



KELLY ROXANA PORTALATINO ÁVALOS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**PROYECTO DE LEY PARA EL ACCESO
INTEGRAL A LAS TÉCNICAS DE
REPRODUCCIÓN HUMANA MEDICAMENTE
ASISTIDA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La Congresista de la República **KELLY ROXANA PORTALATINO AVALOS** integrante del Grupo Parlamentario Perú Libre, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y en concordancia con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

**"PROYECTO DE LEY PARA EL ACCESO INTEGRAL A LAS TÉCNICAS DE
REPRODUCCION HUMANA MEDICAMENTE ASISTIDA EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD"**

TITULO PRELIMINAR

Artículo I. Objeto de la Ley.

La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción humana médicamente asistida en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo II.- Finalidad de la ley

1. Garantizar la correcta aplicación de las técnicas de reproducción humana médicamente asistida para atender los problemas de infertilidad, así como salvaguardar los derechos reproductivos, respeto a la vida y la dignidad humana, incluidos los no nacidos.
2. Asegurar que los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida tengan como finalidad el contribuir con la procreación.

Artículo III. Ámbito de aplicación

La presente Ley es de aplicación general para todas las personas que padezcan de infertilidad diagnosticadas por un médico especialista y que requieran hacer uso de las técnicas de reproducción humana médicamente asistida en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS dentro del Sistema Nacional de Salud.

Artículo IV. Definiciones

Para efectos de comprensión de la presente ley se entiende por:

1. BENEFICIARIOS/BENEFICIARIAS: Usuarios/Usuarias que reciben gametos o embriones donados por parte de las IPRESS, en el marco de los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida.
2. CRIOPRESERVACIÓN: Procedimiento que consiste en la congelación de gametos o embriones, recuperados u obtenidos, para preservar la fertilidad o para realizar algún procedimiento de reproducción humana médicamente asistida.

3. **DONACIÓN:** Acto voluntario y altruista, de forma incondicional, por medio del cual una persona autoriza a una IPRESS que realice procedimientos a fin de que recabe sus gametos o embriones que serán entregados a favor de terceros beneficiarios, conforme a la presente ley. Para efectos de la presente ley, toda referencia a donación se entiende como acto de disposición, de conformidad con lo previsto en el Artículo 7° del Código Civil.
 4. **ESTIMULACIÓN OVÁRICA:** Procedimiento médico controlado que consiste en inducir una ovulación múltiple.
 5. **FECUNDACIÓN IN VITRO:** Procedimiento que consiste en la unión de óvulos y espermatozoides en el laboratorio, con la finalidad de obtener un número apto de embriones disponibles para ser transferidos a la cavidad uterina. Es considerada una técnica de reproducción humana médicamente asistida de alta complejidad.
 6. **GAMETOS HUMANOS:** Células reproductoras denominadas óvulos u ovocitos en el caso femenino y espermatozoides, en el caso masculino.
 7. **IMPLANTACIÓN EMBRIONARIA:** Proceso biológico que consiste en la adhesión del embrión al endometrio a fin de continuar su evolución.
 8. **INSEMINACIÓN INTRAUTERINA:** Procedimiento médico que consiste en introducir espermatozoides seleccionados al interior de la cavidad uterina, a fin de que se consiga la fecundación natural. Es considerada una técnica de reproducción humana médicamente asistida de baja complejidad.
 9. **INFERTILIDAD:** Enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas y sin uso de métodos anticonceptivos.
 10. **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS):** Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que realizan procedimientos de reproducción humana médicamente asistida y que pueden tener un banco de gametos y embriones, conforme a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1158.
 11. **PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD:** Medidas adoptadas en personas cuya fertilidad se vea amenazada por alguna otra condición (pacientes con endometriosis o que se vayan a someter a un tratamiento oncológico, entre otras).
 12. **PROCEDIMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA MÉDICAMENTE ASISTIDA:** El procedimiento se inicia una vez que se realice alguna de las técnicas de reproducción humana asistida.
 13. **RECUPERACIÓN DE GAMETOS:** Procedimientos médicos que consisten en la obtención de gametos femeninos y masculinos.
 14. **SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA:** Situación patológica que se dé en aquellas usuarias que responden de forma exagerada al procedimiento de estimulación ovárica.
 15. **TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA:** Procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para la obtención de un embarazo, los cuales pueden ser de baja o alta complejidad.
- Las técnicas de baja complejidad implican procedimientos en función de los cuales la unión de óvulo y espermatozoide se produce dentro del órgano reproductor femenino.
- Los procedimientos de alta complejidad consisten en la recuperación y selección de óvulos y espermatozoides de buena calidad, por medio del cual se lleva a cabo la fecundación, el cultivo y la selección de embriones. Estos procedimientos son efectuados por biólogos especialistas en un laboratorio de alta tecnología para su oportuna transferencia en la cavidad uterina.

16. TRANSFERENCIA EMBRIONARIA: Es el punto culminante de las diversas técnicas de reproducción humana médicamente asistida de alta complejidad, que consiste en el traslado de los embriones al interior de la cavidad uterina.
17. USUARIOS/USUARIAS: Persona o personas que solicitan el uso o aplicación de alguna técnica de reproducción humana asistida con fines procreacionales.

TÍTULO I

REPRODUCCIÓN HUMANA MÉDICAMENTE ASISTIDA

CAPÍTULO I

PERSONAS USUARIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 1. Condiciones para el uso o aplicación de las Técnicas de reproducción humana médicamente asistida.

1. Ser mayor de edad.
2. En caso de niños y adolescentes cuya fertilidad pudiera verse comprometida por alguna enfermedad o tratamiento agresivo, debe considerarse la preservación de sus gametos y/o tejidos reproductivos para que ellos puedan utilizarlos en el futuro. La preservación de la fertilidad de los niños y adolescentes deberá contar con la aprobación de una Junta Médica de la IPRESS donde es atendida junto con el consentimiento de sus padres y/o tutor legal.
3. La edad máxima de la mujer usuaria es de cincuenta (50) años de edad. Quien supere dicho límite, puede requerir a la Junta Médica de la IPRESS en donde es atendida para que evalúe, determine y autorice, de ser el caso, los procedimientos que le resulten aplicables y debidamente justificados.
4. Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia. A tales efectos, deberá gozar de buen estado de salud físico y mental, de conformidad con las exigencias de un protocolo normado en el reglamento de la presente Ley.
5. Brindar consentimiento previo e informado.

Artículo 2. Derechos de los/las usuarios/usuarias.

Los/las usuarios/usuarias tienen los siguientes derechos:

1. Tienen derecho a acceder a los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida en las IPRESS de acuerdo con su cobertura y según las condiciones que el reglamento establezca.
2. Tiene derecho a recibir información de manera clara, suficiente, veraz, accesible que permita al usuario tomar decisiones sobre su tratamiento.
3. A ser consultado y a ser respetado en la decisión que se adopte sobre el destino de sus gametos y embriones, dentro de los límites previstos en la presente ley.
4. A no ser discriminado en la prestación del servicio de reproducción humana médicamente asistida sin distinciones, privilegios ni preferencias.
5. A la protección de sus datos personales que deriven del procedimiento de técnicas de reproducción humana médicamente asistida.

