

## Introducción

**Damián Gálvez**

Un laboratorio de (re)escrituras: la edición como espacio de experimentación y formación crítica

## Intervenciones

**Diamela Eltit**  
**Mario Garcés**

Pensar la revuelta

**Rodrigo Karmy**

Chile despertó

**Begoña Ugalde**

Piedra Papel Tijera

## Artículos

**Judith Butler**

Para imaginar un mundo después de este, la democracia necesita las humanidades

**Miguel Vatter**

The Rule of Law as Concrete Order: From Neoliberal Capture to Postliberal Weaponization of Constitutionalism

**Jacques Lezra**

Insuficiencia

**Nicolás del Valle**

El crepúsculo de la civilización: dominio, naturaleza y razón instrumental en Max Horkheimer

**J. Camilo Valdés**

Sublevaciones: síntomas y potencias en el pensamiento de Michel Foucault y Georges Didi-Huberman

**Lieta Vivaldi**  
**Danitza Pérez**  
**Mistral Ensignia**

Regulación de las Tecnologías Reproductivas Asistidas en Chile: análisis crítico desde una perspectiva feminista

**Javier Cristiano**  
**Guido Montali**

Toda espera es política. Acerca de las relaciones entre espera y poder

**Claudio Espinoza**

Hacia una comprensión de lo político: trayectorias teóricas y metodológicas de la antropología política

**Laura Gentilezza**

Los libros y los cuadros. Sobre las estrategias del quehacer nacional en Gainza y Zambra

## Reseñas

**Alejandro Fielbaum**

Francisco Layna Ranz. *Trinchera, tribuna y periódicos. Lecturas políticas del Quijote (España y Latinoamérica, 1898-1950)*. Madrid: Iberoamericana Vervuert, 2025

**Matías Escobar**

Sheldon Wolin. *Democracia y revuelta*. Buenos Aires: Palinodia, 2025

# Regulación de las Técnicas de Reproducción Asistida en Chile: análisis crítico desde una perspectiva feminista<sup>1</sup>

*Regulation of Assisted Reproductive Technologies in Chile:  
A critical analysis from a feminist perspective*

*Regulamentação das Tecnologias de Reprodução Assistida no  
Chile: Uma análise crítica numa perspetiva feminista*

*Lieta Vivaldi Macho*

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO

*Danitza Pérez Cáceres*

UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

*Mistral Ensignia Fries*

UNIVERSIDAD DE CHILE

## Resumen

Este artículo examina críticamente la regulación de las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA) en Chile desde una perspectiva feminista. Se argumenta que la ausencia de un marco normativo integral genera vacíos legales y éticos que profundizan las desigualdades de género, clase y acceso económico. A través de un enfoque interdisciplinario que articula derecho y teoría feminista, se analiza cómo las TRA tensionan los principios de autonomía reproductiva y justicia reproductiva. El estudio revisa el panorama normativo vigente en Chile y América Latina, incluyendo proyectos de ley, pronunciamientos judiciales y marcos internacionales de derechos humanos, destacando la influencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* de la Corte IDH. Asimismo, se aborda la relación entre reproducción asistida, neoliberalismo y mercantilización de la vida, enfatizando los riesgos de la estratificación reproductiva. El artículo sostiene que una regulación holística debe garantizar acceso equitativo, respeto a la autonomía y condiciones de no discriminación para mujeres y personas gestantes. Finalmente, se subraya la necesidad de un debate público informado y de políticas públicas con perspectiva de género, orientadas a proteger los derechos sexuales y reproductivos en un contexto de creciente demanda por estas tecnologías.

**Palabras clave:** Técnicas de reproducción asistida, autonomía reproductiva, justicia reproductiva, teorías feministas, regulación jurídica.

<sup>1</sup> Fondecyt Iniciación N°1122125 "Tecnologías reproductivas en Chile: Análisis jurídico y sociológico desde una perspectiva feminista, y Fondecyt Regular N° 1241747 "El feminismo en la encrucijada entre lo nuevo y lo antiguo: hacia una nueva política criminal para enfrentar la violencia contra la mujer".

## Abstract

This article critically examines the regulation of Assisted Reproductive Technologies (ART) in Chile from a feminist perspective. It argues that the absence of a comprehensive regulatory framework creates legal and ethical gaps that deepen inequalities related to gender, class, and economic access. Through an interdisciplinary approach that brings together law and feminist theory, the article analyzes how ART challenge the principles of reproductive autonomy and reproductive justice. The study reviews the current regulatory landscape in Chile and Latin America, including legislative initiatives, judicial decisions, and international human rights frameworks, highlighting the influence of the Inter-American Court of Human Rights' ruling in *Artavia Murillo v. Costa Rica*. It also addresses the relationship between assisted reproduction, neoliberalism, and the commodification of life, emphasizing the risks of reproductive stratification. The article argues that a holistic regulatory approach must ensure equitable access, respect for autonomy, and conditions of non-discrimination for women and gestating persons. Finally, it underscores the need for an informed public debate and for public policies with a gender perspective aimed at protecting sexual and reproductive rights in a context of growing demand for these technologies.

**Keywords:** Assisted reproductive technologies, Reproductive autonomy, Reproductive justice, Feminist theories, Legal regulation.

## Resumo

Este artigo analisa criticamente a regulação das Tecnologias de Reprodução Assistida (TRA) no Chile a partir de uma perspectiva feminista. Argumenta-se que a ausência de um marco normativo abrangente gera lacunas legais e éticas que aprofundam desigualdades de gênero, classe e acesso econômico. A partir de uma abordagem interdisciplinar que articula direito e teoria feminista, examina-se como as TRA tensionam os princípios de autonomia reprodutiva e justiça reprodutiva. O estudo revisa o panorama normativo vigente no Chile e na América Latina, incluindo projetos de lei, decisões judiciais e marcos internacionais de direitos humanos, destacando a relevância do caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Além disso, aborda-se a relação entre reprodução assistida, neoliberalismo e mercantilização da vida, enfatizando os riscos da estratificação reprodutiva. O artigo sustenta que uma regulação holística deve garantir acesso equitativo, respeito à autonomia e condições de não discriminação para mulheres e pessoas gestantes. Por fim, ressalta-se a necessidade de um debate público informado e de políticas públicas com perspectiva de gênero, orientadas à proteção dos direitos sexuais e reprodutivos em um contexto de crescente demanda por essas tecnologias.

**Palavras-chave:** Técnicas de reprodução assistida, autonomia reprodutiva, justiça reprodutiva, teorias feministas, regulação jurídica.

Recibido: 17 de octubre de 2025

Aceptado: 06 de enero de 2026

## Introducción

Las Técnicas de Reproducción Humanas Asistida o tecnologías reproductivas (TRHA) refieren al conjunto de biotecnologías médicas que ayudan a la consecución, prorratio o control embrionario de la reproducción. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo” (Zegers-Hochschild et al., 2010, sección “Glosario”). En la actualidad, la comprensión y el análisis de estas técnicas de reproducción asistida cobran especial relevancia en el mundo y, sobre todo, en Chile, ante la baja de la tasa de natalidad. Según datos del INE que se dieron a conocer a comienzos de 2025, la tasa de natalidad habría disminuido a la mitad en los últimos 30 años (INE, 2025). Esto ha conllevado potenciar las TRA por diversos motivos: infertilidad natural, estructural, cambios en los modelos de vida y en la composición de la familia, entre otros.

Es en ese contexto que resulta relevante tener en cuenta los estudios que muestran cómo las teorías de la biología y la medicina en torno a los cuerpos y, en concreto, las explicaciones de lo reproductivo son inseparables de la comprensión socioeconómica de la familia, el género y la economía, así como de las relaciones de poder presentes en una sociedad determinada que produce ciencia. En efecto, una de las complejidades que presentan estas técnicas es la polémica separación entre procesos que se entendían pertenecientes al orden de la naturaleza y, como tales, inmodificablemente unidos, como la fertilización y la concepción, la concepción y el embarazo, o el embarazo y el parto (Ariza, 2017). Por otra parte, el trabajo sobre los estereotipos de género presentes en las descripciones de óvulos y espermatozoides (Martin, 1991), así como respecto de la forma en que distintas visiones de la masculinidad se entretajan en la forma de representar y entender los espermatozoides (Moore, 2007), dan cuenta de estas producciones de mundo semiótico-materiales (Haraway, 2016) y de la imposibilidad de pensar la técnica, la ciencia, la política o lo social como espacios limpios, netamente diferenciados. Como explica Bettina Bock von Wülflingen, en su análisis sobre el surgimiento paralelo de la herencia en el ámbito biológico y jurídico, “lo que vemos y lo que no vemos, lo que preguntamos y lo que concluimos,

incluso dentro de la ciencia, está enmarcado en preconcepciones, y eso no es ni malo ni bueno, pero no puede ser de otra manera” (Bock von Wülffingen, 2012, citado en Lafuente-Funes, 2021, p. 546).

