo, las TRA contempladas son la fecundación in vitro, la criopreservación u otras admisibles mientras sean terapéuticamente necesarias y eficaces para el fin de procreación y que estas no sean contrarias a la Constitución, a las leyes o al derechos de terceros. Pero estas solo pueden tener como fin la reproducción humana y señala más adelante en el artículo 6 que, “El patrimonio genético y germinal del ser humano están fuera del comercio humano”. Es decir, estas técnicas deben ser gratuitas y altruistas.

Menciona, al igual que los proyectos de ley anteriormente presentados, el principio del consentimiento informado, en el artículo 7: “Las técnicas de reproducción humana asistida sólo pueden practicarse, previo consentimiento informado de los interesados (...)”. Y por último, y lo más destacable de este proyecto de ley a nuestro parecer es que menciona en el artículo 3 que: “El Estado garantizará el acceso libre, informado, seguro e igualitario, a las técnicas de reproducción humana asistida, cuando médicamente se requieran”. Es decir que, es deber del Estado hacerse cargo de la problemática que enfrentan aquellas personas que son infértiles.

Este proyecto de ley se encuentra archivado desde el 05 de enero del 2009, en virtud de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 36 bis del Reglamento del Senado.

Ahora nos referiremos a los proyectos de ley que se encuentran actualmente en tramitación.

3.2. Proyectos en actual tramitación.

3.2.1 Boletín N° 6306-07, del 18 de diciembre de 2008, que sanciona la utilización del vientre materno para el embarazo por encargo de terceros incorporando un nuevo tipo penal denominado “De la Sustitución de la Maternidad” en el Código Penal.

Este proyecto de ley cuenta con un artículo único el cual pretende sancionar la aplicación de la maternidad subrogada por considerarse un delito por las siguientes razones:

- a) “Constituye una conducta que, en la mayoría de los casos busca lucro, obtener ganancias a través de procedimientos que implican crear vida.
- b) No existe en la actualidad sanción para quien gesta en su cuerpo vida ajena con óvulos y espermatozoides de terceros.
- c) Tampoco existe sanción ni penalización para terceros que por diversas causas no pueden engendrar un hijo de manera natural, y recurren a extraños para ‘satisfacer’ necesidades que dicen llamarse familiares.
- d) No existe ninguna protección para el que está por nacer, lo anterior debido a que en ocasiones es perfectamente posible, que la situación jurídica de las personas que realiza esta petición cambie, es decir, se produzca una separación de hecho o un divorcio con separación de vínculo. El menor queda a la deriva y los eventuales padres sin responsabilidad sobre los derechos del menor.
- e) No es posible disponer de la vida en forma arbitraria, cualquiera sea el móvil que lleve al sujeto activo de esta conducta (padres que encargan la creación de un menor) a realizarla. Como asimismo a aquella persona que presta, sea a través de un intercambio de dinero o cualquier otra recompensa su vientre materno para la gestación de un ser humano que posteriormente será entregado a quienes han solicitado este ‘servicio’”.

A la fecha en que es impulsado este proyecto de ley la gestación subrogada ya era un TRA conocida y que se practicaba en varios países, sin embargo, su regulación varía significativamente. En algunos países, se promueve como una opción legítima para las parejas heterosexuales infértiles, para las parejas homosexuales o personas sin pareja, mientras que en otros se consideraba problemática debido a que podía ser considerada como explotación a las mujeres, especialmente para aquellas que se encontraban en situación de vulnerabilidad.

Aunque el proyecto de ley, lo que busca es proteger a las mujeres de ser explotadas en contexto donde la gestación subrogada puede convertirse en lucrativa y desregulada, este penaliza a todas las partes involucradas, incluyendo a la mujer gestante, sin considerar las circunstancias que la llevan a tomar esa decisión respecto de su propio cuerpo. Y además, no contempla excepciones de carácter altruista, como acuerdos sin fines de lucro realizados entre familiares o personas de confianza que no pueden concebir hijos de manera natural o en contextos médicos justificados y que desean optar por esta TRA. Por otra

parte, busca proteger al niño por nacer, para que este no sea tratado como un objeto, sin embargo, esta prohibición puede llevar a la clandestinidad, lo que podría vulnerar de manera más general los derechos de los involucrados.

En nuestra opinión, se debe buscar un enfoque más integral que permita la gestación subrogada de carácter altruista bajo condiciones controladas y que se garanticen los derechos de las partes involucradas adaptándola a la realidad social y científica actual.

3.2.2 Boletín N° 11604-11, del 25 de enero de 2018, que Regula la Crioconservación de Embriones.

En los fundamentos de este proyecto de ley, se menciona que en los últimos años a nivel internacional se ha ido avanzando progresivamente respecto de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), la cual se define como “La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar.

La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales” (OMS, 2018).

Pero a pesar de los avances, la legislación vigente resulta insuficiente, se menciona el convenio suscrito entre la Universidad de Chile, el Servicio de Salud Metropolitano Central y el Instituto de Investigaciones Materno- Infantil (IDIMI), a demás del convenio suscrito con los Servicios de Salud Valparaíso- San Antonio, Viña del Mar- Quillota, en Concepción y Talcahuano para la incorporación de las técnicas de fertilización in vitro (FIV) Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI) y Criopreservación de pronúcleos (PN) y Embriones.

En el 2015 y como ya mencionamos anteriormente, el Ministerio de Salud elaboró la correspondiente Guía Clínica para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad. “Siguiendo a dicha guía, la atención de la salud sexual y reproductiva incluye el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al prevenir y resolver los problemas relacionados con la sexualidad y la reproducción” Lo que busca este proyecto es una solución para los embriones crioconservados en procedimientos de FIV, propone que estos puedan ser donados a personas con problemas de fertilidad

o para ser estudiados y así lograr avances en materia de terapia celular con células madre; Pretende además, regular la donación de embriones y pronúcleos congelados, con el principio de altruismo y confidencialidad como base. Señalando que los embriones sobrantes en procesos de reproducción asistida puedan ser utilizados para investigación cuando exista el consentimiento informado de los progenitores, con la finalidad de que sean cedidos a la ciencia.

En el artículo 1 establece que: “Esta Ley tiene por objeto regular los requisitos de utilización de embriones y pronúcleos crioconservados en las técnicas de fecundación humana asistida en todas las parejas o personas solas interesadas”. Es decir, deja abierta la posibilidad para que personas solas o parejas homosexuales puedan acceder a estas técnicas de maternidad subrogada por medio de la implantación del embrión crioconservado en una madre subrogante.

Luego, en el artículo 2, el proyecto establece los proyectos que lo definirán, se señala que las donaciones deben ser voluntarias, informadas, a título gratuito, con fines terapéuticos, de investigación científica y altruista. Se recalca en el N° 4 que estas deben ser anónimas, es decir, no pueden facilitarse ni divulgarse información que permita identificar al donante, en el N° 5 se establece que el consentimiento debe ser voluntario e informado, el donante debe ser plenamente capaz y expresar que está dispuesto a donar de modo libre, expreso e informado, asimismo, debe dejar dispuesto su consentimiento en un acta suscrita ante el director del establecimiento en el que efectuará la donación.

En el artículo 5 inciso primero agrega que: “Las personas que se sometan a estas técnicas de reproducción asistida tendrán derecho a ser informados íntegramente y formar con ello, su consentimiento informado”. y en el artículo 6° indica que el consentimiento de la pareja o persona sola que se someta a estos procedimientos debe constar por escrito. En el artículo 10, se establece la facultad de retracto de la mujer que se sometería a la implantación de embriones, a la cual se debe acceder de manera inmediata.

Por último, en el artículo 13° determina legalmente la filiación, en primer lugar se remite al artículo 182 del Código Civil, establece en el N° 2 que no se podrá impugnar la filiación matrimonial o propia de un acuerdo de unión civil, del hijo o hija nacido de la fecundación in vitro. Así pues, el N° 4 menciona una excepción al artículo 2 N° 4, respecto de la averiguación de la identidad del donante, la cual solo procederá en el caso de que el Servicio de Registro Civil e Identificaciones deba comprobar que no existe impedimento o prohibición legal para contraer matrimonio, por lo que, se limita la libre investigación.

Aún cuando no corresponde a un Proyecto de Ley, consideramos que es importante mencionar esta solicitud de creación de Proyecto de Ley, ya que corresponde a lo más actual en la materia y responde a la necesidad de regulación de la misma.

3.2.3 Solicitud de Resolución N° 989 del 01 de Agosto de 2023 Por el cual solicita al Presidente de la República que envíe un proyecto de ley que cree un estatuto regulatorio para las Técnicas de Reproducción Asistida, con presupuesto reservado y que brinde protección de la salud mental y acompañamiento integral a las personas que desean concebir y sufren infertilidad.

La resolución busca solicitar un marco legislativo específico que regule los aspectos de las TRA, tales como:

- El acceso universal e igualitario, estableciendo medidas para garantizar que todas las personas, independientemente de su orientación sexual, situación socioeconómica o ubicación geográfica puedan acceder a estas técnicas.
- Protección de derechos, busca que se protejan todos los derechos de las partes involucradas, como los futuros hijos, donantes y pacientes.
- Que los procedimientos sean realizados en instituciones certificadas, con estándares médicos y éticos estrictos.

La solicitud enfatiza la importancia de que se asigne un presupuesto reservado para poder financiar investigaciones científicas respecto de las TRA, que se pueda capacitar a los profesionales que llevarán a cabo estas prácticas, que se garantice la sostenibilidad de programas de apoyo integral y que exista cobertura para aquellas personas que no puedan acceder a estos procedimientos debido a los altos costos. Por otra parte, recalca la importancia de la salud mental, solicitando que se pueda realizar acompañamiento psicológico para los involucrados en el proceso, el cual puede ser estresante, desgastante, puede fracasar, etc.

Actualmente las TRA se han consolidado como una solución para aquellas personas que padecen de infertilidad, problema que va en aumento cada año, de aprobarse y concretarse un proyecto de ley, este sería un avance significativo en el reconocimiento del derecho a la reproducción asistida, sin embargo, el éxito de este, dependerá de una regulación equilibrada, integral, con recursos suficientes y con la colaboración del sistema de salud, de la justicia, entre otros.

En relación a lo expuesto en este capítulo, creemos que el esfuerzo legislativo en materia de reproducción asistida no ha sido el suficiente, esto queda demostrado en el abandono de los proyectos de ley o en aquellos que se encuentran sin avances en su tramitación o discusión. ¿Existe la intención de que estas materias sean reguladas en un futuro cercano? o ¿Se esperará hasta que las necesidades respecto de la procreación, de la infertilidad, de los diferentes tipos de familias se hagan aún más visibles?.

CAPÍTULO III

DERECHO COMPARADO

Al analizar las regulaciones respecto de la reproducción asistida en otros países, hemos podido notar que existe una brecha en cuanto a el área de ubicación de estos, lo que puede deberse a diversos factores como la cultura, pues, en el continente europeo hemos estudiado la legislación de una variedad de países y a su vez diversidad de normas referidos a las T.R.A, en comparación a lo que podemos apreciar en los países del continente de América.

En Europa podemos apreciar que hay países como España y Ucrania en que la legislación es amplia y permite el acceso a más T.R.A y métodos relacionados directamente con estas, en otros países como Alemania es mucho más restringida la utilización de estos métodos. También a primera vista pudimos apreciar que en países federales como Estados Unidos y México la legislación respecto a las T.R.A es vinculante a cada estado y no a nivel nacional como en los estados unitarios.

Para nuestro objetivo, no es menester explicar ampliamente cada legislación, por ende, hemos realizado dos tablas con países seleccionados, y si en estos se regulan o no ciertas materias respecto a las T.R.A. Por tanto, extraemos conclusiones de manera expositiva y comparativa entre los ordenamientos jurídicos presentados, para generar un conocimiento respecto del derecho foráneo de manera general, desarrollando una mirada crítica sobre lo ya normado, para así poder aplicarlo a nuestra propuesta de regulación.

Lo primero que hemos notado al revisar las legislaciones de derecho comparado respecto a la T.R.A es que muchas de estas se legislaron hace varios años atrás, como en Noruega la “Ley sobre fertilización artificial” se legislo hace 37 años atrás, en 1987. Si bien, en el año 2020 en Noruega se aprobó una enmienda a la “Ley de Biotecnología” (Ot.prp.nr.64, 2002-2003) que trajo consigo importantes reformas, como el acceso a las mujeres sin pareja a T.R.A como la inseminación artificial y la ovodonación. Esta última , quitó de la lista a Noruega de los países de Europa que prohibía la donación de óvulos. Esta enmienda no quita el mérito a que él país se hizo cargo del tema hace varios años atrás.