Artículo 3. Consentimiento previo e informado

1. El consentimiento previo e informado sobre la aplicación de cualquier procedimiento de reproducción humana médicamente asistida es libre, consciente, voluntario y expreso por parte de los/las usuarios/usuarias. Este queda plasmado en

el documento que forma parte de su historia clínica.

2. El formulario del consentimiento informado indica la lengua originaria o el lenguaje utilizado por el/la usuario/usuario. En caso no pueda manifestar su consentimiento en el idioma castellano, cuenta con un/una intérprete.

Artículo 4. Revocación del consentimiento previo e informado

La revocación puede efectuarse hasta antes del inicio del procedimiento de reproducción humana médicamente asistida, la cual es formalizada inmediatamente después de producida la misma. Esta procede hasta antes de la inseminación intrauterina o transferencia embrionaria u otro procedimiento análogo aplicable en la usuaria conforme a lo establecido en la presente ley y su reglamento.

CAPITULO II **DISPOSICIÓN DE GAMETOS**

Artículo 5. Finalidad de la recuperación de gametos

La recuperación de gametos se realiza con fines de procreación y/o preservación de la fertilidad.

Artículo 6. Criopreservación de gametos Los gametos recuperados no utilizados en los procedimientos de la reproducción humana médicamente asistida son criopreservados. El/la titular manifiesta a través de un consentimiento informado su voluntad de utilizarlos para sí mismo, para donarlos a terceros con fines reproductivos, para investigación o desecharlos. En ningún caso, los gametos utilizados en investigación son utilizados y/o transferidos con fines de procreación.

Artículo 7. Pérdida de titularidad de gametos

Se pierde la titularidad de gametos según los siguientes supuestos:

1. Cuando sean donados con fines reproductivos o de investigación.
2. Cuando el/la usuario no manifieste interés expreso en el mantenimiento de su criopreservación de gametos dentro el plazo previsto en el Reglamento. La titularidad de los gametos lo asumirá la IPRESS donde se encuentren criopreservados y podrán ser destinados solo con fines de investigación, manteniendo las exigencias de confidencialidad y anonimato.

Artículo 8. Gametos Post Mortem

Fallecido uno de los miembros de la pareja, sus gametos pasaran a disposición final automáticamente. Salvo que haya una orden judicial que autorice su uso.

CAPITULO III **DONACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES**

Artículo 9. Donación de gametos La donación de gametos contiene los siguientes presupuestos:

La donación de gametos contiene los siguientes presupuestos:

1. Es altruista.
2. Es expresa y se formalizará por escrito entre las partes involucradas.
3. Es voluntaria.
4. Es anónima.
5. Los datos de identidad de los donantes constituyen información confidencial.
6. No genera vínculo filial con los/las donantes.
7. Es realizada a través de las IPRESS, conforme lo previsto en la presente ley.

8. La donación de gametos es limitada y el número máximo de descendientes que pudiera tener los/las donantes es seis (06).
9. Queda prohibida la comercialización de gametos.

Artículo 10. Condiciones personales de los donantes de gametos

Las condiciones personales de los donantes de gametos son las siguientes:

1. Ser mayor de edad.
2. Gozar de buen estado de salud físico y mental, mediante la conformidad del Protocolo Obligatorio, determinado en el Reglamento de la presente Ley.
3. Antes de formalizar la donación de gametos, es necesario el consentimiento previo e informado por parte de los donantes.
4. Son excluidos como donantes de gametos aquellas personas que hubieran generado seis descendientes producto de las donaciones y/o hayan superado el número límite de donaciones previsto en el Reglamento de la presente Ley.

Artículo 11. Derechos de los donantes de gametos

Los donantes de gametos tienen a recibir información sobre el acto de donar y las consecuencias previsibles de su decisión.

Artículo 12. Revocación de la donación de gametos

Los donantes de gametos pueden revocar su consentimiento solo si estos no han sido utilizados en un procedimiento de inseminación intrauterina o fecundación in vitro u otro procedimiento análogo y dicha información deberá ser depurada del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.

CAPÍTULO IV **DISPOSICIÓN DE EMBRIONES**

Artículo 13. Finalidad de la formación de embriones

La formación de embriones se realiza con fines de procreación.

Se prohíbe el uso o creación de embriones para fines de investigación, comercialización u otros fines contrarios al objeto de la presente ley.

Se prohíbe el uso de Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida para la formación de embriones destinados exclusivamente con fines de donación y/o venta a terceros.

Artículo 14. Criopreservación de embriones Los embriones excedentes de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida que no sean transferidos a la mujer en un ciclo reproductivo serán criopreservados con fines únicamente reproductivos.

Artículo 15. Titularidad de los embriones La titularidad de los embriones criopreservados en las IPRESS se determina de acuerdo con la voluntad procreacional y a través de un consentimiento informado que debe renovarse conforme al Reglamento de la presente Ley.

Los/las usuarios/usuarias consignan en el formulario del consentimiento previo e informado relativo a la aplicación de los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida el destino de sus embriones para uso de sí mismos o para donarlos a terceros en caso de contingencia.

Artículo 16. Pérdida de titularidad de embriones

1. Cuando sean donados con fines reproductivos.
2. No se manifieste voluntad expresa para su criopreservación, en un plazo que será

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

establecido en el Reglamento de la presente Ley, contabilizado desde la fecha en que fueron fecundados.

3. En caso se cumpla lo previsto en el numeral 2, las IPRESS donde se encuentren preservados los embriones asumen la titularidad de dichos embriones únicamente con fines procreacionales manteniendo las exigencias de confidencialidad y anonimato.

4. El profesional de salud puede transferir un máximo de dos embriones por ciclo en la usuaria beneficiaria. Para tal efecto, el reglamento establecerá las particularidades que se deben tener en cuenta.

Artículo 17. Embriones post mortem

Fallecido uno o dos miembros de la pareja, la disposición de los embriones queda sujeto a lo decidido mediante orden judicial.

CAPÍTULO V **DONACIÓN DE EMBRIONES**

Artículo 18. Donación de embriones

1. Es altruista.
2. Es expresa y se formalizará por escrito en el consentimiento informado
3. Es voluntaria.
4. Es anónima.
5. Es confidencial.
6. No genera vínculo filial con los donantes.
7. Es realizada a través de las IPRESS, conforme lo previsto en la presente ley.
8. En ningún caso, supone incentivo económico.
9. Queda prohibida la comercialización de embriones.

Artículo 19. Condiciones personales de los/las donantes de embriones

1. Ser mayor de edad.
2. Gozar de buen estado de salud físico y mental, que es determinado por el médico especialista, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio.
3. Antes de formalizar la donación de embriones, es necesario el consentimiento previo e informado por parte de los/las donantes.
4. Son excluidos como donantes de embriones aquellas personas que hubieran generado seis (06) descendientes producto de las donaciones.
5. A efectos de supervisar el límite previsto en el numeral 4, las IPRESS tienen la obligación de remitir la información de las donaciones de embriones al Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.

