

Comentarios de Miles Chile sobre Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario, para incorporar entre los servicios de los profesionales que señala, la adopción de acciones para prevenir la infertilidad “, (Boletín N° 16708-11) y la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, para promover la información y educación sobre la infertilidad (Boletín N° 16709-11)¹.

I. Presentación institucional

Miles Chile es una organización de la sociedad civil constituida en el año 2015, cuya misión consiste en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, promoviendo su autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas, y garantizando el ejercicio de dichos derechos en tanto derechos humanos fundamentales, mediante la generación de información, el desarrollo de estrategias de incidencia social y política, y la provisión de atención integral y consejerías gratuitas. En concordancia con dicha misión, la institución dispone de servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva, prestados de manera gratuita bajo modalidad telemática y estructurados en tres áreas de atención: el área de salud sexual y reproductiva, a cargo de una matrona; el área legal, a cargo de una abogada; y el área psicosocial, a cargo de una psicóloga, cada una de las cuales aborda materias vinculadas directa o indirectamente con los derechos sexuales y reproductivos, entre ellas la infertilidad. Según el motivo de consulta, las personas usuarias pueden ser atendidas de manera simultánea por dos o más de estas áreas, resguardando así la dimensión integral que caracteriza a nuestros servicios.

II. La infertilidad en Chile como una cuestión de derechos

La esterilidad o infertilidad es un trastorno del aparato reproductor, tanto del masculino como del femenino, consistente en la incapacidad para lograr el embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección. En Chile, se estima que entre el 10% y el 15% de las parejas en edad reproductiva enfrenta infertilidad², cifra coherente con la tendencia mundial de aproximadamente a 1 de cada 6 personas con dificultades para concebir³.

¹ Para contactar a Miles Chile escribir a Laura Bartolotti, abogada senior del Programa de Incidencia Social y Política (Lbartolotti@mileschile.cl) y/o a Luz Reidel, Subdirectora de Programas (Lreidel@mileschile.cl).

² Furman, I., y Charlin, V. (2017). Calidad de vida de parejas infértiles en el sector público de Chile. Revista Médica de Chile, 145(11), 1378-1386. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017001101378>

³ Organización Mundial de la Salud. (2023). Infertility prevalence estimates, 1990-2021 [Estimaciones de la prevalencia de la infertilidad, 1990-2021]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068315>

Algunas causas de este trastorno son prevenibles; otras no tienen una causa identificable. Puede originarse en factores que afectan al hombre, a la mujer, o a ambos, y su tratamiento suele incluir la fecundación in vitro y otras técnicas de reproducción asistida.

Sin embargo, comprender este fenómeno exige no reducirlo a una dimensión exclusivamente bio-médica, ni abordarlo desde una lógica meramente demográfica o poblacional. **La decisión de materner o paternar es, ante todo, un ejercicio de autonomía reproductiva y un derecho humano fundamental**, reconocido en diversos instrumentos internacionales:

- El derecho a la salud, entendido como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC).
- El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, que incluye el acceso a tecnologías de reproducción asistida (TRA) para tratar la infertilidad (artículo 27 de la DUDH y PIDESC).

A ello se suman la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995), que consagran el derecho de toda persona a decidir libre y responsablemente si desea tener hijos, cuándo tenerlos y cuántos tener, así como a acceder a la información y los medios necesarios para ello.

En este marco, **la infertilidad no es solo una condición clínica, sino también una vulneración potencial de los derechos sexuales y reproductivos cuando el Estado no garantiza las condiciones para que quienes deseen ejercer su maternidad o paternidad puedan hacerlo.**

Por ello, la llamada “crisis de natalidad” no puede leerse como un simple problema demográfico a resolver mediante incentivos reproductivos o intervenciones sanitarias aisladas: **hacerlo instrumentaliza los cuerpos y las decisiones de las personas, particularmente de las mujeres.**

La evidencia disponible muestra que la reducción de la fecundidad responde principalmente a factores estructurales como las dificultades de acceso a la vivienda, la precarización laboral, la insuficiencia de sistemas públicos de cuidados y salas cuna, la desigual distribución de las tareas domésticas y de cuidado, y las barreras para compatibilizar maternidad, empleo y desarrollo profesional. **La medicalización de este fenómeno social complejo puede invisibilizar precisamente las condiciones materiales que condicionan las decisiones reproductivas de las personas y las familias**, por lo que abordar estas dimensiones estructurales es condición necesaria para que cualquier modificación normativa en materia de infertilidad tenga un impacto real. De lo contrario, la medida resultará insuficiente.