1. Donación de gametos

En el análisis comparativo de los distintos países, se puede evidenciar un consenso general en cuanto a la legalidad de la donación de semen. Sin embargo, existen variaciones en cuanto a si esta debe ser una donación altruista o si se permite una compensación económica o remuneración por la misma. En cambio, respecto a la ovodonación podemos ver que Alemania la prohíbe, de hecho, este país tiene una legislación sobre las T.R.A bastante estricta, como se puede apreciar en la tabla, pues, prohíben la mayoría de las T.R.A.

2. Gestación Subrogada

Otro punto relevante y bastante polémico es sobre la gestación subrogada. Al observar la tabla es dable concluir que es una de las técnicas más restringida por las legislaciones. En los casos que es permitida tiene limitaciones. Algunas de las limitaciones incluyen que esta técnica solo puede darse si es entre familiares, si es de forma altruista o solo con compensación económica. La compensación económica en general comprende solo el “reembolso” de los gastos de la gestante como el transporte, exámenes médicos y en algunos casos licencias médicas para sus respectivos trabajos, si los tuviesen.

El único país que investigamos e incluimos en esta comparación, que regula la gestación subrogada, permitiendo la remuneración, es Ucrania. Este país conocido por ser un destino para acudir a realizar esta técnica. Cuenta con una regulación desde el año 2002 y pese a ser una de las más permisivas no permite que las T.R.A puedan ser utilizadas por parejas homosexuales.

3. Aplicación especial de T.R.A post mortem

Respecto a la regulación de la utilización de las T.R.A post mortem, en los países seleccionados que se acepta y regula normativamente, el consentimiento de la persona fallecida debe constar por escrito, siendo el único país que la prohíbe es Alemania. En el caso de Ucrania se permite desde este año, para

las personas que han ejercido un cargo en la milicia, por si estos fallecen en guerra o sufren alguna lesión en combate que afecte su capacidad reproductiva, en la **“Ley de Reproducción Póstuma para Militares”** firmada por el presidente Volodímir Zelenski el 12 de marzo del año 2024.

En Uruguay se contempla en su **Ley N° 19.167**, que se aprobó el 29 de noviembre de 2013, en el **Artículo 9**, sostiene que “(Situación especial).- Podrá realizarse fertilización de gametos o transferirse embriones originados en una persona que hubiere fallecido, siempre que esta hubiera otorgado previamente por escrito su consentimiento para ello y dentro de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días posteriores a su fallecimiento”, como podemos concluir que permite la fecundación póstuma, pero con un límite máximo de días.

4. Anonimato

Sobre el anonimato del donante, nos encontramos ante legislaciones variadas, sin una tendencia predominante entre los países seleccionados. Primeramente, respecto del anonimato de la identidad genética, en general se permite mantener esta información reservada. Sin embargo, existen salvedades para poder acceder a su conocimiento, como es en el caso del Reino Unido según sus normativas, como explica la fundación **Birmingham women's and children's N.H.S** “A los 16 años, los niños nacidos como resultado de óvulos donados tendrán derecho legalmente a recibir información no identificativa sobre el donante y otros niños concebidos por donante con los que están genéticamente relacionados. Los jóvenes de 16 años que inicien una relación también podrán averiguar si están genéticamente relacionados” (B.W.C, N.H.S Foundation trust, s.f.), como se puede desprender de ambas fuentes hay acceso a la información genética o biológica en estos casos, también se comprende a los padres de los niños o adolescentes donos concebidos, ya que, como nos explica la fundación “Se les proporciona información no identificativa sobre el donante. También pueden solicitar a la H.F.E.A información sobre el número, el sexo y el año de nacimiento de otros niños nacidos de la misma donante” (B.W.C, N.H.S Foundation trust, s.f.), esta medida se puede comprender en el contexto de prevenir posibles relaciones incestuosas y la endogamia.

Respecto al anonimato de la identidad del donante, este tiene otros requisitos, como sostiene la fundación “A los 18 años, tendrán derecho a recibir información identificativa sobre el donante. También se les podrá proporcionar información identificativa sobre los hermanos genéticos concebidos por donante, si ambas partes dan su consentimiento” (B.W.C, N.H.S Foundation trust, s.f.), es dable concluir que la información identificativa se le brinda mayor protección, ya que responde a la intimidad de la

persona, esto se evidencia en el aumento de la edad requerido para su acceso y para obtener información sobre hermanos genéticos se pide el previo consentimiento de éstos.

Por último, la ley de Reino Unido también se pone en la posición del donante y sus derechos, como nos dice la fundación “El donante tiene derecho a recibir información no identificativa sobre su descendencia, específicamente el número, sexo y año de nacimiento” (B.W.C, N.H.S Foundation trust, s.f.).

Volviendo al anonimato biológico del donante, el acceso a esta información se ve en pos del bienestar del futuro bebé. En algunos países se requieren ciertos requisitos para acceder a esta información, como mencionamos precedentemente respecto a Reino Unido. En cuanto a Francia se establece en el texto legislativo **LOI no 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique**, se inserta el **artículo 16-8-1** “El principio de anonimato de la donación no impide que un adulto nacido de procreación médicamente asistida con un tercero donante acceda, previa solicitud, a datos no identificativos o a la identidad del tercero donante” (Ley N° 2021-1017 Sobre Bioética, 2021, p. 7), por ende, es posible acceder a la información biológica del donante en este país, previa solicitud.

5. Diagnóstico genético Preimplantacional

En cuanto al Diagnóstico genético preimplantacional se puede ver , para nuestra sorpresa, bastante aceptación a este (exceptuando a Alemania) , en pos de las enfermedades genéticas que se pueden presentar, para poder prevenirlas. Esto lo podemos ver claramente en la **orden N°787 del Ministerio de Salud** de Ucrania, en el punto **10** sobre **Diagnóstico médico y genético preimplantacional**, específicamente en el **10.1.** establece que “El diagnóstico médico y genético preimplantacional (en adelante, DGP) de defectos monogénicos y cromosómicos en ovocitos y embriones en la etapa previa a la transferencia de embriones, así como la determinación del sexo del embrión para prevenir enfermedades hereditarias asociadas con el sexo, fue desarrollado como un método alternativo para las mujeres que tienen un alto riesgo de dar a luz a niños con patología hereditaria. La principal ventaja de DGP es la reducción del riesgo de enfermedades hereditarias y el aumento de la frecuencia del embarazo (en algunos casos), la capacidad de evitar intervenciones invasivas en el huevo e interrupción del embarazo en caso de patología. Se pueden realizar estudios en cuerpos polares de ovocitos, blastómeros individuales del embrión, células de trofoectodermo” (Ot.prp.nr.64, 2002-2003, pág. 19).

En cuanto a Alemania, prohíbe en la “Ley de protección de embriones” del año 1990 explícitamente la selección de sexo y la sanciona, sosteniendo que “Quien intente fecundar un óvulo humano con un espermatozoide que haya sido seleccionado en función del cromosoma de sexo en él contenido, será

sancionado con pena privativa de libertad de hasta un año o con pena de multa” (Gesetz zum Schutz von Embryonen , 1990, pág. 4), si bien es severa la sanción al incurrir en una de las penas más altas, que es la privación de libertad, luego nos plantea una salvedad “Esto no regirá cuando la selección del espermatozoide, realizada por un médico, esté dirigida a preservar al niño de sufrir una distrofia muscular del tipo Duchenne o de una enfermedad vinculada al sexo de similar gravedad, habiendo sido reconocida esta similar gravedad de la enfermedad que amenaza al niño por el órgano competente conforme al derecho del Land (Estado federado)” (Gesetz zum Schutz von Embryonen , 1990, p. 4).

Podemos concluir que el diagnóstico genético pre implantacional es mayoritariamente aceptado por los países en estudio, debido a que, representa una innovación trascendental en el área de la medicina reproductiva, pues fue diseñado específicamente para mujeres con un alto riesgo de transmitir patologías hereditarias. Por ello también en países como Alemania se prohíbe la selección de sexo, pues, se es utilizado mayoritariamente con fines de disminuir lo riesgos de enfermedades hereditarias.

En Reino Unido, el parlamento en el año 2015 votó y aprobó la aplicación de la técnica de fecundación con ADN de tres progenitores, denominada terapia de reemplazo mitocondrial, que está regulada por la Autoridad de Fertilización Humana y Embriología (HFEA). La terapia de reemplazo mitocondrial como establece la HFEA consiste en la donación de mitocondrias a través de dos técnicas aprobadas, la primera es la transferencia del huso materno (en adelante MST) y la transferencia pronuclear (en adelante PNT). En la MST consiste en transferir el material genético nuclear (huso meiótico y los cromosomas) de un ovocito MII con mutación en el ADNmt a otro ovocito MII previamente enucleado sano que será inseminado a continuación (Amato et al., 2014)

Por otro lado, en la PNT La transferencia Pronuclear (PNT) consiste en transferir los pronúcleos de un cigoto con ADNmt mutado al espacio perivitelino de otro cigoto donado previamente enucleado (Amato et al., 2014).

Con ambas técnicas el aporte genético constituye menos del 1%, por tanto, se establece que la persona donante de mitocondrias no tiene derecho alguno sobre el futuro niño, permaneciendo anónimo y solo se podrá tener acceso a información no identificativa sobre el donante, a partir de los 16 años de edad cumplidos del niño . Esta información según la HFEA (HFEA, s.f) puede ser:

- Las pruebas de detección que se les han realizado y la información sobre su historial médico personal y familiar
- Una descripción personal (si se proporciona) y

- Cualquier información adicional que hayan acordado compartir con el niño.

En Reino Unido para poder utilizar esta TRA, se debe solicitar una licencia para poder desarrollarla, para ello, actualmente solo el Newcastle Fertility Centre at Life cuenta con esta licencia para tratar a pacientes con esta técnica y realizar investigaciones. Además, “El regulador británico indicó que valorará cada caso de manera individual antes de autorizar o no la puesta en marcha de los tratamientos” (BBC News Mundo, 2015). Esta medida se implementa con la posibilidad de contribuir a la eliminación de enfermedades mitocondriales, muchas de estas pueden ser fatales

6. Requisitos etarios

En cuanto al límite de edad para poder acceder a las T.R.A, en todos los países se requiere como mínimo tener cumplida la mayoría de edad (18 años) y si se establece un máximo de edad que varía en relación principalmente al sexo biológico, la técnica en cuestión y el país o estado.

En técnicas como la gestación subrogada se aumenta el requisito a los 21 años de edad inclusive. En Ucrania no solo se limita la edad para esta TRA, sino que también se exige un requisito no contemplado en las otras normativas analizadas. Para poder ser candidata a gestante se requiere haber tenido previamente un hijo, como se establece en el **Nº6 Maternidad Subrogada (sustituta) sección 6.4**, que establece “Una madre subrogada puede ser una mujer adulta sin discapacidad, siempre que tenga su propio niño sano, un consentimiento voluntario escrito de la madre subrogada de acuerdo con el formulario que figura en el Anexo 17 de este Procedimiento, así como en ausencia de contraindicaciones médicas” (Orden Nº787 , 2013, p. 16).

Respecto a los límites de edad, en la legislación de Uruguay encontramos una salvedad a la mayoría de edad , ya que, esta no es requisito si se es un paciente oncológico, en tales caso en base al artículo 2 inc. 2 de la **Ley Nº19.167** “La técnica de criopreservación de gametos también podrá aplicarse a todo paciente oncológico que, encontrándose en edad reproductiva (post púber hasta los cuarenta años), y de acuerdo a lo informado por su médico tratante y contando con el aval de la Dirección Técnica del prestador en el que se llevará a cabo el procedimiento, pudiera ver mermada o afectada drásticamente su fertilidad como consecuencia del tratamiento oncológico.” (Ley Nº19167 Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, 2013)

7. Sanciones, infracciones o delitos

Respecto a las sanciones o tipificación de delitos en cuanto al abuso o mal uso de la aplicación de estas técnicas, la mayoría de los países tiene desde multas a tipificación de delitos que conllevan penas privativas de libertad, que están enfocadas y relacionadas con las T.R.A, otras legislaciones, suplen con las sanciones o tipos penales que ya tienen respecto a la negligencia médica o crean un tipo penal bastante genérico.

España en su Ley 14/2006, en el Capítulo VIII sobre Infracciones y sanciones en el **artículo 24 inciso 2**, nos dice que “Las infracciones en materia de reproducción humana asistida serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir”, en el **inciso 5** también se contempla la prescripción de estas infracciones “Las infracciones muy graves prescribirán a los tres años; las graves, a los dos años, y las leves, a los seis meses. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los tres años; las impuestas por faltas graves, a los dos años, y las impuestas por faltas leves, al año” (Ley 14/2006, Sobre técnicas de reproducción humana asistida, 2006, p. 16). Además, categoriza en el **artículo 26** (Ley 14/2006, Sobre técnicas de reproducción humana asistida, 2006, p. 17), tres tipos de infracciones, estas son las infracciones leves, graves y muy graves. En las últimas dos categorías se contemplan infracciones referidas a las T.R.A como los donantes, el historial clínico, falsificación de datos, entre otros, en lo que profundizaremos posteriormente.

CAPÍTULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Chile, aun con el vacío legal existente respecto de las TRA estas son cada vez más utilizadas por la población; y como mencionamos anteriormente se encuentran dentro de ciertos beneficios estatales como el bono PAD.

Desde el año 1990 Chile ha sido parte del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), el último informe que se encuentra registrado en la página oficial es el N°32 en el que se establece que “Este informe proporciona información sobre la utilización, disponibilidad, eficacia, seguridad y resultados perinatales de los tratamientos de ART iniciados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2020, y para los bebés nacidos hasta septiembre de 2021” (REDLARA, 2021).

En el comienzo de estos registros, Chile tenía dos centros participantes y en el año 1992 un total de 274 ciclos iniciados, en comparación con el último registro del año 2020, las cifras se han incrementado a once centros participantes y 2.079 ciclos iniciados. En base a estos datos, se puede evidenciar la utilización en nuestro país de las TRA. El que estas técnicas y procedimientos vayan en aumento, incrementa la posibilidad de que emanen consecuencias respecto de su uso. Además, cabe mencionar que falta la información respecto de las cifras de los centros que no se adhieren a participar en el R.L.A, por lo que se puede concluir que este número es mayor.

Por tanto, las consecuencias de la inexistente regulación se extiende a diversas áreas que impactan en la vida de las personas, estas las hemos clasificado en tres grandes aristas; en primer lugar, consecuencias de ámbitos legales, en segundo lugar, las que repercuten en el área de la salud o médicas y por último las consecuencias relacionadas con los derechos humanos.

1. Consecuencias Legales

Como es de esperarse, la falta de legislación respecto de las TRA conlleva a una incertidumbre legal de parte de las personas que acudirán a estas técnicas, aquellos que nacen mediante estas, los centros médicos que las practican y los tribunales que deben resolver si suscitan disputas que llegan a ámbitos legales. Esta incertidumbre se refiere principalmente a los derechos y responsabilidades.

Con relación a los centros médicos que llevan a cabo estas técnicas, surgen interrogantes prácticas como ¿Qué deben hacer los Centros Médicos con los embriones si los solicitantes no han abonado

completamente el tratamiento y mantenimiento? ¿El establecimiento médico posee el derecho de obtener la totalidad de los embriones, puede comercializarlos, realizar investigaciones científicas con ellos o simplemente desecharlos? No existe una normativa que regule estos asuntos, ya que no nos enfrentamos a objetos, pues los gametos y embriones no son considerados mayoritariamente como objetos, pero ¿Qué son? Dado que es un asunto que involucra la moral, ética y creencias individuales, nunca se alcanzará un acuerdo, pero sí se pueden definir derechos básicos y estatutos apropiados para resguardar a los involucrados.

Este año se emitió un fallo por la Corte Suprema de Alabama, debido a que tres parejas demandaron a un centro de fertilidad por la destrucción de embriones obtenidos bajo TRA que estaban criopreservados, estos se destruyeron debido a falta de medidas de seguridad en la sala de criogenizaciones. En el fallo dictaminaron que los embriones criopreservados tendrán la calidad de “Minor Child” en español “Niño Menor” argumentando en el “Wrongful Death of a Minor Act” que no define lo que se debe entender por niño menor. Tras este fallo un sector de la sociedad asimiló como una posibilidad de obtener “justicia” para las parejas afectadas, otras como una ampliación a la protección de la vida. Por otro lado, otro sector lo ve como un retroceso o desventaja pues podrían acarrear cargos civiles o penales, lo que llevaría a que las clínicas de fertilidad de Alabama subieran sus costos o se fueran a otros estados de Estados Unidos.

Este fallo causó un gran impacto en Estados Unidos, demostrando la relevancia y necesidad que tiene la determinación de la naturaleza jurídica del embrión, varios estados desde entonces han presentado proyectos de ley para abordar la situación de los embriones criopreservados. Algunos de estos son del estado de California “Frozen Embryo Protection Act”, Nueva York el proyecto “Reproductive Rights Act” e Illinois nombrado “Embryo Legislation Clarity Act”.

Esta necesidad no implica que exista una respuesta correcta como ocurre con otras interrogantes, debido a que es un tema en el que hay que considerar diversos factores, de los cuales algunos con el tiempo van mutando, pues son un reflejo histórico cultural.

Para determinar la naturaleza jurídica, es necesario abordar la cuestión del inicio de la vida humana. No obstante, se han propuesto diversas interpretaciones que han tenido un mayor impacto histórico y cultural en distintas áreas como la científica, ética, filosófica y religiosa. Lo que comparten estas áreas es la ausencia de un consenso definitivo. Sin embargo, como sostiene Macarena González en su tesis “El

embrión humano criopreservado y su situación legal en Chile”, existe un consenso en cuanto a la determinación de la muerte de una persona, la cual se considera cuando no se observa actividad cerebral o se diagnostica muerte encefálica, lo que puede comprobarse mediante un electroencefalograma. Por ende, González propone una interpretación a contrario sensu, es decir, en palabras simples, el inicio de la vida comienza cuando se presenta actividad cerebral. Esto tendría fundamento (además de científico) en nuestro ordenamiento jurídico, en la ley N° 19.451 sobre Órganos y su respectivo reglamento, ya que reconoce la muerte encefálica. Esta interpretación nos lleva a establecer un parámetro en cuanto a la determinación de la naturaleza jurídica del embrión.

Para aquellos individuos o parejas con problemas de fertilidad que se someten a estos tratamientos de TRA y los médicos encargados que incurren en algún comportamiento que es dañino, ¿Deben estas personas presentar una demanda civil por incumplimiento de contrato? ¿O representa un delito de estafa? ¿Tal vez corresponda a una negligencia médica? O quizás no se pueda categorizar en ninguna de estas tres opciones, ya que se deterioró tanto su integridad física, mental y su indemnidad sexual, que estas no son un reflejo del perjuicio o daño experimentado.

En el ámbito judicial, nos enfrentamos ante la determinación del derecho aplicable y del procedimiento pertinente. Es fundamental identificar qué tribunal posee la competencia para conocer de la materia en cuestión, ya sea de índole civil, penal o de otra naturaleza. Es pertinente cuestionar si es correcto o adecuado suplir con analogía y principios cuando nos hallamos frente a un área específica en comparación con otras, tal como ocurrió con las disputas laborales que se solucionaban bajo el Código Civil hasta la promulgación y entrada en vigencia del Código del Trabajo.

Es esencial recordar que, si no existe una tipificación, no se puede recurrir a la vía penal. Además, se debe considerar qué normas debe interpretar la jueza o juez en ausencia de un marco legal específico. En este contexto, es crucial tener en cuenta el principio de inexcusabilidad, según el cual el juez o jueza debe pronunciarse y, en ausencia de ley específica, aplicar los principios de equidad. De este modo, se intenta proteger los derechos y la administración de justicia, incluso en situaciones donde la legislación es insuficiente o inexistente. Pero cabe preguntarnos ¿Es lo adecuado?

2. Filiación

La filiación es un asunto de gran importancia para nuestra investigación y, al igual que muchos conceptos en el área legal, su definición varía dependiendo del autor, la doctrina a la que se adhiera o incluso el período al que se pertenecía.

Para **Enrique Rossel** “La filiación es el vínculo jurídico que une a un hijo con su padre o madre y que consiste en la relación de parentesco establecida por la ley entre un ascendiente y su inmediato descendiente, o sea, su descendiente de primer grado” (Rossel, 1994, p. 207).

Otra definición es la de **María José Vilches** "La filiación es la relación jurídica que vincula a un hijo con sus padres, establecida por nacimiento, adopción o reconocimiento, y que implica derechos y deberes para ambas partes." (Vilches, 2018).

Históricamente, el principal fundamento de la filiación se basaba en el lazo sanguíneo. Sin embargo, con los progresos médicos que han surgido y las transformaciones a las que se enfrenta la sociedad, este pilar se ha vuelto limitado y se han introducido modificaciones. En Chile, la Ley N°21.400 de matrimonio igualitario entró en vigor en el año 2022. Entre las diversas modificaciones, se introdujo el término "progenitor" para sustituir las palabras "padre" y "madre", estableciendo una distinción con el hecho inicial de la procreación, que no es necesario para ser el progenitor.

En nuestro marco legal existen dos formas de filiación, la voluntaria que incluye la adopción y la natural que puede ser tanto indeterminada como determinada, en esta última se contemplan la filiación matrimonial y la filiación no matrimonial. Por lo tanto, podríamos cuestionarnos ¿Dónde categorizamos las técnicas de reproducción asistida?

Como mencionamos anteriormente en nuestra investigación, en razón con el artículo 182 del Código civil, podemos desprender conclusiones y cuestionamientos al respecto:

Al establecerse la filiación, tal como lo establece el artículo, se adquieren los mismos derechos y obligaciones para los progenitores e hijos que tengan una filiación voluntaria o natural. Esta diferenciación, en el presente es más una categorización dogmática, dado que ya no se establecen distinciones entre los hijos como antes, desde el año 1999 cuando entró en vigencia la Ley N° 19.585 los hijos gozan de iguales derechos hereditarios, se recoge el derecho de toda persona a su identidad y conocer sus orígenes (consagrado en el Pacto de san José de costa rica) e introduce el principio del interés superior del niño modificando el Código Civil.

Es menester mencionar que, en nuestro país, la sentencia dictada por Mónica Jeldrez Salazar del Tribunal del Segundo juzgado de familia de Santiago, emitida el 3 de diciembre del año 2018, marco un precedente significativo, ya que, en esta primo la realidad biológica por sobre la filiación materna determinada por el parto.

El contexto de este caso trata sobre una mujer que deseaba tener un hijo con su pareja. Debido a complicaciones médicas en el embarazo que le produjo daño en su endometrio, quedó estéril. Esta pareja, después de este hecho contrajo nupcias y decidieron recurrir a la maternidad subrogada, aportando ambos sus gametos. La gestante en cuestión realizó este acto voluntaria y altruistamente, debido a su estrecha relación de amistad de más de 22 años que tenía con la mujer que deseaba ser madre. El embarazo se concretó y fue llevado a término por la gestante, naciendo el niño. La mujer que aportó su óvulo presentó una demanda de impugnación y reclamación de maternidad en contra de la persona que gestó el embarazo, ya que la maternidad estaba determinada a su favor. La gestante expresó que no se consideraba la madre del niño involucrado.

El tribunal en este caso consideró pruebas documentales, testimoniales y periciales, incluyendo análisis de ADN que confirmaron que la mujer que aportó su material genético es efectivamente la madre biológica, mientras que la gestante no tiene vínculo genético con el niño. Además, en la sentencia, se examina la aparente colisión entre los artículos 182 y 183 del Código Civil en el marco de la maternidad subrogada, lo cual consideramos especialmente relevante.

El art.182 establece que los padres del hijo concebido mediante TRA son las dos personas que se sometieron a dichas técnicas, sin detallar cómo se determina legalmente esta filiación. Consideramos pertinente mencionar que, en este caso, se someten más de dos personas a la TRA, la persona gestante, quien aporta el óvulo y quien aporta el esperma. Por tanto, la norma no es concreta ni específica en cuanto a cuáles de las personas involucradas se refiere. Por otro lado, el art. 183 dispone que la maternidad puede también quedar determinada por el parto, es decir, la mujer que da a luz es considerada la madre legal del niño.

Frente a esto, se concluye en la sentencia que no se presenta una verdadera antinomia entre ambos artículos, ya que, regulan situaciones distintas, debido a que el art. 182 se refiere a la filiación por técnicas de reproducción asistida, mientras que el art. 183 se aplica a la filiación por naturaleza. Sin embargo, debido a la falta de desarrollo normativo específico sobre la gestación subrogada, el tribunal decide que, en este caso particular, la regla del art.183 no es aplicable, ya que la demandada, como mencionamos, no tiene conexión biológica con el niño. Se reconoce la maternidad de quien aportó el material genético, en concordancia con el art. 182 y el derecho a la identidad del niño. En base a las normas y antecedentes presentados, queda en evidencia que respecto de la filiación respecto de los nacidos bajo TRA carece de un desarrollo normativo adecuado.

En segundo lugar, nos surge la interrogante sobre la razón por la cual los hijos nacidos mediante TRA deben estar determinados respecto de dos personas. Históricamente, la filiación se establecía en relación a un padre de sexo biológico masculino y una madre de sexo biológico femenino. Posteriormente, se avanzó socialmente hacia la aceptación de la filiación respecto de dos personas del mismo sexo. No obstante, en el contexto actual de las TRA, se pueden presentar diversos escenarios en los que haya más de dos progenitores y tengan el derecho de ser reconocidos como tales, en consonancia con el principio de equidad y la realidad pluralista actual de las familias contemporáneas.