Artículo 20. Derechos de los/las donantes de embriones

A recibir información sobre el acto de donar y las consecuencias previsibles decisión.

Artículo 21. Revocación de la donación de embriones

La revocación de la donación de embriones procede antes de la transferencia de embriones a terceros y debe ser depurado del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.

Artículo 22. Condiciones personales de las receptoras de embriones La edad máxima de la mujer receptora de embriones donados es de 50 años.



TITULO II

FILIACIÓN DERIVADA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA MEDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 23. Principio para determinar la filiación El principio fundamental para determinar la filiación derivada de la reproducción humana médicamente asistida es la voluntad procreacional.

La voluntad procreacional es formal y está contenida en el formulario de consentimiento informado, y ello constituye un medio probatorio.

Los usuarios que consienten la aplicación de un procedimiento de reproducción humana médicamente asistida no pueden negar la relación filial con el concebido.

Artículo 24. Filiación de los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción humana médicamente asistida

1. Los futuros padres deberán suscribir previamente un acuerdo por conducto notarial, con la gestante a fin de ser declarados los padres legales en el certificado de nacimiento del recién nacido.

2. No se admitirá el reconocimiento por una demanda de filiación de paternidad entre la gestante y el recién nacido, cuando se haya suscrito un acuerdo contractual entre las partes por conducto notarial para someterse al procedimiento de reproducción humana médicamente asistida.

3. Excepcionalmente, en circunstancias que signifiquen un peligro para la vida o la salud de los descendientes nacidos mediante Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida, previo mandato judicial, podrá revelarse la identidad de los donantes, lo que no implica en ningún caso determinación legal de la filiación.

Artículo 25. Inimpugnabilidad de paternidad y maternidad

En los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida no puede invocarse alguna de las reglas contempladas en los Artículos 363°, 366° y 371° del Código Civil, para impugnar la paternidad y/o maternidad.

Artículo 26. Supuestos de inexistencia de vínculos filiatorios En el marco de la reproducción humana médicamente asistida, no existen vínculos filiatorios entre los/las nacidos/nacidas por la aplicación de los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida y los donantes de gametos y embriones.

Artículo 27. Filiación post mortem

La filiación post mortem solo procede cuando el material reproductor de la pareja fallecida o de un donante, se encuentre en el útero de la pareja superviviente en la fecha de la muerte de aquel o aquella, según sea el caso.

TITULO III

DE LAS IPRES, LA COBERTURA DE LOS TRATAMIENTOS EN REPRODUCCIÓN HUMANA MEDICAMENTE ASISTIDA Y EL REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE GAMETOS Y EMBRIONES

CAPITULO I

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PROFESIONALES DE SALUD

Artículo 28. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

Las IPRESS que realizan procedimientos de reproducción humana médicamente están obligados a estar suscritos al Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.

Artículo 29. Requisitos y condiciones de funcionamiento de una IPRESS Las IPRESS deben contar con la autorización y acreditación debida y además SUSALUD debe evaluar que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Contar con el equipamiento, los medios necesarios y los sistemas de saneamiento y control de riesgos para garantizar el cumplimiento de los principios y derechos reconocidos en la presente ley.
2. Contar con profesionales especializados, debidamente acreditados en temas de reproducción humana médicamente asistida.
3. Cumplir con los requisitos previstos en el Decreto Legislativo N° 1158 y su respectivo reglamento, así como los dispositivos pertinentes de carácter reglamentario que emita SUSALUD.

Artículo 30. Las IPRESS están obligadas a Remitir al Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones el número de donaciones de gametos y embriones efectuadas, y otras que sean contempladas en el reglamento de la presente ley, siempre que se garantice el principio de confidencialidad.

Artículo 31. Las IPRESS y los profesionales de la salud deben respetar los derechos y las obligaciones de las usuarias estipuladas en el artículo 2 ° de la presente ley.

Artículo 32. Obligaciones de las IPRESS y los profesionales de la salud frente a los/las donantes de gametos y embriones

Las obligaciones de las IPRESS y los profesionales de la salud frente a los/las donantes de gametos y embriones son las siguientes:

1. Solicitar y contrastar con el Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones información del/de la donante sobre el número de descendientes generados.
2. Brindar asistencia médica a la donante de ovocitos durante el tiempo que sea necesario para su restablecimiento.
3. Mantener el anonimato de los/las donantes de gametos y embriones, salvo las excepciones previstas en la ley.
4. Los gametos donados solo podrán ser fecundados siempre que exista un requerimiento previo por parte de un/una beneficiaria de algún procedimiento de reproducción humana médicamente asistida para sí.
5. Los procedimientos para la reproducción humana médicamente asistida solo podrán realizarse cuando no supongan riesgo grave para la donante.
6. Informar a los/las donantes el número de gametos y/o la concentración de la muestra seminal donada.
7. Desechar los gametos excedentes de los/las donantes que hayan generado seis descendientes, salvo para los fines de investigación consentidos.

CAPITULO II

COBERTURA DE LOS TRATAMIENTOS EN REPRODUCCIÓN HUMANA MÉDICAMENTE ASISTIDA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Artículo 33. De la cobertura Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas como son el Seguro integral de salud (SIS), el Seguro social de salud (ESSALUD), IAFAS militar y policial incorporan como prestación obligatoria el diagnóstico, tratamiento y medicamentos para que las parejas

infértiles puedan acceder a las técnicas en reproducción humana médicamente asistida.

Artículo 34. De los requisitos

Para acceder a la cobertura debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser peruano de nacimiento o acreditar la residencia peruana.
2. Ser usuario o beneficiario con diagnóstico de infertilidad emitida por un médico especialista.
3. Los usuarios y/o beneficiarios deberán estar casados o en unión de hecho de acuerdo con lo establecido en el artículo 326° del Código Civil.
4. La cobertura se extiende a los niños y/o adolescentes para preservación de fertilidad bajo indicación médica.
5. Para la cobertura de las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, la pareja deberá haber sido estudiada, tener criterios para este tipo de tratamientos y tasas de éxito razonables según los estándares internacionales, pudiendo haber ido sometida a las técnicas de reproducción asistida de baja complejidad.
6. Tendrán prioridad aquellas parejas que aún no hayan tenido hijos.

Artículo 35. Límites a la cobertura

1. La pareja únicamente podrá acceder a un máximo de tres intentos de técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad.
2. La pareja únicamente podrá acceder a un máximo de dos intentos para las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad en función de probabilidad de éxito o hasta agotar los embriones en diferentes transferencias.
3. En los casos en que las técnicas de reproducción humana asistida requieran de gametos o embriones donados, estos deberán provenir de los bancos de gametos o embriones debidamente inscritos en el Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.

CAPITULO III

REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE GAMETOS Y EMBRIONES

Artículo 36. Objeto del Registro Tiene por objeto administrar, custodiar y actualizar la información remitida por las IPRESS relativa al origen y al destino de los gametos y embriones donados, salvaguardando el principio de confidencialidad.