En consecuencia, **cualquier política en esta materia debe sustentarse en un enfoque de derechos humanos y autonomía reproductiva, y no en objetivos demográficos o pronatalistas: la prevención de la infertilidad debe ampliar las posibilidades de elección y bienestar reproductivo de las personas, no perseguir un incremento de la natalidad por mandato estatal.**

III. Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para abordar la infertilidad (2025)

La OMS ha señalado que prevenir, diagnosticar y tratar la infertilidad no es solo un imperativo médico, sino una forma de protección de los derechos humanos. Su directriz de 2025 –la primera directriz mundial de la OMS sobre esta materia– establece que la atención de la infertilidad es parte integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y se funda en los principios de equidad, rigor científico y respeto a los derechos humanos, en particular⁴:

- El derecho a decidir el número, el momento y el espaciamiento de los hijos.
- La no discriminación en el acceso a los servicios de fertilidad, sin estigma ni discriminación por raza, religión, nacionalidad o circunstancias individuales.
- La igualdad de género, reconociendo que las mujeres suelen cargar de manera desproporcionada con las consecuencias sociales de la infertilidad y con la culpa asociada a ella, por lo que las políticas públicas deben promover activamente la igualdad de género.

Asimismo, la OMS establece que toda política pública sobre infertilidad debe aspirar a:

- Cobertura Sanitaria Universal (CSU): integrar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad en los servicios de salud sexual y reproductiva y en los sistemas de salud en general.
- Atención Primaria de Salud (APS): garantizar que intervenciones básicas –como la educación sobre fertilidad– estén disponibles en este nivel, para mejorar la cobertura del servicio.
- Igualdad de género: considerar también el factor masculino de la infertilidad.
- Acceso equitativo: eliminar barreras como el alto costo de los tratamientos.
- Protección financiera: asegurar que la atención se preste sin comprometer la protección financiera del paciente.

⁴ World Health Organization. (2025). Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. <https://iris.who.int/>

IV. El respeto a la autonomía reproductiva de las personas en las políticas públicas de infertilidad como protección a la vida privada

En el Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica (2012), la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció que el derecho a la vida privada (Art. 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos) incluye la autonomía reproductiva y el derecho a decidir utilizar técnicas de reproducción asistida. La autonomía reproductiva de las mujeres, tal como señala la Corte, no funciona como un interés aislado en una política pública, sino funciona como el punto de partida que determina si una medida estatal es legítima.

Asimismo lo establece la Constitución Chilena, en el artículo 1° inciso cuarto: **“el Estado está al servicio de la persona humana y debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece”**, y el artículo 5° inciso segundo de consagrando que **“el ejercicio de la soberanía estatal reconoce como límite el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, y que es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados tanto por la Constitución como por los tratados internacionales ratificados por Chile y vigentes”**.

Por tanto, la decisión reproductiva no es una preferencia que el Estado puede administrar discrecionalmente, al contrario, debe configurarse siempre como ejercicio de libertad y autodeterminación –la posibilidad de todo ser humano de escoger libremente las opciones que dan sentido a su propia existencia, conforme a sus propias convicciones-. El ejercicio efectivo del derecho a la autonomía es decisivo para que la persona pueda autodeterminarse sobre el curso de los eventos relevantes para su propia calidad de vida.

En resguardo de este derecho a la vida privada y a la autonomía de las personas con capacidad de gestar, cualquier política pública de infertilidad debe velar porque la atención debe estar centrada siempre en la persona, respetando su autonomía en cada etapa del proceso y por consiguiente, resguardando los siguientes principios:

- **Rechazo a la coerción por tendencias demográficas:** los cambios demográficos o el descenso de las tasas de fecundidad total “no deben utilizarse como base para restringir o coaccionar el acceso a la atención de la fertilidad y otros servicios reproductivos”. Las políticas públicas deben, en cambio, facilitar que las personas alcancen sus propias metas y preferencias de fecundidad, mediante un enfoque basado en derechos.
- **Derecho a decidir:** las políticas sobre infertilidad reafirman el derecho fundamental

de individuos y parejas a decidir libremente el número, el momento y el espaciamiento de sus hijos, con el objetivo de cerrar la brecha entre la fecundidad deseada y la real.

- **Atención centrada en la persona:** escuchar a los individuos, respetar sus preferencias y basar las decisiones de tratamiento en sus valores personales.
- **Alivianar la presión social sobre las mujeres:** las mujeres enfrentan con frecuencia una culpa desproporcionada por la infertilidad, así como estigma y consecuencias sociales derivadas de normas de género.
- **Toma de decisiones colaborativa:** las decisiones sobre tratamiento deben basarse en los beneficios, los riesgos y, crucialmente, en los valores y preferencias de la paciente.
- **Consentimiento informado:** todo tratamiento debe administrarse sólo tras obtener el consentimiento informado de la paciente, sobre la base de información transparente sobre las expectativas del procedimiento.
- **Entorno no enjuiciador:** los equipos de salud deben adoptar un enfoque empático y libre de juicios al tomar la historia clínica o realizar exámenes físicos.
- **Privacidad y confidencialidad:** debe garantizarse un entorno privado que permita a las personas exponer sus inquietudes con libertad.
- **Apoyo psicosocial:** debe escucharse a individuos y parejas, respetar sus preferencias y ofrecer apoyo psicológico o social cuando lo requieran.