Dado el creciente desarrollo de las TRHA en lo que respecta a su producción teórica, así como a la masificación de su uso por parte de la población, han surgido una serie de problemas de carácter social, ético y jurídico en relación central con el control y la medición del impacto de estas tecnologías. El análisis de estas repercusiones requiere herramientas multidisciplinares que consideren las diversas dimensiones que este asunto implica.

En este artículo se sostiene como argumento central que las TRHA, lejos de constituir únicamente una respuesta técnica a la infertilidad, operan en Chile como dispositivos sociotécnicos que reproducen y reconfiguran desigualdades de género, clase y acceso a los cuidados. Se argumenta que, en un contexto marcado por la crisis global de los cuidados y por la ausencia de una regulación integral con enfoque de derechos, las TRHA tienden a mercantilizar el deseo reproductivo y a individualizar los costos materiales y emocionales de la reproducción, reforzando una ciudadanía reproductiva restrictiva. Desde una perspectiva feminista situada, el artículo plantea que solo una regulación que incorpore la justicia reproductiva como principio estructurante puede transformar estas tecnologías en herramientas efectivas de ampliación de derechos y no en nuevos mecanismos de exclusión y precarización de la vida.

En la actualidad, los sistemas jurídicos que han analizado y regulado las TRHA consideran al menos tres dimensiones. Primero, una dimensión socioeconómica, que tiene en consideración la cobertura y el acceso a estas técnicas por parte de la población, teniendo como grilla de análisis la intervención del Estado y la participación de la industria privada, elaborando criterios que permitan identificar hasta qué punto el Estado se hará cargo de la implementación de estas técnicas de reproducción (Céspedes y Correa, 2021; Lampert, 2018). Una segunda dimensión tiene en consideración preguntas de carácter bioético, estableciendo criterios claros respecto del momento en que un cuerpo podrá ser objeto de estas técnicas, sobre todo en relación con problemas relativos a la reproducción con fines médicos, como es el caso de la criopreservación de embriones y la donación reproductiva de gametos y embriones (Bascuñán Rodríguez, 2013; Casas, 2013; Zegers-Hochschild y Salas Ibarra, 2014; Zegers et al., 2022). Una tercera dimensión de análisis es la que pone el foco en los problemas que afectan directamente los cuerpos de las mujeres, su autonomía reproductiva y la justicia en relación con el acceso a estas técnicas (Ariza, 2010; Güezmes, 2005; González-Santos, 2014, 2019; Lafuente-Funes, 2019, Lafuente-Funes y Pérez Orozco, 2020; Tamanini, 2020). Esta se concentra y busca explicar los problemas de mayor impacto social, como son la profundización de las brechas de género en términos socioeconómicos, las discusiones éticas y políticas relacionadas con

la precarización de las vidas femeninas, además del diseño de políticas públicas desde una perspectiva de género.

Esta última dimensión es precisamente en la que nos centraremos en este artículo. La forma en que estas tecnologías son o no reguladas y aplicadas se constituye en una serie de consideraciones sobre los roles de género, el sistema socioeconómico, la salud pública, entre otras. En Chile, la normativa sobre esta temática es escasa, pese a que, a lo largo de los años, diversos gobiernos y parlamentarios han promovido proyectos de ley en la materia, incluyendo el gobierno presidente Gabriel Boric, que se comprometió en su última cuenta pública a establecer un marco regulador claro (Cooperativa.cl, 2025). Una promesa que no se cumplió y por tanto los desafíos jurídicos y regulatorios persisten.

El objetivo de este artículo es analizar la regulación de las TRA —o la falta de ella— en Chile, desde una perspectiva feminista crítica, recalcando la importancia de esta mirada al enfrentar temas reproductivos y de salud pública. En primer lugar, se presentará un marco teórico feminista para las técnicas de reproducción asistida. Ello permitirá, en segundo lugar, realizar una revisión crítica del marco regulatorio actual de los derechos sexuales y reproductivos en Chile y de los proyectos de ley vigentes en la materia, para culminar con algunas perspectivas al respecto.

## **Discusión: Una perspectiva feminista de las TRA**

Las tecnologías de reproducción asistida no emergen en un vacío social, sino en el marco de lo que Amaia Pérez Orozco (2014) denomina la crisis de los cuidados, entendida como “un agravamiento de las tensiones sentidas en la cotidianidad por responder a los requerimientos de la vida en un marco de preeminencia de la lógica de acumulación” (p. 204), y que recae de manera desproporcionada sobre los cuerpos de las mujeres y personas gestantes. En este contexto, la reproducción ha dejado de ser un proceso exclusivamente biológico para convertirse en un campo atravesado por lógicas de mercado, donde el deseo reproductivo se mercantiliza y los costos materiales y emocionales de la reproducción se individualizan. Como señala Sara Lafuente-Funes (2021), las bioeconomías de la reproducción asistida constituyen una de las estrategias de recomposición del capitalismo del siglo XXI, en las que la vida misma se convierte en objeto de transacción. Esta intersección entre crisis de los cuidados, neoliberalismo y tecnología reproductiva configura un escenario en que las desigualdades de género, clase y territorio no solo condicionan quién puede acceder a las TRA, sino también en qué términos y con qué consecuencias para la autonomía de quienes las utilizan. Comprender las TRA desde esta perspectiva exige, por tanto, ir más allá del análisis técni-

co-normativo para interrogar las condiciones estructurales que determinan el ejercicio —o la negación— de los derechos reproductivos.

En Chile no existe una ley marco de TRHA. Esta falta de regulación exhaustiva ha relegado su gestión a resoluciones específicas y acotadas, así como a reglamentos internos de los centros médicos que las practican. Esta situación puede comprometer el acceso igualitario a estas técnicas —desde una perspectiva de justicia reproductiva— y la autonomía de quienes desean acceder a ellas. No obstante lo anterior, es importante reconocer que Chile ha realizado avances en esta área que, desde el punto de vista del acceso, son altamente relevantes.

Respecto del acceso a las prestaciones, que se relaciona con la justicia reproductiva en cuanto a la democratización del acceso a la diversidad de prestaciones de salud asociadas, encontramos que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) cuenta con un programa de fertilización asistida de baja y alta complejidad, a través de la red pública de salud o Modalidad de Atención Institucional (MAI), y de la red de instituciones privadas en convenio a través del llamado Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). Desde 2019 existe, además, una modalidad llamada de libre elección, en la que FONASA paga la mitad de un costo fijo y la pareja paga la otra mitad. El monto final ha sido preestablecido por FONASA con las instituciones que acceden a ser prestadoras.

Según datos obtenidos mediante solicitud de transparencia<sup>2</sup>, entre 2015 y 2023 se registró un total de 33.337 prestaciones de reproducción asistida en la Modalidad de libre elección (MLE) de FONASA, lo que representa un incremento de 43 veces respecto al primer año con datos disponibles (221 prestaciones en 2015). El crecimiento es especialmente pronunciado a partir de 2019, año en que se incorporaron los códigos de alta complejidad al arancel, pasando de 867 prestaciones ese año a 9.115 en 2021 y 9.977 en 2022, el peak del período.

<sup>2</sup> Solicitud de Transparencia N° AO004T0007412 para Fondo Nacional de Salud (FONASA) de fecha 17/07/2024.

**Tabla 1. Prestaciones de reproducción asistida emitidas por FONASA (MLE), 2015–2023**

| Año                    | Baja complejidad | Alta complejidad | Total         |
|------------------------|------------------|------------------|---------------|
| 2015                   | 221              | —                | —             |
| 2016                   | 192              | —                | —             |
| 2017                   | 160              | —                | —             |
| 2018                   | 164              | —                | —             |
| 2019                   | 303              | 564              | 867           |
| 2020                   | 460              | 2.751            | 3.211         |
| 2021                   | 1.059            | 8.056            | 9.115         |
| 2022                   | 862              | 9.115            | 9.977         |
| 2023                   | 707              | 8.723            | 9.430         |
| <b>Total 2015–2023</b> | <b>4.128</b>     | <b>29.209</b>    | <b>33.337</b> |

Nota: “Baja complejidad” incluye los códigos 2502009 (tratamiento en hombre) y 2502010 (tratamiento en mujer). “Alta complejidad” comprende los códigos 2502011 a 2502018 (inducción de ovulación, aspiración folicular, laboratorio FIV/ICSI, transferencia, soporte post-transferencia, criopreservación, preparación endometrial y descongelación). Los datos corresponden a bonos emitidos en la Modalidad de Libre Elección. Fuente: FONASA, Oficio N° 18402/2024.