Artículo 37. Finalidad del Registro

1. Garantizar el cumplimiento del límite máximo de donaciones de gametos.
2. Garantizar la exclusión como donante de gametos y embriones a aquellas personas que hubieran generado 6 descendientes producto de la donación.

Artículo 38. Ente encargado del Registro

El Ministerio de Salud es la entidad encargada del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

Artículo 39. Contenido del Registro

El contenido de la información que remitan las IPRESS al Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones debe ser tipificado en el reglamento de la presente ley.

Artículo 40. Funciones del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.

1. Registrar y actualizar la información remitida por las IPRESS relativa al origen y al destino de los gametos y embriones donados.

2. Notificar con celeridad a las IPRESS los datos de las donantes de gametos y embriones cuando han llegado al número máximo de descendientes.
4. Responder con celeridad la información solicitada por las IPRESS sobre las/los posibles donantes de gametos y embriones.
5. Cruzar la información brindada por las IPRESS y con el RENIEC sobre los nacidos vivos de donaciones de gametos y/o embriones.
6. Remitir información requerida por orden judicial.

Artículo 41. Responsabilidades en la administración del Registro

El personal que tenga acceso al Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones conserva, con debida protección y confidencialidad, todas las referencias sobre la información relacionada con las personas involucradas en los procedimientos previstos en la presente ley, bajo responsabilidad administrativa y/o penal a que hubiere lugar.

Asimismo, los terceros que deliberada e ilegítimamente accedan al Registro incurren en responsabilidad penal en cualquiera de los tipos penales previstos en la Ley N° 30096, Ley de Delitos Informáticos, según corresponda, y sin perjuicio de otros tipos penales a que hubiere lugar.

TITULO IV **INFRACCIONES Y SANCIONES**

Artículo 42. Infracciones y sanciones

Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves, las cuales serán tipificadas en vía reglamentaria conforme a lo establecido en la presente ley y en el Numeral 4 del Artículo 230° de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

SUSALUD sanciona a los profesionales de la salud y a las IPRESS públicas, privadas y mixtas a nivel nacional por las acciones u omisiones contrarias a la presente ley, su reglamento y demás dispositivos complementarios y conexos, conforme a su potestad sancionadora, establecida mediante el Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

SUSALUD puede ordenar la implementación de una o más medidas correctivas y/o restitutivas con el objeto de corregir o revertir los efectos que la conducta infractora hubiera ocasionado o evitar que esta se produzca nuevamente.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley, en un plazo no menor de doscientos cuarenta (240) días hábiles, contados desde el día siguiente de su publicación.

Asimismo, se modificará, en un plazo no menor de doscientos cuarenta (240) días hábiles, el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA, de acuerdo con lo contemplado en la presente ley.

SEGUNDA. Implementación del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones

El Ministerio de Salud, en el plazo de noventa (90) días hábiles, computados a partir de la vigencia del reglamento de la presente ley, implementará el Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.



TERCERA. - Presupuesto

A fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley, se aplica y ejecuta con los recursos que el Presupuesto General de la República asigna para el Sector S d a través del Ministerio de Salud.

CUARTO. -Efectos de la revocación del Uso del Servicio de Técnicas de reproducción humana medicamente asistida.

Sin perjuicio de la revocación efectuada por los usuarios, la IPRESS del Sector privado pueden ejercer su derecho a exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los servicios efectuados.

La revocación de la donación de gametos y/o embriones procede antes de su utilización por parte de terceros. Si bien esta decisión no dará lugar a ningún tipo de indemnización, el/la revocante asumirá todos los gastos en los que haya incurrido la IPRESS del Sector Privado.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

PRIMERA. - Sobre los embriones criopreservados

La presente ley se aplica a los embriones actualmente criopreservados.

SEGUNDA. - Sobre la gestación subrogada

La presente ley no tiene alcances para la gestación subrogada.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS

PRIMERA. - Incorporación del Artículo 238°-A del Código Civil

Incorpórese el Artículo 238°-A del Código Civil, en los siguientes términos:

"Artículo 238-A.- Filiación civil

El uso de los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida es fuente de parentesco que vincula al concebido con aquellos que manifiesten su voluntad procreacional"

SEGUNDA. Incorporación de los Artículos 153-B, 153-C, 153-D Y 324 del Código Penal

"TITULO IV DELITOS CONTRA LA LIBERTAD (...)

CAPITULO I-A

Delitos relativos al uso indebido de las técnicas de reproducción humana medicamente asistida.

Artículo 153-B.- Fecundación ilegítima de óvulos humanos

1. El que fecunda óvulos humanos con finalidad diferente a la procreación humana es reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años.
2. Si el agente es profesional médico u otro profesional de las ciencias médicas, es reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de diez años.
3. En el supuesto previsto en el Numeral 2, el agente es además reprimido con inhabilitación conforme a los Numerales 1, 2 y 4 del Artículo 36° del Código Penal.

Artículo 153-C.- Inseminación artificial o transferencia embrionaria no consentida

1. El que realice algún procedimiento de reproducción humana médicamente asistida en una mujer, sin su consentimiento, es reprimido con pena privativa de

libertad, no menor de cuatro ni mayor de ocho años.

2. Si la víctima es una menor de entre catorce a dieciocho años de edad o sufre discapacidad física o mental y el agente se aprovecha de dicha condición, es reprimido con pena privativa de libertad no menor de ocho ni mayor de doce.
3. La pena privativa de libertad es no menor de diez, ni mayor de veinte a s si la conducta descrita en el numeral 1 se practica en una menor de catorce años o si se pone en grave riesgo la vida o salud de la víctima.
4. En los supuestos previstos en los Numerales 1, 2 y 3, el agente es además reprimido con inhabilitación conforme a los Numerales 1, 2 y 4 del Artículo 36° del Código Penal.

Artículo 153-D.- Comercio ilegal de gametos y embriones

1. Es reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho el que por lucro y sin observar la ley de la materia, compra, vende, importa, exporta y el que ilegalmente almacena o transporta gametos o embriones de personas o cadáveres.
2. La pena es no menor de seis ni mayor de diez años cuando el agente:
 - a. Utiliza los medios de prensa escritos o audiovisuales o base de datos o sistema o red de computadoras.
 - b. Es un profesional de la salud o funcionario o servidor público del sector salud.
 - c. Actúa en calidad de integrante de una organización criminal.
3. En el supuesto previsto en el Literal b) del Numeral 2), el agente es además reprimido con inhabilitación conforme a los Numerales 1, 2 y 4 del Artículo 36° Código Penal. "Delito de lucro de embriones y gametos crioconservados

Artículo 324-A.- El que compra, vende, importa o exporta embriones crioconservados por lucro y sin observación de la ley, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de tres ni mayor de seis años.

Cuando el agente es un profesional médico o sanitario o funcionario del sector salud, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años e inhabilitación conforme al artículo 36° del Código Penal.

TERCERA. Modificación de la Ley N° 26644, Precisan el goce del derecho de descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante y/o progenitora. LEY N°26644 Precisan el goce del derecho de descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante.