En nuestra jurisprudencia recientemente se dictó una sentencia el 26 de agosto del 2024, la jueza de familia de Osorno Verónica Vymazal Bascopé declaró la pluriparentalidad respecto del siguiente caso:

Una mujer tuvo una relación afectiva de 15 años con un hombre con quien tiene 3 hijos en común, se separaron un tiempo y ella se involucró afectiva y sexualmente con otro hombre. Luego esta mujer volvió a retomar su relación afectiva con su pareja inicial, dándose cuenta de que estaba embarazada y su pareja asume todas las responsabilidades con el niño. Esta relación termina formalmente el año 2021 y la mujer retoma la relación afectiva con el segundo hombre nuevamente, a su vez, hacen un examen de ADN al niño, quien resulta ser hijo biológico del segundo hombre. Desde entonces le han explicado al niño su origen, se les ha facilitado terapias psicológicas y el infante reconoce a ambos hombres como sus padres. El padre biológico del niño, a quien nos hemos referido como el segundo hombre, interpone una demanda de impugnación de filiación matrimonial y de reclamación de filiación basada en el artículo 197 del C.C.

La magistrada argumenta la sentencia según el artículo 201 del Código Civil que la posesión notoria de estado civil prevalece sobre la prueba biológica, enfatizando la importancia de las relaciones afectivas y la identidad del niño. También nos plantea la prioridad que le brinda la ley al interés superior del niño, considerando sus derechos presentes y futuros, y protege su identidad, estabilidad y bienestar. Aunque el artículo 208 del Código Civil requiere la simultaneidad en las acciones de impugnación y reclamación de filiación, no impide el reconocimiento de una pluralidad de padres así lo establece en la sentencia al decir que “No existe ninguna norma que impida pronunciarse o acogerse una acción de reclamación de filiación sin que se haya acogido la de impugnación” (RIT C-421-2021, 2004,p.6). Por último, la Ley N° 21.430 refuerza este derecho, permitiendo al niño conocer su identidad y mantener sus relaciones familiares.

Como se puede concluir, no es un caso en el que se utilizaron TRA, se estableció la pluriparentalidad a tres personas, incluyendo una que no había aportado su material genético, por lo que, es factible concluir que sea más probable la concurrencia de escenarios en donde la filiación se solicite o deba ser determinada a más de dos personas debido a la utilización de las TRA.

Esta propuesta puede resultar revolucionaria en términos generales para nuestra sociedad, ya que culturalmente en Chile y occidente, que son los países con los que tenemos mayor vinculación, las relaciones monogámicas afectivo-sexuales son socialmente aceptadas y esperadas. Esto se puede apreciar en relación al primer aspecto, los derechos de los individuos e instituciones implicadas. Sin el marco legal apropiado, no se pueden proteger estos aspectos, no existen garantías sobre los gametos donados, los embriones producidos y criopreservados, la indemnidad sexual de los individuos o la privacidad de la identidad genética.

Como puede observarse, abarca una amplia gama de áreas, desde la sexualidad de los involucrados hasta los derechos de las instituciones de salud: por ejemplo, es esencial que estas tengan acceso a un registro nacional de donadores, idealmente un registro internacional, para conocer cuántas veces un individuo ha donado sus gametos y si estos han sido efectivamente utilizados y han contribuido a el nacimiento de un individuo, con el fin de impedir que existan “donadores seriales” pues esto conlleva a incurrir en un alto grado de consanguinidad en la población, lo que aumenta el riesgo de incesto y de enfermedades genéticas debido a la mayor probabilidad de transmitir genes recesivos dañinos.

En el documental “The man with 1,000 kids” se expone el caso de Jonathan Jacob Meijer, un donador serial de esperma de nacionalidad neerlandesa , quien causa polémica a nivel internacional, ya que:

1. Realizaba “donaciones privadas” (vendía su esperma) a diferentes personas y parejas que lo contactaron a través de páginas web. Jonathan siempre les decía que solo ayudaría a engendrar a un total de 5 hijos como máximo y se presentaba con diferentes nombres. Estas “donaciones privadas” las ofrecía de dos formas: 1. Entregaba un frasco o contenedor con esperma o 2. Podía donar de forma “natural”, es decir, teniendo relaciones sexuales.
2. Engendró a más de 100 hijos, en 11 clínicas diferentes de Países Bajos, lo que conllevó a que se le prohibiera donar su esperma en este país, debido a que tienen establecido el límite de 25 hijos por donante.

3. Realizó “donaciones” internacionalmente, a través de sitios web privados o en clínicas que ofrecían tratamientos de TRA.

Se estima a partir del año 2023, que se han engendrado aproximadamente entre 500 a 1,000 personas dono concebidos con el esperma de Jonathan en todo el mundo, pero esa es la cifra de los casos que se han dado a conocer. Debido a la cantidad de esperma donado y el periodo en que realizó las “donaciones”, que corresponde desde el año 2007 hasta el año 2023 (al parecer continúa en Kenia) el total de engendrados por el esperma de este hombre se aproxima a 3,000 personas dono concebidos.

Y por si ya no fuera suficiente, también se dio a conocer que Jonathan tenía una página web con Leon de Dordrecht llamada “Verlangen naar een kind”, en la cual accedieron muchas de estas mujeres y parejas para obtener las “donaciones privadas”. En esta página había un listado de hombres, en el que era visible el nombre de la persona, una descripción escasa que variaba mucho entre sí como “Pelo café ojos claros” o “Soy músico”, y una forma de contactarlos. Lo que desconocían las personas que acudían a esta página web es que el listado era ficticio, independiente a quien tu contactaras solo un par de hombres eran los “donadores” de esperma, principalmente como es de esperarse estos hombres eran Jonathan y Leon. También se expone en el documental que estos dos hombres muchas veces combinaban sus espermas en el mismo frasco, lo revolvían y se lo entregaban a los receptores. El esperma de quien fecundó el óvulo de la receptora “ganaba”, para ellos era similar a un juego. Se aproxima que Leon de Dordrecht engendro a 450 personas dono concebidas.

Por tanto, además del malestar y preocupación que genero esto a los padres de los hijos engendrados con el esperma de Jonathan, debido a el posible incesto accidental, les aporto la incertidumbre de no saber quién era el padre biológico de sus hijos, pues podía ser Leon, Muchas de estas familias realizaron test de ADN al entrar en conocimiento de este hecho.

Para que se pudiera ejercer alguna sanción contra este hombre, los padres de estos niños debieron hacer pública la situación, acudiendo a los medios, pues no hay una regulación internacional que establezca un límite de cantidad de niños que un donador pueda tener, tampoco existe comunicación entre las clínicas o centros de una misma ciudad, país o entre países. Y cuando se acude a estas clínicas lo donadores firman una pauta en la que establecen que no donaran en otros centros o hasta que se constituye el máximo permitido de niños engendrados por un donador, el problema es que es solo una pauta, una recomendación, por tanto, carece de fiscalización como se puede evidenciar con el caso de Jonathan.

El hacerce publica la situación, se expuso a estas familias a sufrir discriminación y malos tratos, numerosas personas manifestaban su opinion de manera negativa diciendo que no debían ir contra la naturaleza, si no podían tener hijos no deberían embarazarse de esa forma. Una madre en el documento relató que tuvo que decirle a su hija de 10 años, que cada vez que conociera a otro niño le debía preguntar si era hijo de un donante, pues, le generaba mucha angustia pensar que su hija pudiera incurrir en una relación incestuosa, ya que cuando conoció a uno de sus medios hermanos, la niña le comentó que “le gustaba”.

Finalmente, Meijer fue condenado por el Tribunal de distrito de la Haya en los Países Bajos por la jueza Thera Hasselink, quien dictaminó que Jonathan tiene prohibido donar esperma y en caso de incumplimiento, le impuso la sanción de 100.000 euros por cada infracción futura.

Es decir, la corte limito los derechos reproductivos de un hombre en post de proteger el bien de la sociedad, ya que, se realizo esta conducta bajo engaño, hay un alto riesgo de incesto y endogamia debido a él exceso de descendientes y debe darse la debida protección a los dono concebidos por el esperma de Meijer asegurando su bienestar emocional y físico.

Cabe destacar que en el mundo podemos encontrar más casos de donadores seriales, no tan prolíficos como Meijer , ya que este fue excesivo e inimaginable, como se menciona en el documental está Keyle Gordy quien se cree que es el padre biológico de 80 niños o Anthony Greenfield a quien se le aproxima la cifra de 64 hijos biológicos.

3. Consecuencias Médicas:

Como es bien sabido, la regulación a menudo atiende a un problema, es la consecuencia de un acto que mermó algún derecho o bien jurídico. Al referirnos a TRA se debe responder a un estándar mínimo de calidad y seguridad, en nuestro país contamos con la “Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad” en la que tiene como objetivo “Establecer recomendaciones técnicas generales para el “Estudio y Tratamiento de la Infertilidad y otras discapacidades reproductivas”, orientadas a un óptimo funcionamiento de cada Nivel de Atención de la Red Asistencial, según su capacidad resolutive”.

Esta guía es una pauta técnica elaborada por expertos en el campo, es una recomendación, está diseñada para orientar y proporcionar estándares para la práctica de estos procedimientos, por tanto, pueden presentar influencia en los centros médicos y en los profesionales, sirviendo como un estándar de calidad. La problemática que se puede inferir de esta situación es que esta guía no tienen el mismo rango que una ley y no son imperativas, por lo que si llegase a suscitar alguna complicación médica por un procedimiento

que no se realizó como se establece en esta guía quedará a evaluación del Juez que puede ser favorable o no, es decir, hay cierta incertidumbre.

Además, en esta guía del año 2015, en sus objetivos específicos, en el último párrafo establece que “Para el logro de esos objetivos es esencial contar con un marco regulatorio, siendo este uno de los objetivos fundamentales de ésta guía”(Ministerio de Salud de Chile, 2015, p.11), en este mismo documento se reconoce la necesidad de contar con un marco regulatorio, para su efectiva aplicación.

4. Consecuencia en los derechos humanos

La falta de una regulación específica sobre las T.R.A limita el acceso de manera equitativa a estas, lo que afecta el derecho de las personas a formar una familia y que repercute aún más en personas de bajos recursos, parejas del mismo sexo y personas solteras.

5. Derecho a formar una familia

El derecho a formar una familia está consagrado en nuestra Constitución política de la república en el **artículo 1 inciso 2º** que establece “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad”, a continuación, en el **inciso 3º** del mismo artículo, se proclama que el “Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios a través de los cuales se organiza y estructura la sociedad, garantizándoles la adecuada autonomía para cumplir sus fines.” , dentro de estos “grupos intermedios” encontramos a la familia. Además, hay otros dos artículos de nuestra carta magna que hacen referencia a este derecho, es el **artículo 5 inciso 5º** “Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta” y el **artículo 19** “La constitución asegura a todas las personas”: 4º.- “... El respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona y su familia”.

Se reconoce a su vez este derecho en el Código civil y diversas leyes como en la Ley N° 19.947 que trata sobre matrimonio civil, establece que “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. El matrimonio es la base principal de la familia.”

A nivel internacional Chile es un estado miembro de diversas declaraciones y tratados ratificados y vigentes, que resguardan este derecho. Chile es parte de La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su **artículo 16** se establece que “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 y

fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio”.(DUDH. ,1948, p.5).

El tratado internacional que consagra igualmente este derecho es el Pacto internacional de derechos civiles y políticos, ratificado y vigente por Chile desde 1972, en el artículo 23 insta que “1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.” (PIDCP, 1966)

6. Derecho de los donos concebidos y los donantes.

Es pertinente proteger el derecho de las personas nacidas mediante las T.R.A , estas tienen derecho a conocer su origen y a su identidad, como se menciona en el tratado la Ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia del año 2022 en el **artículo 26 inciso 2°** reconoce que “Asimismo, tiene derecho a conocer la identidad de sus padres y/o madres, su origen biológico, a preservar sus relaciones familiares de conformidad con la ley, a conocer y ejercer la cultura de su lugar de origen y, en general, a preservar y desarrollar su propia identidad e idiosincrasia, incluida su identidad de género, conforme a la legislación vigente.”

Este derecho también está presente en la convención sobre los Derechos del niño de 1989, ratificada por el Chile en 1990, en la que en su **artículo 8** sostiene que “1. Los Estados parte se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas. 2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados parte deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.”

No solo debemos enfocarnos en la persona donos concebida, también se debe realizar una ponderación con los derechos del donante, este ¿Tiene derecho a mantener su anonimato si así lo desease? Y ¿Este anonimato sería identificativo, genético o ambos? En este sentido la divulgación de información referente a el donante o la persona donos concebido debe ser tratada con confidencialidad, ya que, pertenece a la categoría de datos sensibles donde estos inherentemente conlleva la responsabilidad de resguardar la privacidad de los individuos

En conclusión, determinar cuál derecho prima entre el donante y el donos concebido requiere de la consideración entre los derechos, principios jurídicos y las implicancias médicas. La relación biológica

entre el donante y el dono concebido, además de su identidad y origen, tiene impacto en la salud y bienestar de este.