Este crecimiento refleja, al menos en parte, la expansión de la cobertura GES para infertilidad de causa no explicada y patologías diagnosticadas, vigente desde 2019. Sin embargo, la variación anual revela que el período 2021–2023 muestra una estabilización e incluso leve descenso (–5,5% entre 2022 y 2023), lo que podría indicar una saturación relativa de la demanda cubierta por el programa o restricciones en la oferta de prestadores acreditados.

Desde la perspectiva de la autonomía reproductiva, la tendencia ascendente es indicativa de una demanda previamente insatisfecha. El salto entre 2018 (164 prestaciones) y 2022 (9.977) evidencia que, en ausencia de cobertura pública, la gran mayoría de quienes requerían estos tratamientos no contaba con acceso efectivo, una expresión concreta de las barreras económicas que estructuran el ejercicio de la autonomía reproductiva en sistemas de salud segmentados.

La distribución regional de las prestaciones evidencia una marcada concentración geográfica. Tres regiones: Metropolitana (40,7%), Valparaíso (25,2%) y Biobío (20,3%), concentran el 86,2% del total de prestaciones emitidas durante

todo el período, mientras que el 13,8% restante se distribuye entre las demás trece regiones con actividad registrada. Esto va en directa concordancia con la distribución geográfica de las clínicas especializadas en la materia.

A partir de 2019, las prestaciones de alta complejidad (ciclos FIV/ICSI y procedimientos asociados) constituyen la mayoría de la actividad registrada, representando el 87,6% del total del período (29.209 de 33.337 prestaciones). Esta cifra refleja el perfil diagnóstico de la población usuaria y la naturaleza de los tratamientos financiados por la garantía GES.

El arancel MLE establece, para los procedimientos de alta complejidad más costosos, una estructura de copago que implica que el beneficiario asume entre el 48% y el 50% del valor total de cada prestación. Dado que un ciclo completo de FIV/ICSI requiere la combinación de al menos seis a ocho códigos de prestación, el costo de bolsillo acumulado por ciclo puede ser sustancial incluso bajo cobertura. La inducción de ovulación, por ejemplo, tiene un valor total de \$2.031.260 con un aporte del beneficiario de \$1.015.630, lo que representa la carga individual más alta del conjunto de prestaciones.

Los datos presentados tienen un alcance institucional parcial: corresponden exclusivamente a prestaciones financiadas a través de la MLE, es decir, a beneficiarios de FONASA que acceden al sistema privado mediante subsidio estatal. En su respuesta, FONASA declaró explícitamente no disponer de información sobre la actividad de TRA en el sistema público, lo que implica que los registros presentados subestiman la actividad total de TRA en el sistema de salud chileno, además de dar cuenta de la fragmentación de la información y la falta de comunicación o integración de datos entre instituciones. A esto se suma que la institución no cuenta con información sobre diagnósticos, resultados terapéuticos ni nacimientos derivados de los tratamientos financiados, limitándose a datos de acceso y financiamiento; ello impide calcular tasas de éxito, número de ciclos por paciente o fertilidad acumulada por cohorte, lo que constituye una brecha significativa en la infraestructura de información en salud reproductiva del país. Sumado a lo anterior, debe considerarse que la unidad de registro son bonos de atención emitidos y no pacientes individuales ni ciclos completos de tratamiento. En este sentido, dado que un ciclo de alta complejidad (FIV/ICSI) requiere múltiples prestaciones (como inducción de ovulación, aspiración folicular, laboratorio, transferencia y soporte post-transferencia, entre otras), el número de bonos no es equivalente al número de tratamientos realizados ni de personas atendidas, lo que dificulta el cálculo de tasas de cobertura poblacional.

Otras limitaciones a considerar, es que hasta el año 2023, tenían acceso al PAD exclusivamente las parejas heterosexuales y con un máximo de dos intentos “de por vida” y, si bien abarca el grueso de los costos asociados, existen algunas dimensiones que no están cubiertas. Actualmente, el programa incluye a personas sin pareja (Chile Atiende, 2022); sin embargo, de necesitar,

por ejemplo, la compra de espermios, este procedimiento debe costearse por la parte interesada, ya que, de acuerdo con la propia normativa, “no incluye donantes de bancos de espermias, ovodonación, embriodonación y útero subrogado” (Chile Atiende, 2022). Dentro de este programa de fertilización, las de baja complejidad se realizan mediante inseminación artificial, mientras que las de alta complejidad comprenden la fertilización in vitro y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides.

Como se ha señalado, la normativa legal remite en esta materia a referencias a la concepción, la interrupción del embarazo en tres causales (Ley 21.030), la investigación científica en el ser humano, su genoma y la prohibición de la clonación humana, por lo que no ha habido una recepción concreta ni en la legislación ni en la judicatura. En términos prácticos, la aplicación de estas tecnologías se remite a clínicas y centros de salud que desarrollan y aplican estas técnicas, de modo que su regulación es autónoma, en la forma de reglamentos internos. Aun cuando no existe una guía de buenas prácticas clínicas para la generación de sus propios protocolos, los centros habitualmente se basan en las guías internacionales de las sociedades científicas de medicina reproductiva americana ASRM y europea ESHRE (Zegers et al., 2022, p. 219). Por dicho motivo, actualmente solo las personas económicamente solventes tendrán acceso a dichos tratamientos, que de ninguna forma garantizan el resultado esperado. De este modo, la autonomía reproductiva —es decir, la posibilidad de decidir si se desea o no tener hijos o hijas— queda supeditada a una cuestión económica y, más concretamente, a la clase social.

Ejemplo de ello es el Diagnóstico Genético Preimplantacional (PGD), el que detecta alteraciones genéticas y cromosómicas de los embriones, previniendo así transferir embriones que no darían lugar al nacimiento de un bebé, el cual no se encuentra financiado por FONASA, pero sí por la gran mayoría de los centros reproductivos chilenos. Se debe tener presente que:

En Chile, el 72,4 % de las mujeres que realizan TRA tienen 35 años o más y el 30 % tiene 40 años o más, de tal modo que existe una amplia población de personas infértiles que teóricamente se beneficiarían de efectuar técnicas de PGT. Sin embargo, el PGT representa un costo adicional al ya elevado costo de las TRA, por lo que queda restringido a personas de mejor situación económica (Zegers et al., 2022, p. 286).

Como señala Sara Lafuente, las bio economías de la reproducción asistida son una de las estrategias de recomposición del capitalismo del siglo XXI; entienden la vida de otra forma, entrelazándose con la agenda neoliberal y capitalista, por lo que el biocapitalismo ataca la forma de comprender la vida, toda vez que se involucra con el lucro. Así, siguiendo a Lafuente-Funes, el modelo de

compensación económica tiene aparejado el riesgo de la mercantilización de lo vivo y la estratificación reproductiva. Este peligro se acrecienta cuando las TRA son más intensivas y cuando intersectan con variables de desigualdad como el género, la clase social, la raza y la procedencia (localización en el eje norte/sur global); en ese sentido, serán las mujeres de menos recursos quienes estén dispuestas a donar óvulos con el fin de recibir compensación monetaria, mientras que aquellas mujeres con mejor posición económica serán quienes accedan a los costosos tratamientos de reproducción asistida.

Si bien se podría estar de acuerdo en que las TRA deben ser incorporadas a través de políticas públicas, existe el temor de que, a la hora de legislar sobre esta materia, se generen puntos de tensión, toda vez que “se prevé que, de regularse la práctica, esta se restringiría en forma considerable y primarían criterios ideológicos por sobre los criterios técnicos y bioéticos, a los que ya se han acostumbrado quienes proveen estos servicios” (Espada Mallorquín, 2015, párr. 2). De ahí la importancia de dar debates políticos sobre las TRA y de legislarlas desde un enfoque feminista.