LEY N°26644

Precisan el goce del derecho de descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante.

"Artículo 1. - Precisase que es derecho de la trabajadora gestante gozar de 49 días de descanso prenatal y 49 días de descanso postnatal. El goce de descanso prenatal podrá ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado por el post natal, a decisión de la trabajadora gestante. Tal decisión deberá ser comunicada al empleador con una antelación no menor de dos meses a la fecha probable de parto. Los días de descanso prenatal y postnatal se consideran como días efectivamente laborados para efectos del cómputo de las utilidades.

El descanso postnatal se extiende por treinta (30) días naturales adicionales en los casos de nacimiento múltiple o nacimiento de niños con discapacidad. En este último caso, la discapacidad es acreditada con la presentación del correspondiente certificado otorgado por el profesional de salud debidamente autorizado."

"Artículo 2. - La comunicación a que se refiere el artículo precedente deberá estar acompañada del informe médico que certifique que la postergación del descanso pre-

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

natal no afectaría en modo alguno a la trabajadora gestante o al concebido. La postergación del descanso pre-natal no autoriza a la trabajadora gestante a variar o abstenerse del cumplimiento de sus labores habituales, salvo que medie acuerdo al respecto con el empleador.

"Artículo 4.- La trabajadora gestante tiene derecho a que el período de descanso vacacional por récord ya cumplido y aún pendiente de goce, se inicie a partir del día siguiente de vencido el descanso post-natal a que se refieren los artículos precedentes. Tal voluntad la deberá comunicar al empleador con una anticipación no menor de 15 días calendario al inicio del goce vacacional."

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

PRIMERA. Creación del Laboratorio Nacional de Genética Molecular Reproductiva

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud y otras instituciones del sector público pertinentes, dispone la implementación progresiva del *Laboratorio Nacional de Genética Molecular Reproductiva*, como centro de referencia para el análisis genético, la trazabilidad de gametos y embriones, y el diagnóstico de enfermedades hereditarias en el marco de los procedimientos de reproducción humana médicamente asistida.

Dicho laboratorio tendrá como funciones:

- Realizar estudios de compatibilidad genética y detección de enfermedades hereditarias previas a la implantación embrionaria.
- Garantizar la trazabilidad, seguridad e identidad genética de gametos y embriones en los procesos de fertilización asistida.
- Apoyar técnicamente el funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones.
- Brindar soporte científico y técnico a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas acreditadas para la prestación de técnicas de reproducción asistida.

El financiamiento para la implementación del laboratorio proviene de las partidas presupuestales del Ministerio de Salud, pudiendo gestionarse también cooperación técnica y financiera internacional.



Firmado digitalmente por:
PORTALATINO AVALOS Kelly
Roxana FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/09/2025 11:34:12-0500



Firmado digitalmente por:
CRUZ MAMANI Flavio FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/09/2025 12:36:32-0500

Lima, 28 de agosto de 2025



Firmado digitalmente por:
AGÜERO GUTIERREZ Maria
Antonietta FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/09/2025 12:13:53-0500



Firmado digitalmente por:
CRUZ MAMANI Flavio FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/09/2025 12:36:44-0500



Firmado digitalmente por:
MITA ALANOCA Isaac FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/09/2025 14:53:21-0500



Firmado digitalmente por:
TAIPE CORONADO Maria
Elizabeth FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/09/2025 12:17:58-0500



Firmado digitalmente por:
GONZA CASTILLO Américo
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 03/09/2025 18:07:48-0500

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES NORMATIVOS – MARCO JURIDICO

- Constitución Política del Perú (1993) Art. 7°, Art. 2°, incisos 1, 3 y 7
- Ley N.º 26842 – Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N.º 1161 – Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (MINSA).
- Resolución Ministerial N.º 465-2016/MINSA
- Código Civil del Perú
- Código Penal del Perú
- Ley N.º 30364 – Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.
- Decreto Supremo N.º 004-2014-SA - Aprueba la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Decreto Supremo N.º 002-2022-SA - Aprueba el Plan Multisectorial de Salud Sexual y Reproductiva 2022–2030
- Resolución Ministerial N.º 465-2016/MINSA - Aprueba la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- RM N.º 734-2021/MINSA, que prueba el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva
- Resolución Ministerial N.º 146-2022/MINSA - Aprueba la Norma Técnica de Salud para el Modelo de Atención Integral de Salud Materna

II. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

2.1. Análisis del Proyecto de Ley de Acceso Integral a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida

El **Proyecto de Ley para el Acceso Integral a las Técnicas de Reproducción Humana Médicamente Asistida en el Sistema Nacional de Salud** tiene como objetivo garantizar que todas las personas con problemas de infertilidad puedan acceder de manera integral a procedimientos de reproducción asistida¹ en el sistema de salud público del Perú². Esta iniciativa legislativa busca asegurar la correcta aplicación de estas técnicas para atender la infertilidad, **salvaguardando los derechos reproductivos y respetando la vida y la dignidad humana, incluidos los no nacidos**. A continuación, se presenta un análisis detallado de sus principales aspectos:

2.2. Derechos de las personas usuarias de reproducción asistida

La ley establece explícitamente una serie de **derechos** para los/las usuarios/as de técnicas de reproducción humana asistida, con el fin de proteger su autonomía, decisión informada y privacidad.

Entre los derechos garantizados destacan:

- **Acceso a los tratamientos:** El derecho a acceder a los procedimientos de reproducción asistida en las IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) conforme a la cobertura y condiciones que establezca el reglamento. En

¹ Ley Argentina 26.862 (2013).

² Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Infertilidad: una prioridad de salud pública mundial*. Recuperado de <https://www.who.int>

otras palabras, ninguna persona que cumpla los requisitos debería ser impedida de recibir estas terapias por parte del sistema de salud.

- **Información clara y veraz:** El derecho a recibir **información clara, suficiente, veraz y accesible** sobre las opciones de tratamiento, permitiendo a los usuarios tomar decisiones plenamente informadas. Esto implica que los profesionales deben explicar los procedimientos, riesgos y probabilidades de éxito en un lenguaje comprensible.
- **Decisión sobre sus gametos y embriones:** El derecho a ser consultado y **respetado en las decisiones sobre el destino de sus gametos y embriones**, dentro de los límites de la ley. Este punto refuerza la **autonomía reproductiva**: por ejemplo, la pareja puede decidir si criopreservar embriones o gametos, donarlos para reproducción o investigación, o descartarlos, conforme a las opciones permitidas (siempre con consentimiento informado). La ley exige que cualquier uso de gametos o embriones cuente con la autorización de sus titulares, salvo supuestos muy específicos (como el destino post mortem, analizado más adelante).
- **No discriminación:** El derecho a no ser **discriminado en la prestación del servicio** de reproducción asistida, sin distinciones, privilegios ni preferencias. Esto asegura la igualdad de trato, prohibiendo negar o retrasar la atención por motivos de género, estado civil, orientación sexual, situación económica u otros.
- **Protección de la privacidad y datos personales:** El derecho a la protección de los datos personales derivados del procedimiento. La información de salud reproductiva de los pacientes es sensible, por lo que la ley garantiza su **confidencialidad**³. En concordancia, se establecen medidas estrictas: los datos de identidad de donantes son confidenciales, el registro nacional manejará la información con reserva, y acceder ilegítimamente a esa data conllevará responsabilidades penales por delitos informáticos. De este modo, se resguarda la **privacidad** de usuarios y donantes.

Para concretar la protección de la autonomía, el proyecto dedica artículos específicos al **consentimiento informado**. Dispone que todo procedimiento requerirá un consentimiento libre, consciente, voluntario y expreso por parte de los usuarios, documentado en la historia clínica. Además, **prevé la revocación del consentimiento**: la persona puede retirarlo en cualquier momento **antes de iniciarse el procedimiento** (es decir, **hasta antes de la inseminación intrauterina o la transferencia embrionaria**) sin penalidad. Esto significa que, incluso habiendo dado consentimiento previamente, el usuario mantiene su autonomía para desistir antes de realizarse efectivamente la técnica (por ejemplo, puede cancelar un ciclo de fertilización in vitro antes de la transferencia de embriones al útero). Cabe señalar que si la revocación ocurre en clínicas privadas luego de haberse realizado prestaciones previas, estas podrán cobrar por los servicios ya efectuados, pero sin

³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). (2016). *Observación General N.º 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva*. Naciones Unidas.

continuar el tratamiento. En suma, la ley coloca al **consentimiento previo e informado** como pilar central, garantizando que las decisiones reproductivas se tomen libremente y con pleno conocimiento de causa.

2.3. Técnicas de reproducción asistida: procedimientos de baja y alta complejidad

El proyecto de ley define qué procedimientos se consideran **Técnicas de Reproducción Humana Médicamente Asistida (TRHA)** y distingue entre técnicas de **baja complejidad** y **alta complejidad**⁴, dada su diferente naturaleza y requerimientos tecnológicos. En términos generales, **son técnicas que implican la manipulación de gametos (óvulos y espermatozoides) o embriones humanos con la finalidad de lograr un embarazo.**

A continuación, se explica cada categoría y se mencionan ejemplos:

A) Técnicas de baja complejidad.

Son aquellos procedimientos en los cuales **la unión del óvulo y el espermatozoide ocurre dentro del cuerpo de la mujer**. Es decir, se facilita la fecundación *in vivo*. La ley señala como ejemplo principal la **inseminación intrauterina (IIU)**, que consiste en la introducción de espermatozoides previamente capacitados directamente en la cavidad uterina para lograr una fecundación de manera natural dentro del útero. La inseminación intrauterina es explícitamente calificada por la norma como técnica de baja complejidad. Otras variantes de baja complejidad (aunque no detalladas en el texto) pueden incluir la inducción de ovulación con coito programado; sin embargo, la IIU es la más representativa. Estas técnicas suelen requerir menor intervención tecnológica: por ejemplo, no implican fertilización en laboratorio ni manejo de embriones fuera del cuerpo.

B) Técnicas de alta complejidad.

Comprenden procedimientos más sofisticados en los que **la fecundación del óvulo ocurre fuera del cuerpo**, en un ambiente de laboratorio, con manipulación directa de gametos y embriones. La ley las describe como procesos que implican la **recuperación de óvulos y espermatozoides de buena calidad**, la fecundación en laboratorio, el cultivo de los embriones resultantes y la posterior **selección y transferencia de embriones al útero**. Estas etapas requieren tecnología avanzada y personal altamente especializado (biólogos, embriólogos, etc.). El ejemplo paradigmático es la **fertilización in vitro (FIV)**, definida como la unión de óvulos y espermatozoides en el laboratorio para obtener embriones aptos que luego se transferirán a la cavidad uterina. La FIV (con o sin técnicas complementarias como ICSI –inyección intracitoplasmática de espermatozoide–) es expresamente considerada una técnica de alta complejidad por la norma. Otra fase integrante de estos procedimientos es la **transferencia embrionaria**, que constituye el paso final de la FIV u técnicas análogas, trasladando los embriones al útero de la mujer. En

⁴ Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... van der Poel, S. (2017). *The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>

suma, cualquier procedimiento que involucre manejo extracorpóreo de gametos/embriones (fertilización en laboratorio, criopreservación y descongelamiento de embriones, etc.) entra en esta categoría de alta complejidad.

Es importante destacar que el proyecto de ley no solo define las técnicas permitidas, sino que también **prohíbe ciertos usos indebidos** de estas tecnologías. Por ejemplo, se **prohíbe expresamente crear embriones con fines distintos a la procreación**, como por interés comercial o de investigación científica. Todas las técnicas deben tener por finalidad contribuir a la procreación humana, en consonancia con el principio de respeto a la vida. Esta prohibición se ve reforzada por la incorporación de figuras penales que sancionan la fecundación de óvulos con fines no procreativos (ver sección de implicancias legales). Asimismo, queda prohibido comercializar gametos o embriones; cualquier donación debe ser **altruista, voluntaria y anónima**. En síntesis, la ley delimita claramente qué procedimientos son reconocidos como reproducción asistida y asegura que se realicen **bajo criterios éticos**, evitando su mercantilización o usos contrarios a la dignidad humana.

2.4. Requisitos de acceso a los procedimientos y cobertura pública

El proyecto de ley fija **requisitos específicos** que las personas deben cumplir para acceder a las técnicas de reproducción asistida, especialmente en el contexto del sistema público de salud (SIS, EsSalud, Sanidades de FF.AA. y PNP). Estos criterios abarcan aspectos médicos, demográficos y de número de intentos permitidos, buscando focalizar los recursos en quienes más los necesitan y garantizar la seguridad de los procedimientos. A continuación se sintetizan los **principales requisitos y condiciones**, incluyendo los criterios médicos, límites de edad y cobertura:

Condiciones personales y médicas del/de la usuario/a: Antes de someterse a una técnica de reproducción asistida (sea en sistema público o privado), se debe verificar que la persona cumple con ciertas condiciones generales establecidas en el Art. 1 de la ley:

- **Ser mayor de edad:** Por regla general, solo **mayores de 18 años** pueden acceder a estos procedimientos. (*Excepción:* menores de edad **no** pueden someterse a tratamientos reproductivos para tener un hijo, pero **sí** se les permite la **preservación de fertilidad** en casos especiales, como se explica más adelante.) *
- **Preservación de fertilidad en menores:** En caso de **niños/as o adolescentes** cuya fertilidad pueda verse comprometida por alguna enfermedad o tratamiento (por ejemplo, cáncer que requiera quimioterapia), **se recomienda la preservación de sus gametos o tejidos reproductivos** para uso futuro. Este procedimiento debe contar con la aprobación de una Junta Médica de la institución y el consentimiento de sus padres o tutor legal. Es decir, el proyecto facilita que menores con riesgo de infertilidad puedan congelar óvulos, espermatozoides o tejido ovárico/testicular para salvaguardar su posibilidad de ser padres/madres más adelante.

- **Límite de edad para la mujer usuaria:** La ley establece que la **edad máxima de la mujer** que recibirá tratamientos reproductivos es de **50 años**. Si una mujer tiene más de 50 y aún así desea acceder, podrá solicitar una evaluación excepcional ante la Junta Médica de la IPRESS correspondiente, la cual determinará y autorizará el procedimiento *solo si* lo considera médicamente indicado y debidamente justificado. Este criterio toma en cuenta los mayores riesgos obstétricos y las menores tasas de éxito en edades avanzadas.
- **Criterio de salud y viabilidad:** Solo se podrán realizar procedimientos de reproducción asistida cuando haya **posibilidades razonables de éxito y no supongan un riesgo grave para la salud de la mujer o la posible descendencia**. En consecuencia, antes del tratamiento la paciente debe ser evaluada y contar con **buen estado de salud físico y mental**, según un protocolo médico establecido en el reglamento. Este requisito implica, por ejemplo, descartar condiciones que contraindiquen un embarazo o un procedimiento de alta complejidad, y asegurar que el tratamiento no generará perjuicios serios.
- **Consentimiento informado:** Como se detalló anteriormente, es obligatorio que la pareja o persona usuaria haya otorgado su **consentimiento libre e informado** para el procedimiento. Este consentimiento se firma luego de recibir la información completa y es un prerequisite sin el cual no se inicia ningún tratamiento.

2.5. Requisitos para acceder a la cobertura en el sistema público:

El **Artículo 33** del proyecto incorpora la infertilidad y sus tratamientos dentro de las prestaciones esenciales del sistema público: las IAFAS (aseguradoras de salud públicas) **deberán cubrir diagnóstico, tratamiento y medicamentos** necesarios para que las parejas infértiles accedan a técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, para beneficiarse de esta cobertura del Estado, el **Artículo 34** exige que se cumplan **todos los requisitos** siguientes:

REQUISITOS PARA ACCEDER A LA COBERTURA PÚBLICA DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Requisito	Descripción	Base legal
Nacionalidad o residencia	Ser peruano de nacimiento o acreditar residencia legal en el Perú.	Art. 34, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)
Diagnóstico médico	Contar con diagnóstico de infertilidad emitido por un médico especialista.	Art. 34, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)
Vínculo conyugal o convivencial	Estar casados o en unión de hecho reconocida conforme al art. 326 del Código Civil.	Art. 34, Proyecto de Ley; Código Civil (Congreso de la

		República del Perú, 1984)
Estado de salud	Gozar de buen estado físico y mental, según protocolo médico.	Art. 1, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)
Límite de edad (mujeres)	Edad máxima de 50 años. Casos mayores evaluados por Junta Médica de la IPRESS.	Art. 1, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)
Preservación en menores	Niños/as o adolescentes con riesgo de infertilidad podrán preservar gametos con autorización de Junta Médica y consentimiento de padres/tutor.	Art. 1 y 34, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)
Prioridad	Tendrán prioridad las parejas que aún no hayan tenido hijos.	Art. 34, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)
Número máximo de intentos	Hasta 3 intentos en técnicas de baja complejidad (ej. inseminación intrauterina) y hasta 2 intentos en técnicas de alta complejidad (ej. fecundación in vitro).	Art. 35, Proyecto de Ley (Congreso de la República del Perú, 2025)

Como se observa, la política de cobertura apunta principalmente a **parejas peruanas infértiles, casadas o convivientes, sin hijos previos**, asegurando que reciban apoyo financiero del Estado para su tratamiento. Quedan fuera de la cobertura parejas no formalizadas legalmente o personas solteras, lo cual ha generado debate (aunque podrían acudir al sector privado, no gozarían del financiamiento público en esos casos según el texto actual). También es relevante notar que el énfasis en parejas sin hijos busca optimizar el uso de recursos para quienes no han podido formar familia aún.

Límites en el número de intentos cubiertos: Dado que los tratamientos de fertilidad pueden requerir varios ciclos, el proyecto establece topes para la cobertura pública con el fin de racionalizar recursos:

- **Máximo 3 intentos en baja complejidad:** La pareja podrá acceder, con financiamiento público, hasta **tres intentos** de técnicas de reproducción asistida de baja complejidad (p. ej., tres ciclos de inseminación intrauterina).
- **Máximo 2 intentos en alta complejidad:** Para técnicas de alta complejidad (p. ej., FIV), se financiarán hasta **dos intentos**. En este conteo, la ley añade que en FIV se considerará hasta agotar los embriones disponibles en diferentes transferencias dentro de esos intentos. Es decir, si en un ciclo de FIV se obtuvieron varios embriones congelados, se pueden usar todos en

transferencias sucesivas y contaría como un único intento financiado hasta usarlos.

- Estas cifras (3 intentos de IIU y 2 de FIV) están alineadas con prácticas internacionales de costo-efectividad, pero podrán revisarse vía reglamento según evolucionen los estándares.

Por último, se determina que si el tratamiento requiere **gametos o embriones donados**, estos deben provenir de bancos oficialmente registrados. Esto garantiza la trazabilidad y legalidad del material reproductivo utilizado en procedimientos cubiertos.

En resumen, el proyecto de ley **extiende la cobertura de la seguridad social peruana a la infertilidad**, pero con **criterios de elegibilidad** bien definidos (diagnóstico médico, límites de edad y estado civil, etc.) y **límites en la cantidad de intentos** sufragados. Con ello, se pretende equilibrar el derecho a la reproducción asistida con la disponibilidad de recursos públicos, focalizando la ayuda en los casos de infertilidad clínicamente comprobada y con mejores probabilidades de éxito.

2.6. Implicancias legales: filiación, uso póstumo de gametos/embriones y reformas al Código Civil y Penal

El proyecto de ley no solo regula aspectos médicos, sino que también introduce **importantes disposiciones legales en materia de filiación y uso de material genético**, así como modificaciones a normas civiles y penales para adecuarlas a la realidad de la reproducción asistida. Estos cambios buscan brindar seguridad jurídica a las personas que recurren a estas técnicas, definir la paternidad/maternidad de los niños nacidos por estas vías y prevenir abusos o delitos relacionados.

A continuación se detallan estas implicancias legales:

A) Nueva determinación de la filiación: voluntad procreacional y acuerdos previos

Se crea todo un título legal dedicado a la **Filiación derivada de la reproducción asistida**, introduciendo el concepto central de **voluntad procreacional** como base para determinar quiénes son los padres de los/las menores nacidos mediante estas técnicas. En esencia, la ley establece:

- **Principio de la voluntad procreacional⁵**: Los padres legales de un niño concebido por reproducción asistida serán aquellos que **manifestaron su voluntad de procrear** mediante estas técnicas, con independencia de quién haya aportado el material genético. Dicha voluntad procreacional queda formalizada en el consindicentimiento informado firmado antes del procedimiento, sirviendo este documento como prueba de la intención procreativa. Esto supone que, por ejemplo, en una FIV con donación de gametos, los donantes no serán padres legales; lo serán la mujer que gesta y/o su pareja, según hayan consentido. La ley es clara en que los usuarios que dieron su consentimiento **no pueden negar luego la filiación con el concebido**. En otras palabras, si una pareja acordó tener un hijo por estas técnicas⁶, no podrá uno de ellos

⁵ Cook, R. J., Erdman, J. N., & Dickens, B. M. (2010). *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford University Press.