7. Derecho a los beneficios científicos

Por otro lado, el Pacto internacional de Derechos económicos, sociales y culturales en su artículo 15 “1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a: b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones” (PIDCP, 1966), este demuestra la importancia de garantizar a todas las personas el acceso de estos beneficios científicos sin discriminación, por tanto, al establecerse como requisitos para acceder a estos tratamientos estar en pareja o ser infértil lo creemos constitutivo de discriminación. ¿Por qué una persona soltera o fértil no puede utilizar TRA? Se les niega su derecho a que él goce de estos beneficios, se les está discriminando.

CAPÍTULO V:

IMPLICANCIAS ÉTICAS Y MORALES

Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) generan importantes implicancias éticas y morales, ya que involucran decisiones que influyen directamente en la vida, la salud y los derechos de aquellas personas que optan por el uso de estas técnicas.

Técnicas como, la fecundación in vitro, la donación de gametos, gestación subrogada, entre otras, plantean interrogantes que afectan los valores personales, culturales y religiosos de cada individuo y de la sociedad. A continuación analizaremos las principales implicancias éticas y morales.

1. Relacionadas con los profesionales de la medicina de la reproducción.

El avance en las TRA supone un desafío para los profesionales tanto en la actitud como en el desarrollo de su atención frente al paciente. Los cuatro principios éticos que rigen toda práctica clínica y que deben estar presentes en la Reproducción Asistida.

“Los cuatro principios —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— presentan una relación médico-paciente asimétrica en que el consentimiento informado al paciente es prioridad. Destaca, además, que en el acto médico hay un tercer actor: la sociedad”. (Lopez, 2015, p. 25).

El principio de autonomía supone, que se respete el derecho de autodeterminación de los pacientes, guiados por sus deseos, preferencias y valores para tomar sus decisiones.

El principio de beneficencia consiste en prevenir el daño, es decir, que los profesionales puedan maximizar el cuidado con el que ejercen sus prácticas.

“Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son los siguientes:

1. Protege y defiende los derechos de otros.
2. Previene el daño que pueda ocurrir a otros.
3. Quita las condiciones que causarían daño a otros.
4. Ayuda a personas con discapacidades.
5. Rescata a personas en peligro”. (Siurana, 2010).

El principio de no maleficencia se refiere a no hacer daño intencionalmente, es decir, que se evite cualquier posible daño a los pacientes y, en este caso, a su descendencia. Y por último, el principio de justicia que busca que exista un trato igualitario y no discriminatorio, y que los recursos destinados puedan ser gestionados adecuadamente.

Una persona que desea utilizar las TRA para reproducirse, requerirá necesariamente que un profesional se involucre en su vida personal, específicamente en la parte médica. A raíz de esto es que, los profesionales deben ejercitar su responsabilidad moral al decidir si acceden o rechazan practicar estas técnicas.

Aquí existe una interrogante, respecto de la autonomía del profesional versus la autonomía del paciente; el uso de la autonomía del profesional implica que las decisiones sobre cuándo o si proporcionar un tratamiento, dispondrán sí nacerá un niño o no, en lugar de si este nacerá más o menos sano. En estos casos, el único modo de proteger al niño sería evitar su nacimiento. Lo mejor en estos casos donde ambas autonomías chocan, sería estudiar cada caso de manera individual.

El dilema en estos casos es ¿hasta dónde debe llegar la responsabilidad del médico para equilibrar el éxito del tratamiento con la seguridad y los principios éticos?

La beneficencia, requiere que los profesionales reconozcan los límites de la autonomía del paciente cuando estos requieran de técnicas inapropiadas que puedan poner en peligro su salud y la de los futuros hijos. Por lo tanto, es necesario que se tome en cuenta el conjunto de valores afectados en cada caso.

2. Relacionadas con la protección de la vida.

El Artículo 19 CPR asegura a todos, el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. Y señala que “la ley protege la vida del que está por nacer”, es decir, le concede al embrión una protección especial que no se deduce de la protección que le otorga a las personas.

Varias de las TRA implican la manipulación de embriones, lo cual plantea diversos debates éticos respecto del momento en que comienza la vida humana.

Para la mayor parte de los pensadores Católicos, se es persona desde el momento de la fecundación, es decir desde que queda constituido el genoma, esto es, cuando el cigoto se divide en un embrión. De acuerdo con esto, el embrión que es considerado una persona en potencia, es acreedor de derechos similares a los de una persona con existencia legal.

Por otra parte, para aquellos que no profesan un pensamiento Católico, la vida humana comienza en un tiempo diferente. Para este grupo se llega a ser persona en el momento en que se nace. “Los que así piensan también reconocen que en la fecundación se establece un organismo propio de la especie humana, con una identidad genética (genoma), que se mantendrá a lo largo de toda su existencia, el cual potencialmente puede convertirse en persona”. (Zegers-Hochschild, 2010).

Para los que consideran el proceso generativo humano como continuo desde la fecundación, el valor ético de cada etapa del desarrollo es considerado igual al de una persona legal. Y para aquellos que consideran la adquisición de la personalidad como un proceso dinámico, la valoración ética es diferente respecto de este organismo humano que puede convertirse potencialmente en una persona al momento de su nacimiento. En este caso, los derechos de las personas están por encima de los deberes con los organismos humanos precedentes.

El proceso para ser considerado una persona es continuo, las estructuras celulares u organismos que dan inicio a este proceso, no se constituye como una persona en potencia hasta más adelante en el desarrollo.

En ese sentido, los derechos humanos son aplicables solamente a las personas; por lo que, en gran parte de Europa, Asia y Oceanía, el destino de los embriones está en manos de sus progenitores, son estos los que decidirán qué sucederá con ellos, ya sea que estos sean transferidos al útero, criopreservarlos, desecharlos o destinarlos para investigación. En Latinoamérica, no se encuentra totalmente regulado, por lo que, se aplica el diagnóstico genético preimplantación (PGD), por el cual los progenitores tienen la autonomía de poder decidir respecto de la eliminación de aquellos embriones que demuestran

anormalidades genéticas y gran parte de los Centros de Reproducción actúan en razón de ellos. Por lo que, nos demuestra que independiente de la moral de cada uno, los embriones no son sujetos de derechos universales, sino que son objetos de los derechos que se les atribuyen a las personas.

“Sin duda, en una sociedad abierta a que parejas ejerzan su autonomía existe la dificultad de establecer una línea que separe lo que es éticamente permisible de aquello que no lo es. Por otro lado en el caso de enfermedades menos graves se corre el riesgo de desembocar en una búsqueda antojadiza de la perfección de un hijo/a”. (Zegers-Hochschild, 2010).

3. Relacionadas con la justicia y equidad.

El acceso a las TRA está restringido a quienes tengan los recursos económicos para costearlas, lo que genera desigualdad, lo cual vulnera el principio de justicia, es por esto que, el acceso a tratamientos de fertilidad corresponde a un desafío ético, cuando el ejercicio de este derecho supone inconvenientes en la distribución de recursos que son limitados y las prioridades establecidas dentro de una política sanitaria.

En 1965, la 18ª Asamblea Mundial de Salud, “estableció que bajo el principio de planificación familiar, construir una familia debiera ser una elección libre e informada de cada pareja”. (WHO, 2017, como se citó en Lampert, 2018).

“En el Programa de Acción de la CIPD, se establece que dentro de los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva que deberían ofrecerse en el nivel de la atención primaria, se encuentra la prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad”. (OMS-UNFPA, 2009, como se citó en Lampert, 2018).

En razón de esto, aun cuando se ha avanzado en la incorporación y cobertura de programas de Fertilización Asistida del MINSAL -FONASA, países Europeos, Australia, Israel y otros, el acceso a tratamientos para mejorar la salud se encuentran garantizados como un derecho de la población donde todos acceden a ellos por igual, en cambio, en nuestro país, estos tratamientos de infertilidad son vistos como un privilegio y no como algo necesario.

Si la infertilidad es definida por la OMS como una enfermedad, “el acceso y cobertura económica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos debieran ser cubiertos por los sistemas de seguro de salud públicos y privados al igual que cualquier otra enfermedad”. (Zegers-Hochschild, 2010).

Bajo esta perspectiva, los proveedores de salud tienen un deber ético de poder proveer a personas infértiles, métodos que sean modernos, seguros y científicamente validados, los cuales tengan costos razonables.

Las TRA abren posibilidades transformadoras para las personas que se someten a estos tratamiento, pero asimismo, generan dilemas éticos y morales que pueden ser complejos, es por esto que, la regulación de las TRA debe ser inclusiva, ética y actualizada, respetando la autonomía de los pacientes, los derechos de las partes involucradas y las consideraciones sociales y culturales. Consideramos que, un marco normativo equilibrado debe estar acompañado de un continuo debate ético, el cual es clave para poder maximizar los beneficios y minimizar los riesgos asociados a estas prácticas.

CAPÍTULO VI:

PROPUESTA DE REGULACIÓN

En vista de la investigación y análisis que hemos realizado, queda en evidencia que, si bien existen algunas normativas relativas a las TRA, estas no son suficientes, ya que se omiten numerosas áreas de impacto médico y con relevancia jurídica.

La propuesta puede estructurarse tanto como una nueva ley específica sobre TRA o mediante modificaciones a los cuerpos normativos existentes, tales como el Código Civil, Código Penal, Código del Trabajo, la Constitución Política de la República, leyes o reglamentos. Abordando aspectos legales, éticos, médicos y sociales, garantizando el respeto por los derechos de las partes involucradas y el acceso equitativo a estas TRA.

En lo sucesivo, presentaremos una estructura adaptable a estos diversos cuerpos normativos, que trata de manera general los puntos relevantes.

El objetivo de esta propuesta es establecer un marco normativo integral que regule las TRA para garantizar prácticas seguras, éticas y accesibles; que proteja los derechos de los pacientes, de los futuros hijos, de los donantes y cualquier otro involucrado. Promoviendo el acceso equitativo y universal.

Disposiciones Generales

1. Principios Rectores

Estas normas deben fundarse en los principios de equidad, autonomía, bienestar integral, ética médica y protección a los derechos humanos. Debe garantizar a las personas independiente de su estado civil,

condición médica que no ponga en riesgo su vida, condición social, género u orientación sexual, acceso a las TRA sin caer en ningún tipo de discriminación. Esto debe realizarse asegurando el respeto a la dignidad humana y su autonomía, respetando las decisiones informadas de las personas que desean utilizar estas TRA, incluyendo a los donadores, receptores, dono concebidos e instituciones que brinden estos servicios médicos. Promoviendo prácticas transparentes y basadas en evidencias científicas, con supervisión profesional y que estas sean reguladas. Considerando especialmente los aspectos físicos, psicológicos y sociales durante todo el proceso.

2. Definiciones y Ámbito de Aplicación

Respecto de los conceptos a definir en nuestra propuesta, son los establecidos en el capítulo I de nuestra tesina y respecto del ámbito de aplicación de estas TRA, los sujetos involucrados en esta propuesta son, las personas que acceden a las TRA, los donantes, las madres gestantes, los dono concebidos y los centros y profesionales médicos. Los procedimientos considerados son, la inseminación artificial, fertilización in vitro, donación de gametos y embriones, criopreservación, inyección intracitoplasmática de espermatozoides y gestación subrogada. En relación con los detalles como la edad de madres gestantes, donadores y quienes desean acceder a estos tratamiento creemos que lo adecuado es dejarlo a los criterios o estándares médicos en base a la técnica en específico y la persona involucrada, priorizando siempre la salud física y psíquica

Acceso y Equidad

1. Requisitos

Las TRA estarán disponibles para personas con diagnóstico médico de infertilidad por parte de un especialista en reproducción u otras condiciones que impidan la concepción natural, además, consideramos que estas tecnologías también deben estar disponibles para personas que, pese a no tener problemas de infertilidad, deseen optar por la utilización de TRA, ya que, como mencionamos anteriormente, tienen derecho a acceder a estas tecnología, si limitáramos el libre acceso a estas al requisito de presentar el diagnóstico de infertilidad, estaríamos ignorando otros factores que influyen en la decisión de una persona de reproducirse o no, como su libertad sexual o su salud mental.

En relación a este último aspecto, podemos mencionar la predisposición genética a la depresión postparto. Por ejemplo: Existen casos de mujeres que ya han tenido un hijo, no presentan problemas de fertilidad y desean tener más hijos, pero lamentablemente pasaron por una depresión postparto que les causo mucho sufrimiento. Estas mujeres no podrían acceder a las TRA si se tuviera este

requisito. Muchos podrían sostener que también pueden acudir a la adopción, que es uno de los grandes argumentos que sostienen las personas que están en contra de las TRA o de la utilización de algunas de estas, pero esto implica decidir sobre la vida de otros, quitarles el derecho de libertad sobre sus creencias, valores y deseos. La regulación de las TRA y el libre acceso a estas no constituye una imposición para su utilización, si no que, por el contrario, brinda seguridad a los involucrados. Si una persona no está de acuerdo con estas técnicas, no es necesario que acceda a estas.

El libre acceso también implica que, estas serán permitidas para distintos tipos de parejas o personas, sin importar su estado civil, orientación sexual o identidad de género. Garantizando además la igualdad de trato para las parejas casadas como aquellas que se encuentran en una unión de hecho.

Sin embargo, es necesario que se evalúe la salud de manera general de los involucrados, de manera que se pueda identificar condiciones de salud que representen un riesgo para el tratamiento. La evaluación debe ser sobre su salud psicológica y física para determinar la preparación emocional y mental a la hora de someterse a una TRA asimismo, se pueden prevenir problemas que deriven del estrés que causan estos tratamientos y lo más importante, es saber si los pacientes y donantes, cuentan con la capacidad para tomar decisiones informa

En relación con los requisitos legales, todas las partes involucradas deben firmar un consentimiento informado en el que se establezcan los procedimientos, riesgos y beneficios, los derechos y responsabilidades de los pacientes, donantes o madres gestantes y la posibilidad de que puedan existir complicaciones o fallas en el tratamiento, para que este consentimiento informado sea lo más completo posible, evitando los vacíos legales. Este consentimiento debe ser íntegro pero con un lenguaje comprensible para el general de la población, para así asegurar el entendimiento real y completo por parte de los involucrados, no todas las personas tienen ni deben tener conocimiento sobre términos médicos o jurídicos complejos.

2. Medidas para garantizar la Equidad

Cobertura universal: Incorporar las TRA como parte de los servicios básicos de salud reproductiva, garantizando la cobertura total o parcial de estos procedimientos, a través de la creación de un presupuesto reservado para el financiamiento de los tratamientos de reproducción asistida, que se enfoque especialmente en establecer subsidios para personas que no cuentan con los recursos económicos para someterse a estas técnicas, asegurando que los costos no sean un impedimento.

Expansión geográfica: Es necesario que se establezcan centros médicos especializados en TRA en regiones, Chile es un país muy centralizado, por lo que, la mayoría de las personas deben viajar a la Región Metropolitana, cuando desea acceder, en este caso, a estos tratamientos, por tanto, es necesario que se trabaje en descentralizar el acceso a las TRA.

Inclusión social y cultural, como lo mencionamos anteriormente, garantizar el derecho de acceso a las TRA para todas las personas, independientemente de su estado civil, orientación sexual o identidad de género. Creemos importante, la realización de campañas públicas que reduzcan el estigma asociado a la infertilidad y que se promueva la aceptación y el uso de estas como parte de la salud reproductiva.

1. Procedimientos y Estándares de Calidad

Se deben establecer estándares de calidad y seguridad para los procedimientos de TRA en guías que establezcan los procedimientos o protocolos a seguir, y que estos se deben cumplir sin excepción o producirá responsabilidad legal. Para asegurar su cumplimiento se debe establecer mecanismos de fiscalización en todos los lugares donde se ofrezcan servicios de TRA y a sus trabajadores.

Certificación de Profesionales y Centros Médicos: Respecto de la formación profesional de los médicos que realizan estas prácticas, creemos necesario que estos tengan especialización en medicina reproductiva, ya sea para los ginecólogos, embriólogos y andrólogos. Y que estos se estén capacitando continuamente en las nuevas tecnologías y protocolos.

En relación con los Centros Médicos, es necesario que estos cuenten con licencias específicas que señalen que son aptos para trabajar en la Reproducción Asistida y que cuentan con lo necesario para llevar a cabo estas prácticas de la mejor manera. Para medir la calidad de estos, se pueden implementar ciertos indicadores, como tasa de fertilización, tasa de implantación, tasa de embarazo clínico, tasa de nacidos vivos, índice de complicaciones e indicadores de satisfacción del paciente como, encuestas que evalúen el proceso, el trato recibido, etc.

1. Procedimientos: Los procedimientos de TRA deben contar con etapas definidas que incluyan un diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este, con un enfoque integral en el bienestar del paciente. En relación con las fases del procedimiento, se debe contar con una evaluación inicial que incluya, exámenes físicos y de laboratorio, y el historial clínico detallado del paciente, para luego poder seleccionar el tratamiento, que como mencionamos al inicio de nuestro trabajo puede ser a través de técnicas de baja complejidad como técnicas de alta complejidad. Para luego pasar a la preparación del paciente, donde en el caso de la inducción de ovulación a la mujer, se debe regular su ciclo menstrual, etc. En la ejecución del procedimiento, la fertilización debe ser llevada a cabo en un laboratorio controlado, con los más altos estándares de calidad previamente establecidos. Y, por último, creemos necesario que exista un seguimiento post tratamiento, ya sea para monitorear el embarazo, en casos de que existan complicaciones en el procedimiento, que estas puedan ser gestionadas. Y que se cuente con apoyo psicológico durante y después del proceso.

2. Confidencialidad de la Información

La protección de la información relacionada con las TRA es crucial, pues como hemos dicho, se trata de datos sensibles que deben ser manejados con confidencialidad. La normativa debe establecer los casos en que esta puede proporcionarse y además las sanciones para la divulgación indebida de esta información y garantizar la protección contra cualquier violación de su privacidad. Por tanto, se debe contemplar la creación de un registro a nivel nacional que contenga los datos de los dono

concebidos, de los donantes y la cantidad de veces que estos han donado sus gametos y en qué lugares geográficos se ha realizado, además de cuáles de estas donaciones han culminado en el nacimiento de una persona, para garantizar transparencia y facilitar además las investigaciones médicas. Esto con el fin de evitar la endogamia y asegurar la biodiversidad, lo que afecta la salud pública, es decir, a la sociedad.

Además, sería lo óptimo que esta información fuera compartida con otros países, lo ideal y más eficiente, sería que se creará un registro global, sin embargo, para no ser tan ambiciosos proponemos iniciar con una base de datos nacional, la cual pueda ser compartida internacionalmente cuando se presente la oportunidad.

Derechos del Niño Nacido mediante TRA

1. Derecho a la Identidad y al Conocimiento del Origen

Los derechos respecto de los donos concebidos deben ser una prioridad, garantizando el derecho a la identidad y que las posibles disputas se resuelvan en post del interés superior del niño y de su bienestar físico y emocional, por tanto, es necesario que se facilite el acceso a la información genética de los nacidos mediante TRA si así lo requiere, ya sea por razones médicas o de identidad.

Para esto proponemos que se debe tener acceso a la información genética de los donadores de gametos para quienes accederán a estas técnicas, debido a las repercusiones que conlleva en la salud del futuro niño o niña y el desarrollo de su vida diaria. Por otro lado, creemos que la información identificativa del donante debe ser brindada al dono concebido cuando este cumpla 18 años edad, previa solicitud de este a el .

Sostenemos que es de suma relevancia tener acceso a la información sobre la cantidad de niños concebidos con el mismo material genético de un donante, así como a los padres de los niños concebidos y a estos mismos. Esto debe establecerse con la clara especificación de que dicha información no debe ser divulgada a terceros, y con las sanciones correspondientes reguladas legalmente en caso de incumplimiento. Esto es crucial para contribuir al resguardo de la biodiversidad social, el desarrollo del niño concebido en su entorno y la prevención de relaciones que puedan conllevar a la endogamia.

2. Protección del bienestar físico y psicológico.

Además, es necesario implementar políticas que eviten la estigmatización o discriminación hacia los nacidos por TRA, garantizando de esta manera su bienestar.

Marco Legal y Seguridad Jurídica

1. Definición de derechos y deberes de las partes involucradas

El marco regulador de las TRA debe considerar minuciosamente los derechos y deberes de todos los involucrados como: pacientes, donantes, profesionales médicos y el Estado Garantizando que el procedimiento sea equitativo, ético, seguro, amparando la dignidad y autonomía de todos.

Los derechos y deberes de los pacientes son:

El Acceso equitativo, el consentimiento informado, la confiabilidad, la autonomía y el bienestar integral. Los primeros tres aspectos los hemos desarrollado conforme hemos avanzado en la propuesta de regulación; por tanto, nos referiremos a los últimos dos:

- Autonomía: Se relaciona con el derecho a decidir sobre la continuidad o interrupción del tratamiento en cualquier etapa y también respecto del destino de los embriones criopreservados, siempre que estén dentro de la legalidad.
- Bienestar integral: Se refiere al derecho a recibir acompañamiento psicológico durante todo el procedimiento. y un trato respetuoso y equitativo, sin ningún tipo de discriminación.

Es deber de los pacientes, brindar información veraz respecto de sus antecedentes médicos, respetar los protocolos médicos, legales y éticos en relación con el tratamiento y en el caso de que los tratamientos deban ser financiados, es responsabilidad del paciente cumplir con las obligaciones económicas establecidas.

Los derechos y deberes de los donantes son:

- Anonimato: Se refiere al derecho a mantener la confidencialidad respecto de su identidad, salvo excepciones en donde la ley permita conocer esta información.
- Consentimiento informado: Como se mencionó anteriormente, los donantes tienen derecho a ser informados sobre el proceso de donación, sus riesgos, beneficios y el destino de los gametos y para qué serán utilizados.
- Derecho a evaluaciones médicas para garantizar la seguridad y bienestar del donante durante todo el proceso.

Y, por último, un tema muy controvertido es si los donantes tienen derecho a recibir compensaciones económicas por cualquier inconveniente ocasionado o remuneración por la

donación en sí. En este punto se debe considerar muchos factores, estamos ante la donación de gametos que contienen el ADN de una persona, la donación de óvulos es más complicada que la donación de espermatozoides, los gametos son células reproductivas no órganos como un corazón o pulmón y en nuestro país actualmente se da una “compensación económica” por estos, pero en realidad, funciona como una remuneración por la forma en que esta “donación” se presenta a las personas, con un enfoque comercial.

Estos factores nos llevan a preguntarnos si estamos de acuerdo con que la donación de gametos o gestación subrogada sea altruista? Claro que si. ¿Estamos de acuerdo con las compensaciones económicas en estos mismos casos? Si, pero no creemos que sea ético que se cubra como compensación económica lo que realmente es una remuneración, o la forma en que esto se presenta ante las personas.

Por último, ¿Estamos de acuerdo que sea remunerada en estos mismo casos? También estamos de acuerdo, fundado en que si bien se sostiene que implica un grado de comercialización de la persona y que muchas personas acudirían a esto por su situación económica, lo que se relaciona con otros problemas sociales, pues la educación, economía, salud, entre otros están conectadas entre sí, que lo ideal sería que esta desigualdad no se presentara, lamentablemente se presenta, es un hecho.

Estos nos lleva a preguntamos si una persona crece pensando que cuando adulta quiere trabajar como gestante subrogada o que ese siempre a sido su meta o sueño de vida, lo más probables es que la respuesta sea no; lo que nos lleva a concluir que si la gestación subrogada es remunerada se accederá a esta por razones económicas, y que, el acceso a esto es para útero portantes que en su mayoría son mujeres, en donde históricamente se les a dado un trato discriminativo considerándoles inferiores y sus cuerpos han sido comercializados principalmente a través de la prostitución o trata de personas.

Claramente si lo vemos solo desde esta perspectiva no estaríamos de acuerdo con la remuneración en este caso pues la libertad de elección sobre el cuerpo o la vida se ven condicionadas a los demás factores que hemos nombrado, pero, si consideramos otros puntos de vista como que realmente esos mismos factores influyen en las decisiones que toma una persona, siendo su libertad también condicionada. Si nos preguntamos si una persona crece con la meta o deseo de dedicar toda su vida a un trabajo que no le gusta, con un horario laboral extenuante y una remuneración que no iguala el costo mínimo de vida, la respuesta probablemente también sea no. Esta persona dedica su tiempo, cuerpo y salud mental a este trabajo, debido a que lo necesita por su situación económica, donde también es muy probable que se determinó por sus oportunidades de vida.

Lamentablemente en ambas situaciones se condiciona la libertad de elección de las personas, debido a como mencionamos un problema social estructural, que existe en Chile y en otros países. Por tanto, sería ideal que esto no fuera así, pero lo es, por ello si una persona puede decidir entre ser gestante subrogada u otro trabajo, creemos que es su decisión, que debe tomar esta informadamente y no podemos desconocer las implicancias de gestar a un ser humano.

Por último, es común que solo se establezca como deber de los donantes, cumplir con los términos establecidos para la donación, someterse a todos los exámenes necesarios para garantizar la calidad de los gametos y así descartar cualquier tipo de riesgos genéticos. Pero nosotras creemos que es pertinente establecer exámenes médicos y recopilación de antecedentes que comprueben la información otorgada por los donadores de forma obligatoria, debido a que correr el riesgo de dejarlo a el solo deber del donador es un riesgo que no es necesario correr.

Los derechos y deberes de los profesionales médicos son:

- Protección legal y ética: corresponde al derecho de actuar dentro de un marco regulatorio que respalde sus decisiones y los procedimientos que realiza.

Es obligación de los profesionales médicos, mantenerse actualizado en los avances tecnológicos, médicos y legales que tengan relación con las TRA y garantizar que los pacientes comprendan a cabalidad el procedimiento al cual se someterán y los riesgos y beneficios asociados a ello. Por último, es deber del profesional priorizar, ante todo, la seguridad, salud y bienestar.

Finalmente, nos referimos a los derechos y deberes del Estado, el Estado tiene derecho a establecer normativas y fiscalizar el cumplimiento de estas en los Centros Médicos. De igual manera, es deber de este asegurar que las TRA sean accesibles para todas las personas que lo requieran, sin distinción. Y garantizar la transparencia de los procedimientos a través de la publicación de estadísticas e información sobre su éxito y seguridad.

2. Filiación

La incorporación de la filiación en esta propuesta de regulación de las TRA requiere de un enfoque inclusivo y detallado, que se encargue de respaldar los derechos de los niños nacidos mediante TRA y de las partes involucradas, garantizando la claridad de diversas situaciones que se relacionan con el establecimiento de la filiación respecto de las TRA. El marco regulatorio debe priorizar el interés superior del niño y crear procedimientos accesibles y transparentes que fortalezcan la confianza de los usuarios para así reducir conflictos legales o éticos

Para la incorporación de la filiación en la propuesta regulatoria, consideramos necesario garantizar que la normativa sea coherente con los tratados y estándares internacionales respecto del interés superior del niño y la filiación. De igual manera, es necesario que se regule el reconocimiento automático de la filiación de los padres intencionales, esto en relación con el consentimiento otorgado en principio. Y que se incluyan en ella mecanismos que equilibren el anonimato de los donantes con el derecho del niño a conocer su origen genético. Por último, la

creación de contratos que especifiquen en ellos la filiación, los derechos y responsabilidades de las partes antes de iniciar el procedimiento.

La filiación de los donantes debe establecer que estos no tienen derechos ni obligaciones respecto del dono concebido por su material genético. Esto debe ser establecido de forma expresa en los contratos previos celebrados entre el donante y el centro médico de reproducción.

Sanciones y Responsabilidades

La regulación de las TRA debe contar con un marco claro de sanciones y responsabilidades para garantizar el cumplimiento ético, legal y técnico de estos procedimientos. Esto incluye a los profesionales, centros médicos y las partes involucradas.

Tipos de sanciones:

Las sanciones deben ser proporcional a la gravedad de la infracción y de acuerdo con la normativa existente nacional e internacional.

Sanciones administrativas: Por el incumplimiento de regulaciones técnicas, éticas o legales.

- Multas, donde el monto sea proporcional a la gravedad de la infracción.
- Suspensión de licencias, ya sea temporal o definitiva para los profesionales o centros médicos que operen fuera de la normativa.
- Cierre temporal o permanente de los Centros Médicos que no operen bajo la normativa o que realicen prácticas indebidas.

Sanciones civiles: Se contempla la indemnización por daños y perjuicios, en caso de negligencia médica o incumplimientos contractuales, para los pacientes afectados por esto. Así como también, respecto del daño moral por el cual pueden verse afectados emocionalmente los pacientes, por procedimientos mal ejecutados o fallidos.

Sanciones penales: para aquellos que cometan infracciones graves como, el comercio ilegal de gametos o embriones, gestación subrogada comercial no autorizada o el uso indebido de las TRA, entre otros, se contemplan penas privativas de libertad.

1. Delitos.

Estimamos que respecto a las sanciones, faltas, delitos o crímenes relacionados con la TRA es donde debemos abordarlo con mayor profundidad, pues, hemos detectado un patrón en los diversos países donde se han presentado los llamados “fraudes de fertilización”. Cuando se han expuesto estos, los afectados han acudido al derecho en busca de resguardo a sus afectaciones, el problema al que se enfrentan mayoritariamente es la falta de regulación de forma amplia sobre conductas que solo se pueden presentar en TRA. Se les sanciona por otros delitos como obstrucción a la justicia, tipos de negligencia médica o incumplimiento de la obligación.

Un caso de suma relevancia que nos ayuda a explicar esto es el de Donald Lee Cline, a quien se le expone en el documental “Our Father”. Donald es un ex médico estadounidense que entre los periodos de los años de 1974 y 1987, en su propia clínica ubicada en Indiana, Estados Unidos, mientras se desempeñaba en sus funciones como médico especializado en obstetricia y ginecología, utilizó su propio esperma para inseminar a varias de sus pacientes que acudían al tratamiento de inseminación artificial, sin que estas tuvieran conocimiento de aquello, pues, sus pacientes optaban por inseminarse con el esperma de sus respectivas parejas o de un donante que habían escogido con anterioridad, que cumplían sus requisitos como que el donante seleccionado previamente, cumpliendo con requisitos específicos, como la similitud del donante con la pareja estéril.

Muchos años después, una de sus “hijas” biológicas Jacoba Ballard, al descubrir su verdadero origen a través de una prueba de ADN casera perteneciente a 23andME, comenzó una investigación por su cuenta, pues encontró varios medios hermanos a través de esta página. Luego presentó una denuncia y se inició una investigación en el año 2015, pero el fiscal se negó a procesar, ya que no había ninguna ley que prohibiera la conducta cometida por Donald. Debido a esto Jacoba acudió a la cobertura mediática, la que generó que Cline la llamara y le dejara un mensaje de voz. Debido a este mensaje en el que admitía la conducta, él fiscal ordenó una prueba de ADN y luego de que se confirmara la paternidad biológica presentó cargos contra Cline.

Se estima que Cline engendro más de 90 “hijos”. Esto provoca el aumento en el incesto accidental y endogamia, además muchas de las personas dono concebidas con su esperma han presentado enfermedades autoinmunes y problemas de salud de colon y digestivos.

A Donald Cline se le condenó por cargos de obstrucción a la justicia, una multa de 500 dólares y perdió su licencia médica. Ninguno de estos cargos corresponde a la gravedad de sus acciones, ni refleja la conducta que este hombre realizó.

A raíz de este caso, en el estado de Indiana se presentó y aprobó el proyecto de ley en el año 2019 impulsada por el senador estatal Jack Sandlin, la **Ley 174** “Permite a una mujer, a su cónyuge o cónyuge sobreviviente, o a un niño nacido como resultado de un tratamiento de fertilidad fraudulento, demandar a un proveedor de atención médica que haya utilizado su propio material reproductivo sin el consentimiento informado de la paciente. También permite a un donante de material reproductivo demandar a un proveedor que haya utilizado el material sin el consentimiento del donante o de una manera que no haya sido consentida por éste. Los demandantes que prevalezcan podrán recibir daños compensatorios y punitivos o daños liquidados de 10.000 dólares, así como honorarios de abogados y los costos del tratamiento de fertilidad. El proyecto de ley también aumenta la pena por engaño que implique declaraciones falsas relacionadas con procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos y material reproductivo humano, a un delito grave de nivel 6. Por último, insta al consejo legislativo a estudiar el tema de las leyes sobre fertilidad, incluida la gestación subrogada.” (SB 0174,2019)

Si bien esta ley se hace cargo de la conducta en cuestión, aumenta las penas por engaño y considera al donante; podemos notar que no incluye los derechos sexualidad de las afectadas.

También tenemos el caso del estado de Texas en Estados Unidos, en el que debido a una situación similar se motivó a crear un proyecto de ley presentado por la senadora Joan Huffman, el 28 de febrero del año 2019, el que fue aprobado en septiembre del mismo año.

La **Ley SB 1259** en resumen establece “Ciertas acciones de un proveedor de atención médica se agregarían a la lista de acciones que se consideran realizadas sin el consentimiento de una persona a los efectos del procesamiento por agresión sexual. En estas circunstancias, la agresión sexual se castigaría como un delito grave que se castiga con una cárcel estatal y el plazo de prescripción para este delito sería de dos años a partir de la fecha en que se descubrió el delito. La agresión sexual se castiga con múltiples niveles de delito grave y el nivel de castigo y el plazo de prescripción se basan en las circunstancias específicas del delito. Un delito grave que se castiga con una cárcel estatal se castiga con reclusión en una cárcel estatal por un período de entre 180

días y 2 años o con una pena de delito menor de Clase A y, además de reclusión, una multa opcional que no exceda los US \$10,000.” (SB 1259,2019) Como podemos desprender de esta ley a diferencia de la legislada en el estado de Indiana es que esta última incluye el término agresión sexual.

Ambas leyes abordan los fraudes de fertilidad desde diferentes enfoques. La Ley 174 permite demandas civiles, aumenta las penas por engaño relacionado con procedimientos médicos, permitiendo compensaciones financieras a las víctimas y donantes. En contraste, la Ley SB 1259 clasifica ciertas acciones como agresión sexual, estableciendo penas más severas con reclusión estatal y un plazo de prescripción específico.

Al revisar los casos de fraudes de fertilización y ver los documentales, observamos que la mayoría de las personas afectadas manifestaban que se sentían vulneradas en su intimidad sexual. Algunas mujeres aseguraban sentirse violadas debido a estas conductas. El impacto psicológico de saber que sus hijos podían, en cualquier momento, tener una relación amorosa incestuosa accidental o descubrir años después que no eran los padres biológicos de sus hijos, entre otras situaciones, era significativo. Estas declaraciones, junto con las sanciones aplicadas, sostenían que no eran correspondientes. Consideramos que no se puede ignorar la afectación integral de las víctimas y que la sanción o delito debe ser acorde al bien o bienes jurídicos afectados.

El tipo penal de violación del art. 361 del Código penal, debe haber un acceso carnal y para estar ante abuso sexual del art.365 del mismo cuerpo normativo, es menester que la conducta encaje en alguna de las tres circunstancias descritas en el tipo, lo que no ocurre con los fraudes de fertilización.

En el caso del doctor Cline a la víctimas se les introdujo el semen de una persona pensando que era el de otra, es decir, sin su consentimiento. Una de estas mujeres declaró que requirió 15 intentos de inseminación artificial para poder embarazarse; el semen de un hombre, sin su consentimiento, fue introducido en su útero probablemente 15 veces. Comprendo a los abogados que les dijeron a estas mujeres que no constituía violación o abuso sexual, pues no se cumple la conducta del tipo penal de Indiana y tampoco se cumpliría aquí. Sin embargo, empatizamos con la indignación de esta mujer al no considerarse tanto su libertad reproductiva como su sexualidad afectadas. Imaginemos la siguiente situación:

Estamos en un evento en donde hay coctel, tomamos un vaso de jugo que trae un mesero y bebemos de él, dejándolo el mesa a nuestro lado para seguir bebiendo de vaso durante el evento. Entonces se acerca una persona desconocida y deliberadamente bebe de tu vaso y se va ¿ Volverías a beber de ese vaso? Probablemente no, ya que tiene la saliva de una persona que no conoces, que no es de tu confianza o quizás pudo agregarle algo a él vaso, puede ser por muchas razones.

El mismo caso, pero con la diferencia de que la persona desconocida bebió de tu vaso sin que te dieras cuenta, y después de volver a beber jugo de él, un amigo te comenta que otra persona bebió de tu vaso ¿Qué reacción te generaría?, creo que no sería agradable. Si socialmente este hecho es repudiado, ¿por qué no se le da la relevancia debida al hecho de que varias mujeres tuvieron dentro de sus úteros, de sus cuerpos, el semen de una persona sin su consentimiento?

Consideramos que esto implica una afectación a la sexualidad de la víctima, no creemos que encaje en los tipos penales de abuso sexual o violación, pero si creemos que puedo constituir un articulo penal por si mismo, pero este debe ser taxativo. También estimamos que en estos casos para no incurrir en la revictimización sería optimo que se considerara el daño psicológico en el delito penal como una circunstancia que al demostrarse fácticamente aumente la pena, pues, el llevar un proceso penal y además uno civil para poder alegar daño moral implica un desgaste para la víctima, por lo que integrar el daño psicológico en el ámbito penal podría proporcionar una respuesta más completa y justa.

En Chile, la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar reconoce el daño psicológico como un componente relevante en los delitos de violencia intrafamiliar en el art.5 “ Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o **psíquica**, la libertad o indemnidad sexual, o la subsistencia o autonomía económica”. Por tanto, no pareciera tan descabellado esta inclu

CONCLUSIÓN

La regulación de las Técnicas de Reproducción Asistida es un desafío necesario que busca equilibrar los avances científicos y tecnológicos con los principios éticos, legales y sociales de cada país. Las TRA brindan esperanza a aquellas personas infértiles o que tienen alguna dificultad para concebir un hijo, pero además generan dudas respecto de los límites de la intervención humana en la reproducción, los derechos de las partes involucradas y el deber del Estado de asegurar prácticas que sean equitativas y seguras.

La propuesta regulatoria debe fundarse en los principios de igualdad, accesibilidad universal y dignidad humana, priorizando principalmente la protección de aquellos que se encuentran en desventaja respecto de otros como son, los niños nacidos mediante TRA, los donantes de gametos y las gestantes subrogadas.

Como lo mencionamos en reiteradas oportunidades, es necesario contar con un marco regulatorio que garantice el acceso a todos, sin discriminación y que pueda ser asequible para los distintos grupos socioeconómicos.

Específicamente, es crucial incorporar la criopreservación como un elemento fundamental de la regulación, debido a su influencia en la organización familiar y la conservación de la fertilidad. Este método facilita el almacenamiento seguro de gametos, embriones o tejidos reproductivos, ya sea para personas con condiciones médicas que puedan poner en riesgo su fertilidad o para aquellos que buscan posponer la concepción por razones personales o laborales. La regulación debe establecer normas rigurosas en el manejo, preservación y seguimiento de las muestras criopreservadas, asegurando su integridad y disponibilidad en el futuro.

Así como también, la incorporación de estándares médicos estrictos, a través de guías y protocolos, con la finalidad de proteger la salud física, psicológica y emocional de las personas que se encuentran involucradas en estos procedimientos y que aquellos que se desempeñan en estas áreas sean profesionales capacitados y actualizados, asegurando la calidad y seguridad de estos, por medio de la supervisión continua y estricta por parte de las autoridades competentes.

En relación con la ética, es necesario que se reconozcan plenamente los derechos de los niños nacidos mediante TRA, es decir, que se garantice su derecho a la identidad, el acceso a su información genética, en caso de desearlo y que su entorno sea seguro. Por esto, su filiación debe ser establecida y clara desde el nacimiento, eliminando cualquier incertidumbre que pueda afectarles. Respecto de las sanciones, las establecidas en la regulación de las TRA deben ser claras para quienes incurran en negligencias médicas, prácticas no reguladas o cualquier tipo de vulneración de derechos, con la finalidad de evitar abusos y promover la confianza de la sociedad en estas técnicas.

En conclusión, una regulación completa e integral de las Técnicas de Reproducción Asistida no sólo debe preocuparse de establecer estándares médicos y legales, sino también garantizar un enfoque ético e inclusivo que defienda, ante todo, la dignidad humana. Esta propuesta de regulación busca que las TRA sean una herramienta para todos aquellos que lo necesiten, ofreciendo soluciones justas y seguras, y fortaleciendo la confianza de la sociedad tanto en el sistema de salud como en el sistema judicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zegers, F., Figueroa, G.-H., Lathrop, G., Kaune, G., VV. AA., & Ediciones UDP. (2022). Hacia una legislación que regule las técnicas de reproducción médicamente asistida en Chile. *Ediciones Universidad Diego Portales*. Disponible en línea: <https://staticcl1.fidelizador.com/udportales/OP/Hacia%20una%20legislacion%20que%20regule%20las%20tecnicas%20de%20reproduccion%20medicamente%20asistida%20en%20Chile.pdf>
2. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., De Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), World Health Organization (WHO), & Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en línea: https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asisitida_TRA.pdf
3. Azaña Gutiérrez, S., Reus, R., Recuerda Tomás, P., Barranquero Gómez, M., Izquierdo Urdinola, H. I. ., Santiago Romero, E., Fernández-Sanguino, A., & Villalobos Plumé, M. (2024). La inseminación artificial (IA): ¿Qué es y cuál es su precio? *Reproducción Asistida ORG*. Disponible en línea: <https://www.reproduccionasistida.org/inseminacion-artificial-ia/>
4. Accuna. (2022). ¿Qué es y cuándo se produce la implantación embrionaria? (ventana de implantación). *Accuna*. Disponible en: <https://www.accuna.es/blog/que-es-y-cuando-se-produce-la-implantacion-embrionaria-ventana-de-implantacion/#:~:text=En%20la%20implantaci%C3%B3n%20embrionaria%2C%20el,porque%20tienen%20desplazada%20esta%20ventana.>

5. Reproducción Asistida Org, E. (2024). ¿Qué es la gestación subrogada? - Definición, tipos e indicaciones. *Reproducción Asistida ORG*. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/gestacion-subrogada/>
6. Zegers Hochschild, F. (s.f.). Consideraciones Médicas e Implicancias Ético Legales de la Reproducción Asistida en Chile.. *Uchile*. Disponible en: <https://uchile.cl/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/consideraciones-e-implicancias-de-la-reproduccion-asistida-en-chile#top2>
7. Núñez Calonge, R. (2020). Problemas éticos en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de fertilidad y reproducción humana*. Disponible en: <https://www.revistafertilidad.org/rif-articulos/-problemas--eacute-ticos-en-reproducci-oacute-n-asistida-/273>
8. Zegers Hochschild, F. (2010). Algunas reflexiones éticas en el uso de la tecnología reproductiva moderna para el tratamiento de la infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705605>
9. *Diccionario de cáncer del NCI*. (s.f.). Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/criopreservacion-de-embriones>
10. Código Civil de la República de Chile.
11. FONASA. Programa especial de Fertilización Asistida (s.f.). Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/programas-especiales#fertilizacion-asistida>

12. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2021). Ley 21.400: Que modifica diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones el matrimonio entre personas del mismo sexo. Disponible en línea <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1169572&idParte=10291181>
13. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. (2018). Acceso a Tratamientos para la Infertilidad en Chile, España, Estados Unidos. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26682/1/BCN__reproduccion_asistida_Chile_Espana_EE.UU._Final.pdf
14. Assisted Human Reproduction Act. (2004). Canada: Justice Law Website.
15. *B.W.C, N.H.S Foundation trust*. (s.f.). Obtenido de Birmingham women's and children's N.H.S: <https://bwc.nhs.uk/egg-donation/>
16. Gesetz zum Schutz von Embryonen. (11 de diciembre de 1990). *Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG)*. Alemania : BGBl. I 1990 S. 2746 .
17. Human Fertilisation and Embryology . (13 de Noviembre, 2008). *Human Fertilisation and Embryology Act 2008*. Reino Unido: legislation.gov.uk.
18. Ley 14/2006, Sobre técnicas de reproducción humana asistida. (26 de 5 de 2006). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*. España: BOE. núm. 126, de 27 de mayo de 2006.
19. Ley n ° 2021-1017 Sobre bioética. (2 de Agosto de 2021). *Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique*. Francia: Journal Officiel de la République Française
20. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. (2006) Ley N° 20120: Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Disponible en línea <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>

21. Ley N°19167 Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. (11 de 2013). *Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida*. Uruguay: IMPO.Centro de información oficial.
22. Ley N°26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. (25 de junio de 2013). *Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*. Argentina: Honorable Congreso de la nación.
23. Orden N°787 . (9 de septiembre de 2013). *Sobre la aprobación del Procedimiento de aplicación de técnicas de reproducción asistida en Ucrania, N°1697/24229*. Ucrania : Ministerio de salud de Ucrania .
24. Ot.prp.nr.64. (2002-2003). *Om lov om medisinske bruk av bioteknologi m.m.* Noruega: Det kongelige helsedepartement.
25. Parentage Proceedings Under the Child - Parent Security Act. (15 de febrero de 2021). *Parentage Proceedings Under the Child - Parent Security Act*. New York, Estados Unidos: El Sistema Judicial Unificado del Estado de Nueva York.
26. Boletín número 1026-07. (06 de julio de 1993). Regula los principios jurídicos y éticos de las técnicas de reproducción humana asistida y establece sanciones para los infractores de sus normas. Disponible en línea https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=1026-07
27. Boletín número 4346-11. (18 de julio de 2006). Reproducción Humana Asistida. Disponible en línea https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=4346-11

28. Boletín número 4573-11. (03 de octubre de 2006). Regula la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida. Disponible en línea <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=4960&prmBoletin=4573-11>
29. Boletín número 6306-07 (18 de diciembre de 2008). Sanciona la utilización del vientre materno para el embarazo por encargo de terceros incorporando un nuevo tipo penal denominado “De la Sustitución de la Maternidad” en el Código Penal. Disponible en línea https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=6306-07
30. Boletín número 11576-11 (10 de enero de 2018). Regula la Gestación por Subrogación o Subrogada. Disponible en línea https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=11576-11
31. Boletín número 11604-11 (25 de enero de 2018). Regula la Crioconservación de embriones. Disponible en línea <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/votaciones.aspx?prmID=12124&prmBOLETIN=11604-11>
32. Ministerio de Salud de Chile. (2015). Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad. Disponible en línea 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

33. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida: Registros anuales. (2021). *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida*. Disponible en línea: https://www.redlara.com/registro_anual.asp?MYPK3=Registros%20Anuais&USIM5=709
34. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. (s.f.). *Registro*. Disponible en línea: <https://www.redlara.com/registro.asp>
35. Autoridad de Fertilización Humana y Embriología. (s.f.). Tratamiento de donación mitocondrial. Disponible en línea : <https://www.hfea.gov.uk/treatments/embryo-testing-and-treatments-for-disease/mitochondrial-donation-treatment/>
36. Rossel Saavedra, E. (1994). *Manual de Derecho de Familia* (7ma ed. actualizada). Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile.
37. Vilches, M. J. (2018). *Manual de Derecho de Familia*. Editorial Jurídica de Chile.
38. Amato P, Tachibana M, Sparman M, et al. *Three-parent in vitro fertilization: gene replacement for the prevention of inherited mitochondrial diseases*. Fertil Steril 2014;101(1)
39. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2022). Ley 21.430: Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Disponible en línea <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>
40. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2018). Acceso a tratamientos para la infertilidad en Chile, España y Estados Unidos. Disponible en https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26682/1/BCN_reproduccion_asistida_Chile_Espana_EE.UU_Final.pdf
41. Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible en línea https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

42. Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Disponible en línea <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
43. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2004). Ley 19.947. Disponible en línea <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=225128>
44. BBC News Mundo. (2015). *Una mayoría de miembros del Parlamento británico votó a favor de permitir que los médicos puedan crear bebés a partir de ADN de tres personas*. Disponible en línea https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/02/150203_ulnot_reino_unido_tres_padres_ac#:~:text=Una%20mayor%C3%ADa%20de%20miembros%20del,mun do%20en%20legalizar%20este%20procedimiento.
45. RESOLUCIÓN EXENTA N° 1072 de 1985 del Ministerio de Salud Pública de Chile. Disponible en: https://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1072_85.doc
46. RESOLUCIÓN EXENTA N° 241 de 2015 del Ministerio de Salud Pública de Chile.
47. RESOLUCIÓN EXENTA N° 49 de 2019 del Ministerio de Salud Pública de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1128732>
48. CIRCULAR N° 331 de 2019 del Ministerio de Salud Pública de Chile. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2019/08/articles-18580_recurso_1.pdf
49. Jourdan.L. (2022). *Our father*. Netflix. Disponible en línea <https://www.netflix.com/watch/81227735?trackId=255824129&tctx=0%2C0%2C0adfcd4-767d-4ff7-a677-d0746dfe412d-5562703%2C0adfcd4-767d-4ff7-a677-d0746dfe412d-5562703%7C2%2Cunknown%2C%2C%2CtitlesResults%2C81227735%2CVideo%3A81227735%2CminiDpPlayButton>

50. Varley. N (2024) The man with 1000 kids.Netflix.Disponible en línea <https://www.netflix.com/watch/81674113?trackId=255824129>
51. Organización Mundial de la Salud. (2015). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
52. Tello Rojas, C., Cariola Oliva, K., Cicardini Milla, D., Gazmuri Vieira, A. M., Marzán Pinto, C., Molina Milman, H., Olivera De La Fuente, E., Rosas Barrientos, P., Yeomans Araya, G., & Bello Campos, M. F. (2023). *Solicitud de Resolución N° 989*. <https://www.diarioconstitucional.cl/wp-content/uploads/2024/03/res-fertilizacion.pdf>
53. Siurana Aparisi, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. Disponible en línea : https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006#:~:text=Si%20la%20no%2Dmaleficencia%20consiste,beneficiencia%20incluye%20siempre%20la%20acci%C3%B3n.
54. Bill Track 50. (2019). *Bill in SB0174*. Disponible en línea <https://www.billtrack50.com/billdetail/1000894>
55. Texas Legislature. (2019). *Criminal Justice Impact Statement. SB 1259*.Disponible en línea <https://capitol.texas.gov/tlodocs/86R/impactstmts/html/SB01259SB.htm>
56. Organización Mundial de la Salud: OMS. (2024) *Infertilidad*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
57. Instituto Nacional del Cáncer: NIH. (s.f) Diccionario del cáncer del NCI: *gestante tradicional* *subrogada*.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/gestante-subrogada-tradicional>