V. Observaciones al Boletín 16.708-11 que modifica el Código Sanitario

Se valora y respalda la iniciativa del proyecto que otorgar a matronas y matrones, profesionales con un papel histórico y reconocido en la atención integral de la salud sexual y reproductiva en Chile, desempeñándose en distintos niveles y contextos de atención en salud, esta facultad en la prevención y detección temprana de la infertilidad. Esta incluye la promoción de la salud, la educación, la prevención, la detección temprana de condiciones como la endometriosis o el síndrome de ovario poliquístico, la pesquisa y el tratamiento oportuno de infecciones de transmisión sexual que pueden comprometer la fertilidad futura, y la orientación y derivación hacia servicios especializados.

Ampliar explícitamente las competencias de la matronería hacia la prevención de la infertilidad permitirá acercar estas prestaciones a toda la población, contribuyendo a que las personas ejerzan su derecho a decidir con información oportuna y de calidad. Reconocer la infertilidad como parte de las competencias de la atención primaria de salud es, también, reconocer que la salud reproductiva no

termina en la anticoncepción, sino que abarca el ciclo completo del derecho a decidir, incluyendo el deseo y la posibilidad de concebir.

Desde este enfoque integral y de derechos, el Boletín N° 16.708-11 –proyecto de ley que modifica el artículo 117 del Código Sanitario para incorporar entre los servicios profesionales de las matronas la atención de la fertilidad e infertilidad– habilita además la indicación de exámenes preventivos, como la hormona antimülleriana (AMH), marcador utilizado para evaluar la reserva ovárica, mediante un protocolo específico.

VI. Observaciones al Boletín N° 16.709-11, que modifica la Ley N° 20.418

Este proyecto se alinea con la recomendación de la OMS de proporcionar información sobre fertilidad e infertilidad a la población general para mejorar la conciencia y la planificación reproductiva.

La prevención se enfoca en el empoderamiento a través del conocimiento y en la reducción de riesgos modificables a través de:

- Provisión de información sobre fertilidad e infertilidad a la población en edad reproductiva, para mejorar la conciencia y la planificación reproductiva.
- Reducción de riesgos por comorbilidades, en particular:
 - Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS): es buena práctica informar rutinariamente sobre el riesgo de infertilidad derivado de ITS no tratadas, y fomentar la búsqueda de atención médica inmediata ante cualquier síntoma.
 - Asesoramiento sobre estilo de vida: orientación sobre estilos de vida que inciden en la fertilidad.

VII. Resguardos necesarios en ambos proyectos de ley, desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos

Finalmente, para que esta legislación sea efectiva y respetuosa de los derechos de las personas, el debate debe prevenir los siguientes riesgos:

- **Evitar la coerción demográfica:** las políticas de información no deben utilizarse para presionar el acceso a servicios o inducir decisiones reproductivas en función de tendencias demográficas o descensos en la tasa de natalidad. El derecho a la informa-

ción debe servir para que las personas alcancen sus propias metas de fecundidad, no las del Estado.

- **Respeto absoluto a la autonomía de la mujer:** la atención debe centrarse en la persona, escuchar sus preferencias y basar las decisiones en sus convicciones individuales. La educación y la orientación no deben transformarse en juicios sobre el estilo de vida ni en presión para “no postergar” la maternidad, sin considerar el proyecto de vida de cada persona.
- **Inclusión explícita del factor masculino:** existe el riesgo de que la ley, al insertarse en normas de “regulación de la fertilidad” –tradicionalmente enfocadas en la mujer– perpetúe el estigma y la culpa desproporcionada hacia las mujeres. La OMS destaca que el factor masculino contribuye, total o parcialmente, al 45,1% de los casos de infertilidad. Por ello, la educación y la prevención deben dirigirse explícitamente también a los hombres.
- **Calidad y rigor de la información:** la ley debe garantizar que la información entregada se base en evidencia científica y provenga de fuentes confiables, para mitigar el riesgo de desinformación o de marketing de intervenciones no probadas.
- **Recursos y formación continua:** deben asegurarse recursos suficientes y formación permanente para los profesionales de la salud que asumirán estas funciones, garantizando una implementación transversal, equitativa y coherente en todos los establecimientos de salud del país.
- **Acceso equitativo a prestaciones integrales de salud:** resulta imperativo que el Estado garantice no solo el tratamiento de la infertilidad, sino también el acceso equitativo a un conjunto integral de prestaciones de salud vinculadas, integrándolas efectivamente en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS).