

Informe legislativo: 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°16.708-11)

**Informe legislativo
aprobado por
el Consejo del
Instituto Nacional
de Derechos
Humanos, en
Sesión Ordinaria
N°913 de 27 de julio
de 2026.**

PRESENTACIÓN

El presente informe analiza el 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. La iniciativa, actualmente en segundo trámite constitucional ante la Cámara de Diputados y Diputados, tiene como objetivo actualizar nuestra normativa de salud en materias de infertilidad y sobre todo su prevención. En ese contexto, identifica que, si bien parte importante de las medidas son de iniciativa exclusiva del ejecutivo, es posible realizar algunas mejoras a través de mociones parlamentarias. De este modo, el Proyecto propone agregar a los servicios profesionales de matronas, quienes se encargan mayoritariamente en la salud pública de la atención de salud sexual y reproductiva, la prevención de la infertilidad en edades tempranas. Asimismo, que un protocolo establezca la recomendación de un examen de hormona antimülleriana, en adelante AMH, un marcador que -señalan- es mundialmente utilizado para evaluar la reserva ovárica de la mujer y, por tanto, valorar su estado de la fertilidad en un momento determinado.

El informe se estructura en cinco apartados. En primer lugar, se exponen los antecedentes del proyecto, incluyendo su origen, autoría y estado de tramitación. En segundo lugar, se describe su contenido normativo. En tercer lugar, se de-

sarrollan los antecedentes normativos relevantes, tanto en el plano constitucional y legal interno como en el de los estándares internacionales aplicables, con especial referencia al SUDH y al SIDH. En cuarto lugar, se expone el análisis del INDH sobre la iniciativa, identificando sus fortalezas y los aspectos que requieren perfeccionamiento. Finalmente, se formulan las recomendaciones del INDH para el segundo trámite constitucional.

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley fue presentado mediante moción parlamentaria el 03 de abril de 2024. Sus autoras son las Senadoras Paulina Núñez Urrutia y Ximena Órdenes Neira, y los Senadores Juan Luis Castro González, Sergio Gahona Salazar y Javier Macaya Danús.

Inició su tramitación en el Senado y fue aprobado por la Comisión de Salud. Actualmente está en segundo trámite constitucional y deberá ser analizado en la Comisión Salud de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Acerca de su contenido, el proyecto de ley en referencia tiene como objetivo actualizar la normativa de salud actualmente vigente, específicamente en materias de infertilidad y sobre todo su prevención. En efecto, la iniciativa parlamentaria identifica que la regulación que actualmente rige estas materias, no contempla medios de información a las mujeres sobre la infertilidad y qué hacer para la prevención de la misma. En ese contexto, se proponen dos modificaciones concretas. La primera es que, entre los servicios profesionales de las matronas, regulados en el artículo 117 del Código Sanitario, se incluyan la atención y actividades vinculadas a la fertilidad e infertilidad. La segunda es que, tanto matronas como otros profesionales especialistas en medicina ginecología puedan indicar, en caso de infertilidad, exámenes preventivos que serán establecidos por un protocolo.

Los fundamentos del boletín residen en la disminución de la natalidad en Chile y sus implicancias. Asimismo, identifica que en Chile las mujeres y las familias en general están postergando su planificación familiar, por lo que es importante que se visibilice la infertilidad como tal, con el objeto de que, quienes deseen planificar su primer hijo o hija a cualquier edad puedan hacerlo con conocimiento acabado, ya que también es posible ser infértil por diferentes motivos y existen formas de prevenirlo. De esta forma, el proyecto busca –dentro de los márgenes de acción constitucional– promover la información sobre la infertilidad y su forma de prevenirla.

El proyecto es una iniciativa gemela del Boletín N°16.709-11, presentado por los mismos parlamentarios en la misma fecha, que persigue idéntico propósito -visibilizar la infertilidad y promover su prevención- mediante la modificación de la Ley N°20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.¹ Ambas iniciativas comparten fundamento fáctico y normativo y debieran ser leídas de manera conjunta por el legislador; el presente informe se centra en el Boletín N°16.708-11 por ser aquel actualmente en tramitación ante la Cámara de Diputadas y Diputados, sin perjuicio de que las consideraciones de fondo expuestas en los apartados III al V resultan igualmente aplicables al Boletín N°16.709-11.

II. CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto dispone una adecuación al Código Sanitario, aprobado por el Decreto con Fuerza de Ley N°725, de 1967, del Ministerio de Salud. Al efecto, el texto cuenta con un artículo único que agrega una frase a los incisos primero y tercero del artículo 117 y que agrega un inciso final al mismo artículo.

El contenido actual del artículo 117 del Código Sanitario - que forma parte del Libro V que regula el ejercicio de la medicina y profesiones afines- dispone:

“Los servicios profesionales de la matrona comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido, como, asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

En la asistencia de partos, sólo podrán intervenir mediante maniobras en que se apliquen técnicas manuales y practicar aquellos procedimientos que signifiquen atención inmediata de la parturienta.

1. Senado de Chile. Moción de los Honorables Senadores señoras Núñez y Órdenes, y señores Castro González, Gahona y Macaya, Boletín N°16.709-11, que modifica 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, ingresada el 3 de abril de 2024.

Podrán indicar, usar y prescribir sólo aquellos medicamentos que el reglamento clasifique como necesarios para la atención de partos normales y, en relación con la planificación familiar y la regulación de la fertilidad, prescribir métodos anticonceptivos, tanto hormonales -incluyendo anticonceptivos de emergencia- como no hormonales, y desarrollar procedimientos anticonceptivos que no impliquen uso de técnicas quirúrgicas, todo ello en conformidad a la ley N° 20.418”.

De este modo, las modificaciones a los incisos 1° y 3° del artículo 117, incluyen y explicitan la información y atención que deben prestar las matronas en materias de fertilidad e infertilidad.

Por otro lado, el Proyecto propone agregar un inciso final en el sucesivo tenor:

“En particular, podrán indicar para el caso de infertilidad, exámenes preventivos que serán establecidos por un protocolo. Lo mismo corresponderá indicar a todo profesional especialista en medicina ginecobstetricia”.

De este modo, se agrega al fin informativo una medida preventiva, correspondiente a la facultad que tendrán tanto matronas como otros profesionales especialistas en medicina ginecobstetricia para indicar, en caso de infertilidad, exámenes preventivos.

La iniciativa no dispone artículos transitorios y no cuenta con informe financiero.

I. ANTECEDENTES NORMATIVOS

B. Regulación Constitucional y legal

La iniciativa en análisis se vincula directamente con la autonomía reproductiva y el derecho a la salud. Ambos tienen anclaje directo en la Constitución Política y se vinculan con diversos derechos y garantías reconocidos en la Carta Fundamental, por lo que resulta pertinente identificar el marco constitucional que servirá de referencia para el análisis desarrollado en los capítulos siguientes.

En primer término, la iniciativa se vincula con el **derecho a la libertad y la dignidad reconocido a todas las personas, según lo dispuesto en el artículo 1 inciso primero de la Constitución**. Al disponer que las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, la Carta Fundante reconoce a la persona como un fin en sí misma y como

titular de un ámbito de autodeterminación. Las decisiones sobre la propia vida reproductiva integran el núcleo de esa libertad y de esa dignidad, sin perjuicio del deber de ajustarse a la normativa vigente. En consecuencia, las políticas públicas no pueden tratar a las personas como instrumento de objetivos colectivos -demográficos o de otra índole-, sino que debe habilitarlas como sujetos con capacidad para decidir. La iniciativa legal se vincula a este derecho, en tanto otorga- mediante el acceso a mayor información y medios vinculados a la infertilidad- un espacio mayor de libertad y decisión, en definitiva, un ejercicio más extenso de sus derechos reproductivos.

Asimismo, la iniciativa se relaciona con el **deber de protección de la familia y el bien común, contemplados en el artículo 1 incisos cuarto y final de la Constitución Política de la República**. El Estado está al servicio de la persona humana y debe promover el bien común, así como dar protección a la población y a la familia y propender al fortalecimiento de ésta. Estos deberes ofrecen sustento constitucional al objetivo de la iniciativa, pero entendidos de modo compatible con la libertad de las personas: el fortalecimiento de la familia se promueve creando condiciones que permitan a cada quien formar la familia que desee, en el momento que decida, y no mediante incentivos que presionen una determinada conducta reproductiva.

Ahora bien, en el ámbito de los derechos constitucionalmente reconocidos, el Proyecto de Ley está íntimamente relacionado con el **derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, reconocida en el artículo 19 N°1 de la Constitución**. Al respecto, se debe considerar que, según la OMS, la infertilidad es un trastorno del aparato reproductor que afecta, en algún momento de su vida, a aproximadamente una de cada seis personas en edad reproductiva en el mundo. Asimismo, la OMS ha reportado que la esterilidad conduce a mala salud mental –incluidas ansiedad y depresión– y a consecuencias sociales como problemas de pareja y estigma, afectando de forma desproporcionada a las mujeres². En ese contexto, la calidad de la información y de las prestaciones de salud incide directamente en este derecho.

Asimismo, la iniciativa parlamentaria se vincula con el **derecho al respeto y protección de la vida privada y de la honra de la persona y su familia, reconocido en el artículo 19 N°4 de la Constitución**, en la medida que, la decisión de tener o no descendencia, y de cuándo y cómo hacerlo, pertenece a la esfera más íntima de la vida privada, sin perjuicio de los límites legales establecidos. En este sentido, es

2. Organización Mundial de la Salud. (2025). Directriz para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad: Resumen de las recomendaciones. <https://doi.org/10.2471/B09633>

posible sostener que este precepto normativo es la sede constitucional natural de la autonomía reproductiva.

El proyecto se relaciona, además, con **el principio de igualdad entre hombres y mujeres ante la ley, consagrado en el artículo 19 N°2 de la Carta Magna**. La Constitución prohíbe las diferencias arbitrarias y declara que hombres y mujeres son iguales ante la ley. Ello exige examinar que la regulación no recaiga de manera desbalanceada sobre las mujeres ni reproduzca estereotipos de género.

Finalmente, la iniciativa guarda relación con **el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 19 N°9 de la Constitución**. La iniciativa legal se vincula directamente con el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de las personas, específicamente, de las mujeres. En ese contexto, es deber del Estado proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de las personas.

En el plano legal interno, la Ley N°20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, constituye el marco normativo más directamente vinculado al boletín N°16.709-11. Dicha ley reconoce el derecho de toda persona a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial; el derecho a elegir libremente los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina autorizados; y el derecho a la confidencialidad y privacidad respecto de las opciones y conductas sexuales, así como de los métodos y terapias elegidos para la regulación o planificación de la vida sexual.

Por su parte, la Ley N°20.584, sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, refuerza este estándar al reconocer derechos como el trato digno, la seguridad y calidad de la atención, la entrega de información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, la reserva de la información contenida en la ficha clínica y el consentimiento informado frente a tratamientos o procedimientos médicos. En consecuencia, cualquier regulación sobre exámenes preventivos, orientación o derivación en materia de infertilidad debe asegurar información técnicamente adecuada, comprensible, no coercitiva, confidencial y basada en evidencia científica.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 5°, inciso segundo, de la Constitución Política de la República, el ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los dere-

chos esenciales que emanan de la naturaleza humana, garantizados tanto por la Constitución como por los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. En consecuencia, la regulación constitucional antes descrita debe ser interpretada armónicamente con las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile, cuyo contenido se desarrolla a continuación.

B. Estándares internacionales de Derechos Humanos

Toda regulación dirigida a garantizar información y decisiones libres e informadas en materia de fertilidad e infertilidad debe enmarcarse en los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, sistematizados a continuación en el Sistema Universal y el Sistema Interamericano de protección. La infertilidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) como una enfermedad del sistema reproductivo consistente en la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas³. Según el informe de la OMS de 2023, aproximadamente una de cada seis personas en edad reproductiva a nivel mundial –el 17,8% en países de ingresos altos y el 16,5% en países de ingresos medios y bajos– experimenta infertilidad en algún momento de su vida, sin diferencias significativas entre regiones, lo que la OMS calificó como “un desafío de salud global” que “no discrimina”⁴. Estas cifras resultan directamente pertinentes para valorar la magnitud del problema que el proyecto en análisis busca abordar.

A partir de lo anterior, este apartado revisa los principales estándares internacionales de derechos humanos aplicables a los boletines N°16.708-11 y N°16.709-11, considerando especialmente el derecho a la salud sexual y reproductiva, la autonomía reproductiva, el acceso a información, la igualdad y no discriminación, y los estándares específicos sobre infertilidad desarrollados por organismos internacionales especializados.

3. 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). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

4. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). 1 in 6 people globally affected by infertility. Ginebra: OMS, 4 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

B.1. Sistema Universal de Derechos Humanos (SUDH)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁵, en su artículo 12, reconoce el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, y su artículo 10.2 dispone la protección especial a las madres antes y después del parto. El propio artículo 12.1 sitúa el acceso a la información y a los medios para actuar conforme a ella como condición básica de ese derecho. El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha precisado que el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar constituye una dimensión clave del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, cuyo ejercicio incide además en el goce de otros derechos, como la educación y el trabajo.⁶

En términos sustancialmente equivalentes se pronuncia, en el ámbito universal, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁷. En efecto, su artículo 12 obliga a eliminar la discriminación contra la mujer en el acceso a la atención médica, incluida la planificación familiar y su artículo 10 letra h) garantiza el acceso a información y asesoramiento específicos sobre planificación familiar. Asimismo, su artículo 16, párrafo 1 letra e), reconoce el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a disponer de la información, la educación y los medios para ejercer ese derecho -expresión convencional directa de la autonomía reproductiva, entendida doctrinalmente como la capacidad de las personas para determinar por sí mismas, de forma libre y responsable, lo que es mejor para su vida sexual y reproductiva⁸. Finalmente, su artículo 5 letra a), impone a los Estados modificar los patrones socioculturales y los roles estereotipados de hombres y mujeres, estándar pertinente en este caso para evitar que la prevención de la infertilidad recaiga, de forma exclusiva, sobre la mujer.

5. Ratificado por Chile el 10 de febrero de 1972

6. Naciones Unidas, Asamblea General. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 (2011), párrs. 44 y 48.

7. Ratificada por el Estado de Chile el 7 de diciembre de 1989.

8. López Hernández, H. y Pérez Ceballos, A. (2021). Derechos sexuales y reproductivos. Cuadernos Jurídicos de la Academia Judicial (CJAJ). Santiago: DER Ediciones. ISBN 978-956-405-009-6, p. 20.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)⁹, protege además el derecho a la vida (art. 6), la integridad física y psíquica (art. 7), la vida privada (art. 17), la protección de la familia (art. 23) y la igualdad y no discriminación (art. 26). El Comité de Derechos Humanos, en su Observación General N°36 (2018), sobre el derecho a la vida, precisó que la obligación de proteger la vida de las mujeres frente a los riesgos para su salud exige que los Estados garanticen a mujeres y hombres, y en particular a los adolescentes, el acceso a información y educación sobre las opciones reproductivas y a toda una serie de métodos anticonceptivos -estándar directamente pertinente para el proyecto en análisis, que amplía precisamente el acceso a la información sobre fertilidad e infertilidad. En materia de planificación familiar, la Observación General N°28 (2000) del mismo Comité precisó que exigir la autorización del cónyuge para la esterilización, o imponer requisitos generales para la esterilización de la mujer –como cierto número de hijos o cierta edad–, vulnera la igualdad entre hombres y mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos¹⁰.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General N°22 (2016), precisó que la salud sexual y reproductiva integra el derecho a la salud del artículo 12 del PIDESC, y desarrolló cuatro criterios que toda prestación en la materia debe satisfacer: disponibilidad, accesibilidad -física, económica y de la información, sin discriminación-, aceptabilidad cultural y calidad científica¹¹. Estos criterios estructuran de manera directa varias de las observaciones formuladas en el apartado IV: la base científica del protocolo, el acceso igualitario y el énfasis en la decisión informada. De manera directamente pertinente para el proyecto en análisis, el Comité precisó además que, dentro de la obligación de cumplir, los Estados deben asegurar el acceso universal y sin discriminación a “la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infecundidad” como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad.

En el mismo sentido, el Comité CEDAW, en su Recomendación General N° 24 (1999), exige a los Estados garantizar el acceso oportuno a los servicios relacionados con la planificación familiar y, en general, con la salud sexual y reproductiva, prestando

9. Instrumento de ratificación del Estado de Chile depositado el 10 de febrero de 1972.

10. Comité de Derechos Humanos. (2000). Observación general N° 28, sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3), párr. 20.

11. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR]. (2016). Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/22, párrs. 11 a 21.

particular atención a la educación en salud de los adolescentes, incluidas la información y el asesoramiento sobre todos los métodos de planificación familiar,¹² y eliminar todas las barreras al acceso de las mujeres a los servicios de salud, la educación y la información en este ámbito.¹³ Su Recomendación General N°19 (1992) exige, además, medidas para impedir la coacción respecto de la fecundidad y la reproducción, de modo que las personas no se vean obligadas a recurrir a procedimientos médicos riesgosos por falta de servicios apropiados de planificación familiar¹⁴. Las Observaciones Finales del Comité al Octavo Informe Periódico de Chile reiteran la necesidad de garantizar ese acceso sin discriminación, marco en el que se inscriben las presentes observaciones.¹⁵

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Chile el 13 de agosto de 1990, resulta especialmente pertinente para las personas adolescentes.¹⁶ El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N°4 (2003), sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, señaló que los Estados deben facilitarles acceso a información sexual y reproductiva –incluidas la planificación familiar y los anticonceptivos–, con independencia de su estado civil y sin necesidad del consentimiento de sus padres o tutores.¹⁷

Por su parte, la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refuerza la adopción de una mirada interseccional que reconozca que el acceso a la información sobre infertilidad y salud reproductiva no impacta de la misma manera a toda la población, sino que ciertos grupos -como las mujeres y niñas con discapacidad- enfrentan barreras adicionales y específicas que el legislador debe considerar. Al respecto, la citada Convención reconoce en su artículo 6 que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y que los

12. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [Comité CEDAW]. (1999). Recomendación general N° 24, sobre el artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud), párr. 23.

13. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [Comité CEDAW]. (1999). Recomendación general N° 24, cit., párr. 31.b).

14. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [Comité CEDAW]. (1992). Recomendación general N° 19, sobre la violencia contra la mujer, párr. 22.

15. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2024). Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Chile, CEDAW/C/CHL/CO/8, 15 de octubre de 2024.

16. Ratificada por el Estado de Chile el 13 de agosto de 1990.

17. Comité de los Derechos del Niño. (2003). Observación general N° 4, sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, párr. 28.

Estados deben adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

De manera adicional, esta Convención es relevante dado que reconoce derechos específicos en materia de fertilidad y reproducción que benefician directamente a las personas con discapacidad. Así, el artículo 23 N°1 dispone que los Estados deben tomar medidas efectivas para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia y las relaciones personales, reconociendo específicamente el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo entre nacimientos, así como a tener acceso a información y educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y los medios necesarios que les permitan ejercer estos derechos (letra b); así como el derecho de las personas con discapacidad a mantener su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás (letra c).

Por su parte, en materia de salud, el artículo 25 de la Convención establece que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, y que los Estados deben adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluyendo expresamente el ámbito de la salud sexual y reproductiva (letra a), junto con la exigencia a los profesionales de salud de otorgar una atención de igual calidad que al resto sobre la base de un consentimiento libre e informado (letra d).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha desarrollado el contenido del artículo 6 en su Observación General núm. 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, reiterando, con relación al artículo 12 del mismo instrumento, que la mujeres con discapacidad han de poder ejercer su capacidad jurídica tomando sus propias decisiones, con apoyo si lo desean, sobre la atención médica o el tratamiento terapéutico, incluidas las decisiones relativas a conservar su fertilidad y su autonomía reproductiva, ejercer su derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, dar su consentimiento y ejercer su derecho a establecer relaciones.¹⁸

18. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observación general N° 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 44.

En la misma Observación General núm. 3, en relación al derecho a la salud del artículo 25, ha relevado que las mujeres con discapacidad se enfrentan con obstáculos para acceder a los servicios de salud, entre los que cabe mencionar la falta de educación e información sobre salud y los derechos sexuales y reproductivos; las barreras físicas a los servicios de ginecología, obstetricia y oncología; y las barreras actitudinales respecto de la fecundidad y los tratamientos hormonales¹⁹. Este estándar resulta directamente pertinente para el proyecto en análisis, pues las barreras de acceso identificadas por el Comité son precisamente aquellas que la iniciativa legal debe evitar reproducir al implementar el examen preventivo y la atención derivada de él.

En base a lo anterior, el Comité ha sostenido que los Estados deben combatir la discriminación múltiple mediante la adopción de todas las medidas legislativas adecuadas para proteger a las mujeres con discapacidad contra la discriminación²⁰, así como todas las medidas pertinentes para asegurar el desarrollo y potenciación de las mujeres con discapacidad mediante la adopción de medidas de acción afirmativa con respecto a la salud sexual y los derechos reproductivos, en servicios o instalaciones públicas o privadas que sean plenamente accesibles²¹; junto a la adopción de medidas efectivas para que las mujeres puedan ejercer su capacidad jurídica y adoptar decisiones sobre su propia vida²².

A su vez, el artículo 8 de la Convención obliga a los Estados Partes a adoptar medidas inmediatas y efectivas para sensibilizar a la sociedad respecto de las personas con discapacidad y luchar contra los estereotipos y prácticas nocivas –incluidos los basados en el género– en todos los ámbitos de la vida, lo que resulta relevante en la medida en que la falta de información adecuada sobre infertilidad y salud reproductiva respecto de personas con discapacidad suele sustentarse en prejuicios sociales que niegan o minimizan su derecho a la sexualidad, a la reproducción y a la conformación de una familia.

19. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observación general N° 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 57.

20. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observación general N° 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 63 letra a).

21. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observación general N° 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 64 b).

22. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observación general N° 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 64 letra c).

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, 1994²³

El Programa de Acción de la CIPD marcó el tránsito desde políticas de población orientadas a metas demográficas hacia un enfoque centrado en los derechos y la autonomía de las personas. Definió la salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, con libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia²⁴ y los derechos reproductivos como el derecho básico de toda persona y pareja a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y los medios para ello, sin discriminación, coacción ni violencia²⁵. Su párrafo 7.16 recogió, además, el compromiso de los Estados de proveer acceso universal a una amplia gama de métodos de planificación familiar, reconociendo expresamente las necesidades específicas de los grupos vulnerables -estándar que refuerza la observación formulada en el apartado IV sobre la necesidad de garantizar el acceso igualitario a las prestaciones derivadas del proyecto.²⁶ De manera directamente pertinente para el proyecto en análisis, su párrafo 7.6 incluyó expresamente “la prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad” entre los componentes que la atención de la salud reproductiva debería abarcar en el nivel de atención primaria, situando esta materia, ya en 1994, dentro del contenido de la salud reproductiva acordado por consenso internacional.²⁷

Su párrafo 12.14 instruyó, además, dar prioridad a la investigación sobre la infertilidad y al desarrollo de métodos de regulación de la fecundidad para varones, con el fin de promover su participación y responsabilidad en esta materia. Este estándar,

23. Cabe hacer presente que este Programa de Acción, sin tener carácter vinculante, opera como un instrumento de orientación para el diseño de políticas públicas.

24. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párr. 7.2.

25. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párr. 7.3.

26. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párr. 7.16.

27. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párr. 7.6.

sentado en 1994, resulta hoy respaldado por evidencia empírica robusta: según estudios multicéntricos de la propia OMS, el factor masculino está presente en aproximadamente el 40% a 50% de todos los casos de infertilidad -ya sea como causa exclusiva o junto con un factor femenino-, de modo que una política de prevención centrada únicamente en la mujer deja fuera a una población importante vinculada al problema que el proyecto busca abordar. Este dato empírico fundamenta directamente la observación formulada en el apartado VII sobre la necesidad de un enfoque que incorpore al varón en la prevención de la infertilidad, y confirma que el estándar de El Cairo no es meramente programático, sino que responde a la distribución real de las causas de infertilidad.

B.2. Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH)

El derecho a la salud y a la vida privada se encuentra reconocido en el Sistema Interamericano en términos análogos a los del Sistema Universal. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)²⁸, protege la vida (art. 4), la integridad personal (art. 5), la libertad de pensamiento y expresión –de la que deriva el acceso a la información– (art. 13), la vida privada (art. 11), la protección de la familia (art. 17) y la igualdad ante la ley (art. 24). El artículo 10 del Protocolo Adicional a la CADH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador²⁹– reconoce el derecho a la salud como bien público, comprensivo de la salud sexual y reproductiva en los mismos términos desarrollados por el Sistema Universal.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Artavia Murillo y otros (“Fecundación in Vitro”) vs. Costa Rica* –sentencia de 28 de noviembre de 2012, referida a la prohibición de una técnica de reproducción asistida frente a un cuadro de infertilidad–, estableció que la autonomía reproductiva y el acceso a los servicios y tecnologías de salud reproductiva forman parte de los derechos a la vida privada y familiar y a la integridad personal, y que el Estado no puede imponer barreras

28. Ratificada por el Estado de Chile en 1990.

29. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [“Protocolo de San Salvador”], artículo 10. Ratificado por el Estado de Chile el 23 de marzo de 2022.

desproporcionadas a las decisiones reproductivas³⁰. La Corte calificó, además, la infertilidad como una “limitación funcional”, constatando que su desatención normativa puede generar una discriminación indirecta por razón de discapacidad, género y condición socioeconómica³¹. Esta calificación refuerza la pertinencia de que el Estado chileno regule expresamente la prevención de la infertilidad –como hace el proyecto en análisis– y respalda, en particular, la observación formulada en el apartado IV sobre la necesidad de asegurar el acceso igualitario a las prestaciones que de él deriven.

IV. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY

Conforme ha señalado el Instituto en su Informe Anual 2014, “el derecho a la salud de las mujeres en el ámbito sexual y reproductivo es vulnerado cuando se niega la orientación y los medios para el ejercicio informado y seguro de la sexualidad, para el ejercicio de la maternidad sin discriminación, y cuando se enfrentan malos tratos, abusos, o desinformación por parte de quienes están obligados a proteger y atender la salud de las mujeres y los procesos de gestación”.³² El Instituto Nacional de Derechos Humanos ha abordado la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Chile en Informes Anuales sobre la situación de los derechos humanos en el país, elaborados en cumplimiento del mandato que le confiere la Ley N° 20.405.³³

El INDH no registra pronunciamientos previos específicamente referidos a la prevención de la infertilidad. Su posición en esta materia se funda, por consiguiente, en la línea sostenida de manera constante en sus Informes Anuales y en el ejercicio de su mandato legal de promover la armonización de la legislación nacional con los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile: el derecho a la salud sexual y reproductiva -del cual la salud reproductiva y la fertilidad son una

30. Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH]. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in Vitro”) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257, párrs. 142 a 174.

31. Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros Vs. Costa Rica, cit., párrs. 285 a 287.

32. Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2014). Informe Anual 2014: Situación de los Derechos Humanos en Chile, capítulo ‘Derecho a la salud y maternidad’, p. 191.

33. Informe Anual 2014: Situación de los Derechos Humanos en Chile, capítulo ‘Derecho a la salud y maternidad’. Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2024). Informe Anual 2023: Situación de los Derechos Humanos en Chile, capítulo sobre garantía de derechos sociales de las mujeres.

dimensión- debe garantizarse en condiciones de autonomía, información completa y no discriminación, conforme a los estándares reseñados en el apartado III precedente.

En ese contexto, el Instituto Nacional de Derechos Humanos valora el proyecto contenido en el Boletín N°16.708-11 y reconoce su contribución a la salud sexual y reproductiva y al rol profesional de la matronería. Su virtud más relevante, desde los derechos humanos, es la ampliación de la autonomía reproductiva de las personas mediante mayor información y mayores posibilidades de elección. Las recomendaciones formuladas se ofrecen como un aporte técnico destinado a consolidar esa virtud y a que el beneficio alcance, en condiciones de igualdad, a todas las personas.

1. Explicitar los ejes de autonomía y decisión informada, protección de la salud y maternidad y paternidad responsables

El proyecto declara perseguir la prevención de la infertilidad en un contexto de descenso de la natalidad. Ahora bien, sin perjuicio del objetivo que se le atribuya -incentivar la natalidad o mejorar la información disponible para las personas-, el INDH advierte que la iniciativa produce efectos especialmente valiosos desde una perspectiva de derechos humanos: amplía la autonomía reproductiva de las personas, al entregarles más y mejor información sobre su fertilidad y al expandir el abanico de decisiones que pueden adoptar con conocimiento de causa, protege su salud reproductiva y favorece un ejercicio informado y corresponsable de la maternidad y paternidad.

Una persona mejor informada sobre su fertilidad puede decidir adelantar la maternidad o paternidad, postergarla, recurrir a tratamientos oportunos, o no tener hijos, con independencia de su estado civil y de la conformación de su familia. El papel que el derecho internacional asigna al Estado consiste precisamente en habilitar esa decisión libre e informada, no en orientarla hacia un resultado reproductivo predeterminado. A ello se agrega que la prevención de la infertilidad –trastorno del aparato reproductor, conforme a la OMS– constituye en sí misma una acción de protección de la salud en los términos del artículo 19 N°9 de la Constitución y del artículo 12 del PIDESC, y que la información oportuna es condición de un ejercicio responsable y compartido de la maternidad y la paternidad, conforme al artículo 16, párrafo 1 letra e), de la CEDAW y al párrafo 7.6 del Programa de Acción de El Cairo. Situado en estos ejes –y no en el de la meta demográfica–, el proyecto encuentra su fundamento más sólido y queda mejor blindado frente a eventuales objeciones, porque su legitimidad pasa a anclarse en la dignidad, la libertad y la salud de las

personas, en línea con el Programa de Acción de El Cairo, la Observación General N°22 del Comité DESC y la jurisprudencia de la Corte IDH reseñados en el apartado III. El INDH propone que la discusión legislativa en su segundo trámite adopte expresamente esta clave de lectura, y que las observaciones que siguen se entiendan orientadas a consolidar ese efecto.

2. Adoptar un enfoque integral que incorpore el factor masculino

Asimismo, y para efectos de fortalecer el objetivo que persigue este proyecto y hacerlo compatible con los estándares internacionales, se aconseja no circunscribir la regulación a la fertilidad femenina y ampliarla a las personas –mujeres y hombres– en general. El fundamento de esta propuesta descansa en un triple orden de razones: el sentido estricto de los derechos ya reseñados en el apartado III; los programas de acción internacionales allí citados; y las eventuales consecuencias indirectas de establecer este derecho únicamente para las mujeres.

En primer lugar, como ha expuesto la OMS, la infertilidad obedece a factores masculinos en una proporción relevante, de modo que una política que solo considere a la mujer capta apenas una parte del problema.³⁴ En segundo lugar, conforme se ha expuesto previamente, los estándares internacionales reconocen a todas las personas -sin distinción de sexo- el derecho a la planificación familiar. En este sentido, resulta relevante tener en consideración que el propio Programa de Acción de El Cairo instruyó dar “gran prioridad al desarrollo de nuevos métodos de regulación de la fecundidad para varones” y a las investigaciones sobre la infertilidad, precisamente para promover la participación y responsabilidad del hombre en esta materia.³⁵

En tercer lugar, y de manera especialmente relevante, circunscribir la prevención de la infertilidad a la mujer no es una opción normativamente neutra. Conforme ha señalado la propia OMS, “si bien la esterilidad puede estar causada por factores femeninos, masculinos o desconocidos, o por una combinación de estos, se suele culpar más a las mujeres y se tiende a desestimar los factores masculinos”.³⁶ Y esto

34. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). Directriz para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad, cit., p. 2.

35. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párr. 12.14, cit.

36. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). Directriz para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad, cit., p. 2.

no es inocuo: no solo impide abordar el problema en su completitud, sino que tiene el efecto de reforzar estereotipos que pueden atentar directamente contra las mujeres y su situación en la sociedad. De hecho, según informa el mismo organismo, un 36% de las mujeres con esterilidad sufre violencia por parte de su pareja cada año; asimismo, la esterilidad conduce a una mala salud mental -incluidas la ansiedad y la depresión-, a problemas en la pareja y a estigma social, lo que afecta de forma desproporcionada a las mujeres.³⁷ Una regulación que, como la propuesta, radica la responsabilidad preventiva únicamente en un profesional -la matrona o matró- cuya atención se concentra mayoritariamente en la salud de la mujer, corre el riesgo de reproducir precisamente la atribución desigual que la propia evidencia internacional identifica como parte del problema. Se sugiere, por ello, incorporar expresamente la corresponsabilidad y la dimensión de pareja en las acciones de prevención de la infertilidad, sin que ello excluya las decisiones reproductivas individuales ni las distintas formas de familia.

3. Asegurar la calidad y la base científica del protocolo

Se estima adecuado que la determinación del examen preventivo de infertilidad se vincule a un protocolo del Ministerio de Salud basado en la mejor evidencia disponible y acompañado de consejería adecuada. En primer lugar, el criterio de calidad desarrollado por la Observación General N°22 exige que toda prestación de salud sexual y reproductiva tenga base empírica y esté científicamente actualizada,³⁸ exigencia que se proyecta también sobre el derecho a la integridad psíquica y física reconocido en el artículo 19 N° 1 de la Constitución.

En definitiva, mantener la definición técnica en sede reglamentaria, sujeta a evidencia y actualizable, resguarda tanto la credibilidad del proyecto como la integridad psíquica y física de las personas.

37. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). Directriz para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad, cit., p. 3.

38. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR]. (2016). Observación general núm. 22, cit., párr. 21.

4. Garantizar el acceso igualitario y la efectividad del derecho

Para que el efecto de autonomía sea real y no meramente formal, el reconocimiento de la facultad de indicar exámenes preventivos debe ir acompañado de resguardos que eviten que el beneficio dependa de la capacidad de pago.

En primer lugar, el artículo 19 N°9 de la Constitución protege el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, y el criterio de asequibilidad de la Observación General N°22 exige que los bienes y servicios esenciales se proporcionen sin costo o sobre la base del principio de igualdad, a fin de evitar que los gastos de salud representen una carga desproporcionada para las personas y las familias.³⁹ En segundo lugar, la propia Directriz de la OMS de 2025 constata que “la esterilidad no se incluye sistemáticamente en las políticas, los servicios y la financiación de la salud” y que, a menudo, “las personas incurren grandes gastos directos para acceder a servicios destinados a prevenir, diagnosticar o tratar la esterilidad”.⁴⁰ Durante la discusión en la Comisión de Salud del Senado, el propio Ministerio de Salud confirmó esta brecha a nivel nacional: el examen de hormona antimülleriana no cuenta con codificación consolidada en FONASA y el congelamiento de óvulos ante riesgo de infertilidad tampoco tiene cobertura, pese a tratarse de una prestación de alto costo.⁴¹

En tercer lugar, no atender esta brecha tiene consecuencias que se acumulan sobre las ya descritas en el N°2 precedente: si el beneficio queda reservado a quienes puedan costearlo, el proyecto no amplía la autonomía reproductiva de las personas en general, sino únicamente la de quienes ya cuentan con recursos, profundizando una desigualdad socioeconómica que se superpone a la desigualdad de género ya identificada por la evidencia internacional y que afecta con particular intensidad a quienes enfrentan barreras adicionales de acceso, como las mujeres rurales y las mujeres migrantes. El efecto sería, paradójicamente, contrario al propósito declarado del proyecto: en lugar de universalizar el acceso a la información y a la prevención,

39. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR]. (2016). Observación general núm. 22, cit., párr. 17.

40. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). Directriz para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad, cit., p. 3.

41. Comisión de Salud del Senado, Informe Boletín N° 16.708-11, cit., intervenciones del Honorable Senador señor Castro González y del Encargado de la Oficina de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, señor Rodrigo Neira, sobre codificación FONASA de la hormona antimülleriana y falta de cobertura del congelamiento de óvulos.

la iniciativa terminaría por reservarlas a un segmento reducido de la población. Se sugiere, por ello, prever la articulación de las nuevas atribuciones con la cobertura del sistema público, reconociendo los límites que impone la iniciativa exclusiva del Presidente de la República en materias con incidencia presupuestaria.

5. Incorporar la perspectiva de discapacidad en la implementación del proyecto

El desarrollo normativo reseñado en el apartado III.B.1 respecto de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad debe ser considerado para efectos de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas con discapacidad en condiciones de igualdad, accesibilidad y autonomía.

Específicamente, tratándose de mujeres y niñas con discapacidad, la Observación General N° 3 (2016) de su Comité evidencia que ellas enfrentan barreras específicas y adicionales -físicas, actitudinales y de información- para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los relacionados con la fertilidad y su prevención. En consecuencia, el INDH concluye que la sola ampliación de la información y de los servicios que el proyecto persigue no garantiza, por sí misma, que ese beneficio alcance en igualdad de condiciones a las mujeres y niñas con discapacidad, por lo que su implementación debe incorporar expresamente esta perspectiva, conforme a los artículos 6, 23 y 25 de dicha Convención.

V. RECOMENDACIONES DEL INDH AL PROYECTO DE LEY

En atención a lo expuesto, el Instituto Nacional de Derechos Humanos formula las siguientes recomendaciones al Honorable Congreso Nacional:

1. **Avanzar en la tramitación del proyecto de ley, reencuadrando su fundamentación en la autonomía reproductiva, la protección de la salud y la maternidad y la paternidad responsables.** El INDH valora positivamente la iniciativa y recomienda avanzar en su tramitación. Se recomienda, asimismo, que la fundamentación explicita que su finalidad es garantizar información y decisiones libres e informadas en materia de fertilidad e infertilidad, prevenir un trastorno del aparato reproductor que compromete la salud física y mental de las personas y favorecer un ejercicio responsable y compartido de la maternidad y la paternidad, en línea con el artículo 19

Nº9 de la Constitución, el Programa de Acción de El Cairo, la Observación General Nº22 del Comité DESC y el artículo 16.1.e) de la CEDAW.

2. **Incorporar un enfoque integral que incluya a los hombres en la prevención de la infertilidad.** Considerando que la infertilidad obedece a factores masculinos en una proporción relevante, y que circunscribir su prevención a la mujer reproduce una atribución desigual de responsabilidad que la propia OMS identifica como parte del problema -con efectos constatados en el estigma social, la salud mental y la exposición a violencia de pareja de las mujeres con esterilidad-, el INDH recomienda incorporar expresamente la corresponsabilidad y la dimensión de pareja en las acciones preventivas, siguiendo el párrafo 12.14 del Programa de Acción de El Cairo, haciendo extensiva las políticas de prevención de la infertilidad a los hombres y a todas las personas con capacidad de gestar.
3. **Sujetar el protocolo de exámenes preventivos a la mejor evidencia científica disponible.** El INDH recomienda que el protocolo a que remite el proyecto sea elaborado y actualizado por el Ministerio de Salud conforme a la mejor evidencia disponible y a directrices de sociedades científicas, evitando el tamizaje poblacional con marcadores de bajo valor predictivo que puedan inducir angustia o intervenciones innecesarias, conforme al estándar de calidad de la Observación General Nº22 del Comité DESC.
4. **Garantizar el acceso igualitario a las prestaciones derivadas del proyecto.** El INDH recomienda que la implementación del proyecto se articule con la cobertura del sistema público de salud, de modo que el examen preventivo y las eventuales prestaciones derivadas no queden supeditadas a la capacidad de pago de las personas, conforme al artículo 19 Nº9 de la Constitución, al artículo 12 de la CEDAW y al estándar de accesibilidad económica de la Observación General Nº22. Asimismo, y en atención a los estándares reseñados en el apartado III.B.1 sobre los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad, el INDH recomienda que dicha implementación remueva expresamente las barreras físicas, actitudinales y de información identificadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su Observación General Nº3 (2016), de modo que el acceso al examen preventivo y a la atención derivada de él sea efectivamente igualitario también para las mujeres y niñas con discapacidad, conforme a los artículos 6, 23 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

5. **Incorporar la perspectiva de discapacidad en la implementación y el protocolo del proyecto.** El INDH recomienda que el Ministerio de Salud, al elaborar el protocolo a que remite el proyecto y organizar la atención derivada de él, adopte medidas concretas de accesibilidad física, comunicacional y actitudinal para las personas con discapacidad, incluyendo medidas afirmativas para mujeres.