Aparecen así una serie de preguntas y problemas que abarcan diversas dimensiones, desde la bioética y el correcto uso de estas tecnologías hasta la teoría feminista y el rol de las mujeres y personas gestantes en el proceso de reproducción humana. Algunas preguntas que estructuran estos debates son quiénes y desde qué edad pueden acceder a estas técnicas, cuáles son los fines de la selección de embriones por medio del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP), el problema del acceso justo por parte de la población a estos tratamientos en los sistemas de salud, cómo se determina la filiación, la prohibición o autorización de la gestación subrogada y, de autorizarse, en qué condiciones, entre otros.

En ese sentido, respecto de la autonomía y la agencia, la cuestión de si las tecnologías reproductivas suprimen o promueven la agencia de las mujeres y personas con capacidad de gestar puede analizarse de diferentes maneras. Estas tecnologías podrían verse no sólo como una forma de obligar a las mujeres a ser madres, sino también como una forma de permitir que las mujeres infértiles procreen (Franklin, 2013). Durante los años setenta y ochenta se desarrolló un debate continuo sobre qué constituye un análisis feminista a la luz de las nuevas tecnologías. Por lo tanto, “si estaba socialmente condicionado o innato era irrelevante; el deseo de las mujeres infértiles de tener hijos era más importante y más sustancial que el simple mandato patriarcal de reproducirse” (Thompson, 2005). Las TRA serían, entonces, una herramienta para el ejercicio de la autonomía de las mujeres o una amenaza para esta.

Por otro lado, la visión de las feministas radicales que conciben el tratamiento de la infertilidad como una pérdida innecesaria de tiempo y energía para alcanzar la aspiración social impuesta de ser madre resulta

problemática, porque universaliza una crítica particular a la maternidad y refuerza, paradójicamente, el rol que la sociedad patriarcal ha impuesto a las mujeres. De hecho, incluso si admitimos que las mujeres se ven obligadas a tener hijos, ello solo significa que “las motivaciones de las mujeres se moldean socialmente”. Pero “moldeado” no es lo mismo que “determinado”; y el rechazo de la maternidad —para mujeres infértiles o fértiles— no es necesariamente una opción más auténtica (Stanworth, 1987, p. 17). Además, estudios empíricos como la investigación de Christine Crowe muestran que, para algunas mujeres, la búsqueda de la fertilización in vitro (FIV) se relaciona más con la idea de ser percibidas como personas que intentan quedar embarazadas que con el hecho de convertirse en madres (Franklin, 2013). El intento de tener hijos mediante el uso de la tecnología les permite sentirse “valiosas”, “normales” y vivir una experiencia compartida con sus amistades. Podría considerarse que la experiencia de la FIV permite el desempeño del género que, siguiendo a Franklin, Judith Butler “pronto nombraría como una característica obligatoria de la identidad” (Franklin, 2013, p. 213). En resumen, posturas radicales suelen invisibilizar la agencia de las mujeres y sus experiencias, así como también las posturas de mujeres que demandan reconocimiento

Según Michelle Stanworth, la razón por la que las tecnologías reproductivas son tan controvertidas para las feministas —y para la sociedad en general— es “porque cristalizan temas en el centro de las controversias contemporáneas sobre la sexualidad, la paternidad, la reproducción y la familia; y porque la preocupación por la autodeterminación de las mujeres debe comprometerse, sobre todo, con estas luchas” (Stanworth, 1987, p. 18). Los fines para los que se utilizan las tecnologías reproductivas son variados, pero lo que está involucrado en estos usos y en sus formas de regulación son los cuerpos de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar. En consecuencia, el debate también gira en torno a la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y por tanto la autonomía reproductiva, lo que remite a problemas complejos que van desde cuestiones legales sobre la propiedad y los derechos hasta interrogantes filosóficas sobre la identidad, la subjetividad y la racionalidad práctica. Al respecto, Franklin identifica una tensión presente en la literatura feminista de los años ochenta:

la tensión ilustrada gráficamente en el amplio corpus de trabajos sobre la capacidad reproductiva, la identidad y la elección de las mujeres, especialmente en relación con diversas tecnologías —desde el aborto y la anticoncepción hasta la detección prenatal—, en las que el aumento de la elección se convierte en un arma de doble filo (2013, p. 186).

Nos encontramos en un momento de crisis social, política y climática. Los movimientos sociales y, en particular, los movimientos feministas han sido clave para exigir transformaciones a un sistema neoliberal, dado que, en este contexto, los grupos más vulnerables —considerando variables como género, racialización, edad y clase social, entre otras— son quienes sufren las consecuencias más dramáticas. Siguiendo a Butler, la noción de “precariedad” permite constatar que, aunque en un sentido somos iguales, en otro somos desiguales (2011). La precariedad muestra cómo la desigualdad se aplica política e institucionalmente sobre cuerpos que, en principio, son igualmente precarios, en tanto frágiles e interdependientes. Es importante, además, comprender que las TRA se inscriben en un contexto sociocultural determinado, donde algunas personas o grupos son incluidos y otros excluidos o invisibilizados (Güezmes, 2005). De este modo, la justicia reproductiva debe situarse en el centro de estas regulaciones y procedimientos.

El pensamiento feminista ha sido crucial para comprender la importancia y las dificultades de forjar vínculos entre el activismo, la academia y la vida cotidiana de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Nuestra posición moldea lo que sabemos (investigación empírica), cómo sabemos (metodología) y el significado de nuestro conocimiento (filosofía). Los enfoques feministas sostienen que la ciencia y la filosofía modernas no han prestado suficiente atención a los contextos sociales y políticos —y, por tanto, de género— de producción del conocimiento (Harding, 1991). Las prácticas del conocimiento son también prácticas políticas, en la medida en que participan de un mundo profundamente político. Cada forma de conocimiento representa ciertas perspectivas y contribuye a dar forma al mundo de maneras particulares. Donna Haraway plantea la noción de “conocimientos situados”, según la cual el modo en que vemos y conocemos se inscribe en experiencias corporizadas y en condiciones sociohistóricas específicas. Estos conocimientos no buscan una visión neutra e impersonal, sino que reconocen miradas parciales y voces situadas. Como señala Haraway:

No buscamos la parcialidad por sí misma, sino las conexiones y las aperturas inesperadas que hacen posibles los conocimientos. La única forma de encontrar una visión más amplia es estar en algún lugar en particular. La cuestión de la ciencia en el feminismo es la objetividad como racionalidad posicionada (1988, p. 590).

Las tecnologías reproductivas proporcionan “el texto perfecto” para la teoría y la acción feminista, porque “condensan muchas de las estratificaciones sociales, económicas y políticas que afectan la vida y el yo de las mujeres, al mismo tiempo que ponen en primer plano la tensión entre la acomodación al status quo y la resistencia” (Franklin, 2013, p. 187).

Los esfuerzos por abordar el vacío regulatorio en esta materia no constituyen sólo una preocupación parlamentaria, sino que también provienen de los movimientos sociales y de la sociedad civil. Las TRHA tensionan a los movimientos feministas, en tanto ponen en juego concepciones centrales para el desarrollo de una agenda que sitúe a las mujeres en el centro. Más allá de las diversas posturas feministas sobre la materia, la ausencia de regulación hace que las personas gestantes y, especialmente, las mujeres que acceden a TRHA se encuentren en una posición de mayor vulnerabilidad, con escasa claridad sobre sus derechos en materia reproductiva.

## **Contexto de las técnicas reproductivas: Derechos sexuales y reproductivos en Chile y América Latina**

Los estudios sobre técnicas de reproducción humana asistida en el mundo se han perfeccionado y masificado de manera coetánea a la multiplicación de nuevas técnicas que permiten su desarrollo, en un contexto donde la reproducción natural de la vida es cada vez más compleja y el desarrollo de tecnologías es cada vez más sofisticado (Herrera et al., 2015; Zegers-Hochschild y Salas Ibarra, 2014). El primer caso de nacimiento mediante técnicas de reproducción asistida en nuestro país ocurrió en 1984. De acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (Zegers, 2022), entre 1990 y 2019 se han realizado en Latinoamérica casi 1 millón de procedimientos; de estos, Chile contribuye con más de 52.000 ciclos y un recuento de 13.682 nacidos vivos (5,7 %). En el año 2018, los bebés nacidos a través de TRA representaron un 0,62 % del total de nacimientos en el país; de ello, un 30,6 % fue resultado de la transferencia de embriones congelados y descongelados, mientras que un 20,4 % correspondió a bebés nacidos de mujeres que se embarazaron con óvulos donados (Zegers et al., 2022). Las estadísticas demuestran que en Chile las tasas de fertilidad se han reducido. La tasa de fecundidad en Chile ha experimentado un descenso sostenido y sin precedentes. Según el Anuario de Estadísticas Vitales 2022 del INE, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 1,25 hijos por mujer ese año, reduciéndose a 1,16 en 2023 y a 1,03 en 2024 según cifras provisionales (INE, 2025). Las Estimaciones y Proyecciones de Población base Censo 2024, publicadas por el INE en enero de 2026, proyectan que esta tendencia continuará, con una TGF de 0,97 en 2025 y de 0,92 en 2026, lo que situaría a Chile con la tasa de fecundidad más baja de su historia, por debajo del nivel de reemplazo poblacional de 2,1 hijos por mujer y entre las más bajas del mundo (INE, 2026). Se proyecta además que hacia 2028 el número de defunciones superará al de nacimientos, dando inicio a un período de crecimiento natural negativo de la población (INE, 2026).

En este contexto es que las TRA constituyen un componente integral de los derechos sexuales y reproductivos, relacionándose directamente con el derecho a ejercer control pleno y libre sobre nuestra sexualidad y reproducción sin enfrentar discriminación, coacción o violencia. Estos derechos permiten decidir libre y responsablemente sobre la actividad sexual, su seguridad, la protección contra embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. También incluyen la libertad de determinar la intención de tener hijos, su número, el espaciamiento entre nacimientos, así como el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

La autonomía reproductiva está reconocida en varios documentos internacionales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), destacando las conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995), y reflejada en instrumentos internacionales de derechos humanos y sus interpretaciones por órganos de tratados relevantes. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 definió la salud reproductiva como un derecho básico para todas las parejas e individuos, instando a que la prevención y el tratamiento de la infertilidad se incluyan en los servicios de salud reproductiva y sexual a nivel de atención primaria (Naciones Unidas, 1994).

Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N.º 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, conforme al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), identificó los cuatro elementos cruciales interrelacionados para la atención integral de la salud sexual y reproductiva (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Estos puntos se relacionan directamente con las TRA, ya que ignorar, rechazar o limitar la incorporación de avances tecnológicos en salud sexual y reproductiva puede comprometer la disponibilidad de los servicios, las personas que puedan acudir a ellos (por orientación sexual o medios socioeconómicos, por ejemplo) y la calidad de los servicios. En esa misma línea, la Convención contra todas las formas de violencia contra las mujeres establece explícitamente en su artículo 12, la obligación de los Estados partes a eliminar aquellas formas de discriminación que afecten a las mujeres en el plano de la salud, incluyendo la obligación de asegurar igualdad entre hombres y mujeres en servicios de planificación familiar. Lo anterior es reforzado en el artículo 16.1 letra e, señalando el derecho a decidir la cantidad de hijos, forma y el acceso a la información necesaria para esto. El Comité de este tratado señaló en la Recomendación General N.º 24 que el acceso a la salud incluyendo los servicios de salud reproductiva son un derecho básico de las mujeres.

Un precedente clave en América Latina fue el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica* sobre fertilización in vitro. Este caso tuvo su origen en la prohibición

absoluta de la fertilización in vitro (FIV) decretada por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica en el año 2000, bajo el argumento de que esta técnica vulneraba el derecho a la vida del embrión desde el momento de la fecundación. Esta decisión dejó sin acceso a la FIV a parejas con problemas de infertilidad, obligándolas a desplazarse al extranjero o a renunciar definitivamente a la posibilidad de tener hijos biológicos. La Corte IDH examinó el caso a la luz de la Convención Americana y concluyó que la prohibición constituía una violación a varios derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la vida privada y familiar, a la autonomía reproductiva, a la integridad personal y al principio de igualdad y no discriminación. Un punto fundamental del fallo fue la interpretación restrictiva del artículo 4.1 de la Convención, estableciendo que la protección del derecho a la vida es gradual e incremental, y que el embrión in vitro no puede ser equiparado a una persona titular plena de derechos. Asimismo, el tribunal destacó que la infertilidad puede constituir una condición que genera discriminación estructural, particularmente hacia las mujeres, al reforzar mandatos de género vinculados a la maternidad y responsabilizarlas socialmente por la imposibilidad de concebir. Desde esta perspectiva, la prohibición de la FIV fue considerada una medida desproporcionada que afectaba intensamente el proyecto de vida de las personas involucradas. Esto porque el fallo reconocía la infertilidad como una condición que puede afectar gravemente la vida privada de las personas. En ese sentido el derecho a la vida privada se relaciona directamente con la autonomía reproductiva y a servicios de salud reproductiva, lo que incluye acceder a este tipo de técnicas (Corte IDH, Artavia Murillo, 2012, párr. 146). En consecuencia, la Corte IDH ordenó al Estado costarricense levantar la prohibición, regular la técnica conforme a estándares de derechos humanos y garantizar el acceso progresivo a la FIV dentro del sistema público de salud.

Siguiendo a Lidia Casas (2013), esta decisión generó un debate sobre la orientación que deberían tomar las legislaciones y las decisiones judiciales en Chile y en el resto de América respecto a las TRA, principalmente sobre cómo estos tratamientos impactan el derecho a formar una familia. Este fallo, que marcó el primer pronunciamiento de la Corte IDH sobre derechos reproductivos en América, no solo obligó a Costa Rica a hacer accesibles las TRA a los beneficiarios del sistema público de salud, sino que también abordó cómo la prohibición de la fertilización in vitro podría impactar de manera desproporcionada a hombres y mujeres, exacerbada por estereotipos y prejuicios sociales. Según Casas (2013), este fallo podría reducir el temor a legislar sobre estos temas, lo cual es igualmente relevante en el debate sobre la despenalización del aborto en Chile. En un ordenamiento que carece de una ley integral sobre técnicas de reproducción humana asistida, el precedente Artavia Murillo ofrece criterios relevantes para evaluar la compatibilidad de eventuales restricciones con los derechos a la

autonomía reproductiva, a la vida privada y familiar y a la igualdad y no discriminación. Asimismo, el reconocimiento de la infertilidad como una condición que puede producir discriminación estructural permite problematizar la histórica omisión del Estado chileno en garantizar el acceso equitativo a estas técnicas, particularmente para mujeres y parejas que dependen del sistema público de salud. En este sentido, el fallo no solo opera como un estándar interpretativo vinculante en el plano interamericano, sino también como un insumo normativo clave para pensar una futura regulación de las TRA en Chile desde una perspectiva de derechos humanos y justicia reproductiva.

## **Regulación jurídica de las técnicas reproductivas en Chile**

Los sistemas jurídicos han recibido este avance técnico de diversos modos y han regulado su uso y aplicación de distintas maneras, siendo algunos más y otros menos permisivos (Lafuente-Funes, 2021). Al revisar las TRHA desde una perspectiva feminista, es fundamental considerar que están atravesadas por diversas variables como son la edad, la clase social y el territorio, el deseo de maternar, paternar o construir un tipo de vínculo, y la responsabilidad. Los principios como la autonomía reproductiva y la justicia reproductiva atraviesan estas variables.

Respecto de la autonomía, constituye un punto de inflexión dentro de las discusiones feministas. Esto porque las posturas más liberales adhieren a la idea de la autonomía como una libertad libre de coacción que debe ser respetada. Mientras que las posturas más radicales cuestionan la libre elección, señalando que es una utopía del patriarcado, donde las mujeres nunca serán realmente libres de decidir y por tanto negando la agencia de las mujeres. En tal polarización, posturas que logran conciliar ambos lados parecen ser un camino más fructífero para abordar la discusión sobre reproducción. En ese sentido, el concepto de autonomía relacional trabajado desde la teoría feminista contempla que se reconozca a las personas y, en particular, a las mujeres, niñas y adolescentes, como titulares del derecho a tomar decisiones en el ámbito de la reproducción y la sexualidad sin interferencia de terceros o agentes del Estado, considerando la importancia de las condiciones socioestructurales en que estas decisiones son tomadas (Mackenzie y Stoljar, 2000). Es decir, se reconoce la construcción de las mujeres como sujetos autónomos con agencia e inmersos en un determinado contexto social, con relaciones interpersonales que influyen en su capacidad de acción y deliberación.

En esa misma línea, la perspectiva de la justicia reproductiva, presta atención a las desigualdades de acceso y de posibilidad de decidir; a su vez, reconoce el rol de la intersección de condiciones sociales, culturales, raciales y econó-

micas como determinantes de la salud y la reproducción. Esta perspectiva fue desarrollada por feministas negras e indígenas, resaltando no solo el derecho a abortar, sino también el derecho a tener hijos y poder criarlos en forma segura. Este modo más inclusivo de entender la salud sexual y reproductiva permite avanzar por una mayor igualdad de género, social y económica (Madhok et al., 2014). Considerando estos principios, para entender la regulación de las TRA desde una perspectiva feminista, es necesario analizar el acceso de las personas al costo de los tratamientos y el rol del Estado y cómo influyen las condiciones contextuales y materiales en la toma de estas decisiones.

En la legislación comparada existe una gran disparidad de regulaciones; desde algunas muy liberales y otras muy restrictivas, en cuanto a qué procedimientos pueden realizarse. Solo por señalar algunos ejemplos, España ofrece una legislación liberal, permitiendo el acceso a parejas heterosexuales, homosexuales y mujeres solteras, e incluso la donación anónima de gametos. En contraste, Estados Unidos no tiene una regulación unificada y deja gran libertad a los estados y a las clínicas. Por otro lado, Italia y Alemania aplican normativas restrictivas, limitando los tratamientos a parejas heterosexuales casadas y prohibiendo las donaciones de gametos y la gestación subrogada.

En el caso chileno, y tal como mencionamos al comienzo, no existe una regulación acabada sobre la materia, como lo sería una ley marco sobre TRHA o, aún más general, sobre derechos sexuales y reproductivos que establezca principios y derechos. Y si bien el gobierno del ex presidente, Gabriel Boric, se había comprometido en su última cuenta pública a presentar una ley marco ello no ocurrió. Ahora, con el gobierno del Presidente José Antonio Kast, que tiene un giro ideológico más conservador, es difícil imaginarse las posibilidades de avanzar en algo así.

La regulación podría enfrentar algunas de las dimensiones más problemáticas en Chile, tales como asegurar el acceso a las prestaciones, mantener estándares elevados de calidad, contar con información completa y fidedigna, o evitar abusos y prácticas indebidas. La regulación que actualmente existe respecto de las TRHA es escasa y está parcializada en distintos cuerpos normativos y resoluciones ministeriales o normas técnicas, dejando diversas dimensiones sin abordar, como la complejidad de los contratos privados celebrados entre usuarias y los centros que realizan las prestaciones. Algunas de larga data, como las “Normas Aplicables a la Fertilización In Vitro y la Transferencia Embrionaria” de 1985, hasta algunas más recientes orientadas a mejorar el acceso a estas técnicas de alto costo, como la incorporación de ocho prestaciones de salud referidas al tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad, en modalidad libre elección, obligando a las instituciones de salud previsual (ISAPRES) a incorporarlas en sus planes de salud.

Estos instrumentos, de carácter técnico y fragmentario, no están diseñados para abordar las dimensiones sociales y culturales asociadas a la reproducción; su objetivo principal es guiar la operación de las TRHA en un contexto de escasa legislación. Aunque algunos reconocen el papel de las TRHA en los derechos sexuales y reproductivos, las consideraciones sobre aspectos no técnicos son limitadas. Por ejemplo, su incorporación al sistema de salud, en términos de cobertura, refleja el acceso y la socialización de una prestación de salud de alto costo y, por tanto, restrictiva respecto de la cantidad de personas que pueden acceder efectivamente a ella. Asimismo, la normativa del Código Civil reconoce la filiación de niños y niñas nacidos mediante TRHA, lo que evidencia una visión relativa sobre la protección de la familia en Chile, aunque deficiente. Esto es porque el artículo 182 del Código Civil chileno establece que la filiación de la persona nacida por técnicas de reproducción asistida quedará determinada por las dos personas que se hayan sometido a ellas. Si bien la norma da a entender de alguna forma el reconocimiento de la voluntad procreacional, supone dificultades para técnicas como la gestación subrogada como tipo de TRHA, esto por cuanto en general involucra a un mínimo de tres voluntades en el proceso (Zegers et al., 2022, p. 346).

Por su parte, en el Congreso Nacional chileno se han presentado múltiples proyectos de ley relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), que reflejan distintas concepciones sobre la reproducción, la familia y el rol de las mujeres. Estos debates legislativos muestran tanto intentos de ampliar los derechos reproductivos como propuestas restrictivas que privilegian visiones tradicionales.

Uno de los primeros proyectos en la materia fue presentado el 6 de julio de 1993 por el entonces senador Sebastián Piñera (Congreso Nacional, Boletín N.º 1026-07). La propuesta, que alcanzó un avance relativo antes de ser archivada, se sustentaba en tres principios: a) la protección de la vida y la dignidad humanas; b) la protección del interés superior del niño; y c) la protección de la familia y el matrimonio. Permitía el acceso a las TRHA solo para parejas matrimoniales que hubiesen agotado otras alternativas, imponiendo restricciones como el uso exclusivo de gametos de los cónyuges y la definición del embrión como sujeto titular del derecho a la vida desde la concepción (Congreso Nacional, Boletín N.º 1026-07, p. 2). En 2008 el proyecto fue remitido a la Comisión de Salud para fusionarse con otra moción sobre reproducción asistida (Boletín N.º 4346-11), pero ambas iniciativas terminaron archivadas.

En 2006, los ex senadores Guido Girardi, Roberto Muñoz y Carlos Ominami presentaron un proyecto de ley que planteaba un enfoque distinto (Congreso Nacional, Boletín N.º 4573-11). Su objetivo era garantizar el acceso a TRHA sin exigir matrimonio ni pareja, subrayando los derechos reproductivos de las mujeres. Incluía, además, la prohibición de la comercialización de patrimonio

genético y las sanciones en el Código Sanitario. Sin embargo, al no haber sido discutido, fue archivado en 2009 conforme a las reglas reglamentarias del Senado.

Hubo que esperar más de una década para un nuevo impulso legislativo. El 10 de enero de 2018, un grupo de parlamentarias y parlamentarios presentó el Boletín N.º 11576-11, que proponía establecer un marco legal integral para las TRA, incluida la regulación de la gestación subrogada. Esta iniciativa amplió los modelos familiares reconocidos, contemplando parejas heterosexuales, de parejas del mismo sexo y personas solteras. Defendía la subrogación bajo un modelo altruista, permitiendo únicamente el reembolso de gastos comprobados y prohibiendo compensaciones salariales. Establecía requisitos para las gestantes —edad entre 25 y 45 años, nacionalidad chilena o residencia legal, ausencia de antecedentes penales y haber tenido al menos un hijo sano— y limitaba la subrogación a un máximo de dos veces por mujer. Asimismo, preveía la creación de un “Registro de Gestación por Subrogación” y exigía a los padres intencionales que aportaran material genético propio o recurrieran a donantes bajo las normas legales vigentes. El proyecto aún se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara, sin informes de la comisión ni discusión sustantiva.

Ese mismo año se presentó el Boletín N.º 12106-07, centrado en la criopreservación de embriones no utilizados en tratamientos de TRA. La propuesta destacaba por incluir explícitamente a personas solteras y parejas diversas, por reconocer la gratuidad como principio y por regular el consentimiento informado en casos de divorcio o fallecimiento de los progenitores. Asimismo, abordaba la filiación, estableciendo que los padres biológicos debían renunciar expresamente a ella. A pesar de su novedad, tampoco ha avanzado en tramitación.

Otro proyecto en discusión busca modificar el Código Civil para determinar la filiación de los niños y niñas nacidos mediante gestación subrogada (Congreso Nacional, Boletín N.º 12106-07). Este texto reconoce la voluntad procreacional como criterio central y señala que la gestante no adquiere vínculo de filiación con el niño o la niña, pues su participación constituye una asistencia terapéutica. En este caso, se reconoce expresamente la decisión procreacional de la pareja o persona y la colaboración de la gestante, regulando la incorporación del hijo o de la hija como integrante de la familia. Aunque no ha sido archivado, su tramitación permanece detenida ante la Comisión de Constitución del Senado.

En contraposición a estas iniciativas de carácter inclusivo, también se han presentado proyectos de orientación prohibicionista. Un ejemplo es el Boletín N.º 6.306-07 (2008), que pretendía sancionar penalmente la gestación subrogada bajo la figura de “sustitución de la maternidad”, estableciendo su prohibición absoluta. La iniciativa no logró superar el primer trámite constitucional y fue radicada ante la Comisión de Constitución. Más de una década después, el Boletín N.º 17.337-07, ingresado en enero de 2025, retomó esta línea, pero de

manera más amplia. Buscaba modificar el Código Penal, el Código Civil y el Código Orgánico de Tribunales, con el fin de declarar nulos los contratos de gestación subrogada y establecer sanciones penales para quienes participaran en ellos (Congreso Nacional de Chile, 2025). El fundamento del proyecto es que la subrogación vulnera la dignidad de las mujeres y los niños al favorecer su mercantilización, lo que refleja un enfoque que prioriza la protección de la familia tradicional y la tutela de la mujer como sujeto vulnerable, en lugar de su autonomía reproductiva. Si bien este proyecto plantea una postura clara, falla en no hacerse cargo de lo que busca evitar. Puesto que en el centro de su planteamiento no se encuentra la protección de las gestantes ante posibles casos de trata o explotación. Así tampoco protege a los niños y niñas nacidos de estas técnicas y por tanto no soluciona la determinación de su filiación.

En paralelo, se han promovido gestiones parlamentarias para avanzar hacia una regulación integral. La Resolución N.º 989, de 17 de enero de 2024, solicitó al Presidente de la República que enviara un proyecto de ley que estableciera un estatuto regulatorio para las TRHA, con financiamiento estatal y acompañamiento integral, incluyendo salud mental y apoyo psicosocial para las personas que enfrentan infertilidad. Sin embargo, esta iniciativa no se materializó.

En síntesis, la evolución legislativa chilena en materia de TRHA presenta tensiones persistentes. Por un lado, existen propuestas que buscan reconocer la diversidad familiar, garantizar un acceso equitativo y regular la filiación desde la voluntad procreacional. Por otro, se han presentado proyectos que avanzan en sentido contrario, prohibiendo o restringiendo prácticas como la gestación subrogada y reforzando marcos normativos centrados en la familia tradicional y en la protección del embrión como sujeto de derechos desde la concepción. Esta oscilación refleja la dificultad del legislador para superar enfoques ideológicos y diseñar una regulación que aborde los dilemas éticos, sociales y jurídicos de manera integral.

Este escenario legislativo inconcluso tuvo un correlato en el proceso constitucional de 2019–2022, instancia en que los derechos sexuales y reproductivos fueron objeto de un amplio debate en la Convención Constitucional, con al menos seis iniciativas presentadas por convencionales, pueblos originarios y organizaciones sociales -entre ellas la Iniciativa sobre el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque Feminista (Boletín 994-4), la Iniciativa de reconocimiento y protección de derechos sexuales y reproductivos (Boletín 221-4) y la Iniciativa Popular Indígena sobre garantía estatal de estos derechos según costumbres de las naciones originarias (Boletín 28-4). Estas propuestas incluyeron demandas como la interrupción voluntaria del embarazo, la educación sexual integral, el enfoque intercultural y la protección de grupos vulnerables, y contaron con el respaldo activo de organizaciones como ASOMAT y FENPRUSS, que enfatizaron la necesidad de una institucionalidad sanitaria que garantizara efectivamente estos derechos.

La Comisión de Derechos Fundamentales sistematizó estas iniciativas en el artículo 61 de la propuesta constitucional, que reconocía a toda persona como titular de derechos sexuales y reproductivos y garantizaba la autonomía, el acceso a la información, la salud y la educación, así como las condiciones para el embarazo, el parto, la maternidad o la interrupción voluntaria del embarazo, libres de discriminación y violencia, incorporando además el derecho a beneficiarse del progreso científico. Si bien el texto no mencionaba explícitamente las TRHA, su enfoque amplio sobre la autonomía reproductiva y el rol garante del Estado abría la puerta a futuras regulaciones en esa materia. El rechazo de la propuesta en el plebiscito de septiembre de 2022 clausuró esta vía sin que dichos derechos alcanzaran rango constitucional, reproduciendo a nivel constituyente la misma tensión que ha bloqueado el avance legislativo: la incapacidad del sistema político para construir consensos que superen las disputas ideológicas en torno a la familia, la autonomía y el estatuto del embrión, y que permitan una regulación integral de las TRHA acorde a los estándares internacionales de derechos reproductivos.

## Conclusiones y perspectivas

Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) en Chile no pueden comprenderse únicamente como procedimientos biomédicos, sino como prácticas atravesadas por relaciones de poder, estructuras de género y dinámicas socioeconómicas que definen quiénes acceden a ellas y en qué condiciones. La revisión normativa evidencia un marco fragmentario y limitado, que delega en espacios privados y tecnificados decisiones de alto impacto ético y jurídico, dejando a mujeres y personas gestantes en situaciones de vulnerabilidad y reproduciendo inequidades en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Desde una perspectiva feminista, resulta imprescindible avanzar hacia una regulación integral que supere la dispersión actual e incorpore explícitamente los principios de autonomía y justicia reproductiva. A diferencia de enfoques liberales centrados exclusivamente en la elección individual, o de aproximaciones bioéticas no feministas que privilegian dilemas abstractos desligados de las condiciones materiales de vida, la perspectiva feminista permite visibilizar las desigualdades estructurales que condicionan las decisiones reproductivas y problematizar la aparente neutralidad del mercado y de la técnica. Asimismo, frente a posiciones feministas divergentes que rechazan las TRA como dispositivos inherentemente opresivos, este enfoque propone una lectura situada y no universalizante, capaz de reconocer tanto sus potencialidades emancipadoras como sus riesgos.

Avanzar en esta dirección supone no solo reconocer el derecho a decidir sobre la maternidad, sino también el derecho a acceder a tratamientos de fertilidad en condiciones de igualdad, sin discriminación por motivos de género, orientación sexual, estado civil o nivel socioeconómico. En términos normativos, ello implica, al menos, establecer una ley marco que regule integralmente las TRA, garantice estándares de calidad y transparencia, incorpore mecanismos de supervisión pública y asegure una cobertura progresiva en el sistema de salud, incluyendo prestaciones actualmente excluidas. Asimismo, resulta necesario revisar críticamente las reglas de filiación y los contratos privados asociados a estas técnicas, a la luz de la voluntad procreacional y de los derechos de las personas involucradas.

El desafío es, por tanto, doble: por una parte, garantizar un acceso equitativo y de calidad al sistema de salud; y, por otra, promover un debate público informado que desnaturalice la mercantilización de la vida y aborde críticamente los riesgos de la estratificación reproductiva. En este sentido, futuras líneas de investigación debieran profundizar en las experiencias de mujeres y personas gestantes usuarias de las TRA, en el impacto diferenciado de estas tecnologías según la clase, la edad y el territorio, y en el rol del Estado en la regulación de los mercados reproductivos transnacionales. Solo un marco normativo sensible al género y basado en una perspectiva feminista situada permitirá que las TRA se conviertan en herramientas para ampliar derechos y no en dispositivos que profundicen las desigualdades existentes.

### ***Agradecimientos:***

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) en Chile. A las colaboradoras Ámbar Ángel, Francisca Leiva, Alejandra Poillot, Javiera Aliste y Nicolás Ried.

## Referencias bibliográficas

- Ariza, L. (2010). La procreación como evento natural o tecnológico: Repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires. *Eä*, 2(1), 1–47.
- Ariza, L. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: Análisis del debate parlamentario. *Cadernos Pagu*, 50, e175005. <https://doi.org/10.1590/18094449201700500005>
- Bascuñán Rodríguez, A. (2013). La fecundación in vitro ante el derecho penal chileno. En: M. Gómez de la Torre (Dir.), *Técnicas de reproducción humana asistida. Desafíos del siglo XXI: Una mirada transdisciplinaria* (pp. 261 y ss.). Abeledo Perrot / Thomson Reuters.
- Bock von Wülfigen, B. (2012). Economies and the cell: Conception and heredity around 1900 and 2000. *Croatian Medical Journal*, 53(5), 502–504.
- Butler, J. (2011). *Violencia de Estado, guerra, resistencia: Por una nueva política de la izquierda* (Entrevista de D. Gamper Sachse). Katz Editores.
- Butler, J., Gambetti, Z. y Sabsay, L. (Eds.). (2016). *Vulnerability in resistance*. Duke University Press.
- Casas, L. (2013). Los desafíos para Chile de la decisión Artavia Murillo contra Costa Rica de la Corte IDH (caso fertilización in vitro): Algunos comentarios. *Anuario de Derecho Público UDP*, 398–415.
- Céspedes, P. y Correa, E. (2021). Reproducción asistida en Chile: Una mirada global para el desafío de ofrecer un acceso oportuno. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.09.002>
- Cooperativa.cl. (2025, 1 de junio). *Boric anunció proyecto de fertilización asistida y defendió debatir el aborto*. <https://cooperativa.cl/noticias/pais/politica/cuenta-publica/boric-anuncio-proyecto-de-fertilizacion-asistida-y-defendio-debatir-el/2025-06-01/123853.html>
- Espada Mallorquín, S. (2015). Las principales tensiones de una futura regulación de las técnicas de reproducción asistida en Chile: Especial referencia a la filiación. *Revista IUS*, 11(39), s/p.
- Fondo Nacional de Salud. (2024). *Respuesta a solicitud de información pública N.º AO004T0007412* (Oficio Ordinario 1K N.º 18402/2024). División de Gestión de Usuarios, Subdepartamento de Transparencia y Ley de Lobby.

- Franklin, S. (2013). *Biological relatives: IVF, stem cells, and the future of kinship*. Duke University Press. [https://doi.org/10.26530/OAPEN\\_469257](https://doi.org/10.26530/OAPEN_469257)
- González-Santos, S. P. (2014). Specialization in action: The genealogy and current state of assisted reproduction. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 34(1-2), 33-42. <https://doi.org/10.1177/0270467614538948>
- González-Santos, S. P. (2019). *A portrait of assisted reproduction in Mexico: Scientific, political, and cultural interactions*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-23041-8>
- Güezmes, A. (2005). Las tecnologías de reproducción asistida: Una aproximación desde la ética y las fugas feministas. *Serías para el Debate*, (4), 25-51.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- . (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822373780>
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Cornell University Press. <https://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1hhfnmg>
- Herrera, F., Teitelbom, B. y Zegers-Hochschild, F. (2015). Tipologías y argumentos en torno a las técnicas de reproducción asistida en habitantes de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(12), 1527-1532. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015001200004>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2025). *Boletín demográfico anual provisional de estadísticas vitales 2023*.
- . (2026). *Estimaciones y proyecciones de población, base Censo 2024 (EEPP 2024)*. <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/prensa-y-comunicacion/eepp2024.pdf>
- Lafuente-Funes, S. (2019). La reproducción asistida en el contexto español: La ovodonación como motor de un modelo de negocio heteronormativo. *Política y Sociedad*, 56(3), 645-667. <https://doi.org/10.5209/poso.60620>
- . *Mercados reproductivos: Crisis, deseo y desigualdad*. Katakarak.
- Lafuente-Funes, S. y Pérez Orozco, A. (2020). On (global) care chains in times of crisis: Egg donation and domestic work in Spain. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 354-376. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1796326>
- Lampert, M. (2018). *Acceso a tratamientos para la infertilidad en Chile, España, Estados Unidos*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

- Mackenzie, C. y Stoljar, N. (Eds.). (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press.
- Madhok, S., Unnithan, M. y Heitmeyer, C. (2014). On reproductive justice: 'Domestic violence', rights and the law in India. *Culture, Health & Sexuality*, 16(10), 1231–1244. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.918281>
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3), 485–501. <https://www.jstor.org/stable/3174586>
- Moore, L. J. (2007). *Sperm counts: Overcome by man's most precious fluid*. New York University Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814761144.001.0001>
- Ruiz Miguel, A. y Zúñiga Fajuri, A. (2014). Derecho a la vida y constitución: Consecuencias de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos "Artavia Murillo vs. Costa Rica". *Estudios Constitucionales*, 12(1), 71–104. <https://doi.org/10.4067/S0718-52002014000100003>
- Stanworth, M. (Ed.). (1987). *Reproductive technologies: Gender, motherhood and medicine*. Polity Press.
- Tamanini, M. (2020). Assisted reproduction: Brazilian heterosexual couples' testimonies on the care of specialists. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 338–353. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1807265>
- Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. MIT Press.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. y Vanderpoel, S. (2010). *Glosario de terminología en técnicas de reproducción asistida (TRA)*. ICMART/OMS; Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. [https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas\\_Reproduccion\\_Asistida\\_TRA.pdf](https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asistida_TRA.pdf)
- Zegers-Hochschild, F. y Salas Ibarra, S. P. (2014). *Bioética, reproducción y familia*. Ediciones Universidad Diego Portales.
- Zegers, F., Figueroa, R., Lathrop, F. y Kaune, H. (2022). *Hacia una legislación que regule las técnicas de reproducción médicamente asistida en Chile*. Ediciones Universidad Diego Portales.

## ***Normativa Nacional***

Congreso Nacional de Chile. (2006). Ley N.º 20.120: *Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana*. Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Salud de Chile. (1985). *Resolución Exenta N.º 1072: Normas aplicables a la fertilización in vitro y la transferencia embrionaria*.

Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Resolución Exenta N.º 814: Norma General Técnica N.º 159 sobre orientaciones técnicas para el manejo de la infertilidad de baja complejidad*.

Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Resolución Exenta N.º 241: Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad*.

Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Resolución Exenta N.º 902: Lineamientos técnicos en salud sexual y reproductiva*.

## ***Proyectos de Ley***

Congreso Nacional de Chile. (1992). Regula los principios jurídicos y éticos de las técnicas de reproducción humana asistida y establece sanciones para los infractores de sus normas (Boletín N.º 1026-07). <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=1511&prmBOLETIN=1026-07>

Congreso Nacional de Chile. (2006, 3 de octubre). *Regula la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida* (Boletín N.º 4573-11). <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=6420&prmBOLETIN=4573-11>

Congreso Nacional de Chile. (2008). *Sanciona la sustitución de la maternidad* (Boletín N.º 6306-07).

Congreso Nacional de Chile. (2018a). *Modifica el Código Civil para determinar la identidad de niños y niñas nacidos en gestación subrogada* (Boletín N.º 12106-07). <https://vlex.cl/vid/modifica-codigo-civil-determinar-914515579>

Congreso Nacional de Chile. (2018b). *Regula la crioconservación de embriones* (Boletín N.º 11604-11). <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=11329&prmBOLETIN=11604-11>

Congreso Nacional de Chile. (2018c). *Regula la gestación por subrogación o gestación subrogada como mecanismo de reproducción asistida* (Boletín N.º 11576-11). <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=11301&prmBOLETIN=11576-11>

Congreso Nacional de Chile. (2025). *Modifica diversos cuerpos legales para prohibir y sancionar la maternidad subrogada* (Boletín N.º 17337-07).

### ***Otras referencias***

Banco Mundial. (s. f.). *Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) – Chile* [Conjunto de datos]. Recuperado en 2025, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=CL>

Chile Atiende. (2022, 12 de septiembre). *Programa de fertilización asistida de baja y alta complejidad en la red pública de salud* [Ficha informativa]. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/23778-programa-de-fertilizacion-asistida-de-baja-y-alta-complejidad-de-fonasa>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012, 28 de noviembre). *Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica: Fondo, Reparaciones y Costas*. Serie C N.º 257.

Instituto Nacional de Estadísticas. (s. f.). *Estadísticas vitales*. Recuperado el 12 de junio de 2024, de <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>

Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (Medida 7.6). [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)

***Sobre las autoras:***

**Lieta Vivaldi Macho.** Es profesora asociada del Departamento de Ciencias del Derecho y directora del Programa de Cuidados de la Facultad de Derecho de la Universidad Alberto Hurtado. Doctora en Sociología por Goldsmiths, Magister en Sociología por London School of Economics, y Abogada de la Universidad de Chile. Actualmente es investigadora principal del proyecto Fondecyt Regular “Justicia reproductiva en tiempos de crisis: políticas, experiencias y cuidados en torno a la reproducción asistida en Chile”, y trabaja en temáticas relacionadas con feminismos, sociología jurídica y derechos humanos. ORCID: 0000-0002-0501-5143.

**Danitza Pérez Cáceres.** Investigadora Adjunta del Programa de Reformas Procesales y Litigación de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales y candidata a Doctora en Derecho de la misma institución. Docente en la Facultad de Gobierno de la Universidad de Chile. Su investigación se centra en el derecho procesal con perspectiva de género, los derechos reproductivos y el derecho internacional de los derechos humanos. ORCID: 0000-0001-8790-3250.

**Mistral Ensignia Fries.** Abogada de la Universidad de Chile. Profesora Instructora de la facultad de derecho de la universidad de Chile, departamento de ciencias del derecho. Su estudio se centra en los campos de la filosofía política y la filosofía feminista. Su investigación más reciente es sobre gestación subrogada en el campo de la autonomía relacional. ORCID: 0009-0005-3664-3731.