⁶ Ley N.º 26.862, “Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción

posteriormente desconocer al bebé alegando que no comparte genética, etc., porque prevalece la voluntad inicial de ser padres.

- **Acuerdo con la gestante (casos de gestación por sustitución):** Anticipando escenarios de **gestación por sustitución (vientre de alquiler o subrogación)**, el Artículo 24 exige que **los futuros padres suscriban ante notario un acuerdo con la gestante** antes del procedimiento, a fin de ser declarados los padres legales en el certificado de nacido vivo. Este contrato notarial previo asegura que la mujer gestante (que lleva el embarazo pero no será la madre intencional) reconozca que los solicitantes del procedimiento (futuros padres procreacionales) figurarán como padre/madre del niño. Asimismo, se **prohíbe que la gestante luego intente reclamar la maternidad mediante una demanda de filiación**, siempre que haya existido ese acuerdo contractual previo. Con esto, la ley brinda seguridad jurídica en casos de vientres de alquiler altruistas (recordando que la comercialización está prohibida). Cabe notar que la gestación por sustitución no está explícitamente desarrollada en la legislación peruana vigente; este proyecto la contempla tangencialmente al prever el acuerdo mencionado, lo cual representa un avance regulatorio importante.
- **Anonymato de donantes y no filiación con donantes:** La identidad de los donantes de gametos o embriones permanece **anónima y confidencial**, y **no se establece vínculo de filiación alguno entre el donante y el nacido**. Esto confirma que, legalmente, un donante de semen u óvulo **no es el padre o madre** del niño resultante, eliminando incertidumbres. Solo en circunstancias excepcionales que comprometan la vida o salud del niño nacido mediante reproducción asistida, un juez podría autorizar revelar la identidad de los donantes (por ejemplo, para conocer antecedentes médicos genéticos), **pero ello nunca supondrá determinación legal de filiación** con dichos donantes. Es decir, aun si se conociera quién donó el gameto, esa persona no adquiere derechos ni deberes parentales; la revelación sería solo a efectos informativos médicos.
- **Inimpugnabilidad de la filiación:** Derivado de lo anterior, el proyecto blinda la filiación así establecida. Dispone que **no proceden las impugnaciones de paternidad o maternidad** basadas en disposiciones tradicionales del Código Civil (art. 363, 366, 371) en casos de reproducción asistida. En la práctica, esto significa que el marido de una mujer que dio a luz por FIV con semen de donante **no puede impugnar la paternidad alegando no tener vínculo biológico**, ya que dio su consentimiento procreacional. Tampoco podría impugnarse la maternidad alegando que la gestante no aportó el óvulo (p. ej., en ovodonación) u otros supuestos análogos. La filiación queda definida por la voluntad procreacional y es jurídicamente **inamovible**, salvo prueba de vicios en el consentimiento original.
- **Filiación post mortem:** La ley regula también la situación de concepción o nacimiento **después del fallecimiento** de uno de los progenitores. Establece que solo habrá **filiación póstuma** si el material reproductor de la persona fallecida (sea pareja o un donante) **ya se encontraba dentro del útero de la mujer sobreviviente al momento del fallecimiento**. En otras palabras, si el embrión ya estaba implantado en la madre cuando

muere el padre (o viceversa), el niño tendrá filiación con el fallecido. Pero si los gametos o embriones estaban congelados y se pretende utilizarlos tras la muerte, entonces **no se reconoce filiación automática**; de hecho, la utilización de gametos/embriones post mortem está severamente restringida, como veremos enseguida. Esta disposición evita dilemas sobre hijos concebidos años después de fallecido uno de los padres: en principio, no habría vínculo legal a menos que un juez hubiese autorizado expresamente esa utilización post mortem en vida del fallecido

B) Uso post mortem de gametos y embriones

Relacionada con la filiación póstuma está la cuestión de qué hacer con los **gametos o embriones criopreservados cuando fallece uno de los miembros de la pareja**. El proyecto de ley adopta una postura precautoria: **en principio, prohíbe el uso póstumo salvo orden judicial**:

- **Gametos post mortem:** Si fallece uno de los miembros de la pareja (por ejemplo, muere el marido que tenía espermatozoides congelados, o la esposa con óvulos congelados), sus gametos **pasan a "disposición final automática"**, es decir, **no podrán ser utilizados para reproducción**. Solo una **orden judicial explícita** podría autorizar su uso posterior. Esto implica que, por defecto, esos gametos deberían descartarse o destinarse a investigación (según consentimiento previo) pero **no** podrán usarse para inseminar o fecundar a la pareja sobreviviente, a menos que medie intervención de un juez. La ley no detalla en qué supuestos un juez podría autorizarlo, pero presumiblemente tendría que valorarse si hubo un consentimiento escrito del fallecido en vida para uso póstumo de sus gametos. En ausencia de tal consentimiento, prevalece la prohibición.
- **Embriones post mortem:** De manera similar, en caso de que uno o ambos miembros de la pareja fallezcan y queden **embriones criopreservados**, el destino de esos embriones **quedará sujeto a decisión judicial**. Es decir, la clínica no puede implantarlos ni descartarlos libremente; debe esperarse a que un juez determine qué hacer, probablemente considerando la voluntad previa de los progenitores si la hubiere. Esta medida protege los derechos involucrados: por un lado, evita que nazcan niños sin consentimiento de un progenitor fallecido; por otro, si ambos padres murieron, impide disposiciones arbitrarias de embriones que ya representan vidas en potencia. Solo con mandato judicial podría autorizarse, por ejemplo, que se implante el embrión en otra mujer (una familiar, etc.) o que sean donados. **En ausencia de orden judicial**, lo previsible es que esos embriones permanezcan congelados hasta vencer su plazo o deban descartarse según normativas de fertilización in vitro.

En síntesis, el proyecto cierra la puerta al **uso indiscriminado de material reproductivo tras la muerte** de quien lo aportó. Esto salvaguarda la voluntad procreativa: nadie se verá convertido en padre/madre post mortem sin haberlo querido en vida. Asimismo, previene disputas legales sobre filiación de niños nacidos años después por decisión unilateral de un viudo/viuda. De aprobarse, Perú tendría una regulación clara al respecto, requiriendo siempre una evaluación judicial previa en estos casos excepcionales.

Modificaciones al Código Civil: nueva fuente de parentesco

Para alinear el Código Civil peruano con estas disposiciones, el proyecto

propone **incorporar el Artículo 238-A al Código Civil**, bajo el título de "Filiación civil". En dicho artículo se reconoce explícitamente que **el uso de técnicas de reproducción humana médicamente asistida es fuente de parentesco**, vinculando al concebido con aquellos que manifestaron su voluntad procreacional. En otras palabras, se positiviza en el Código Civil que la filiación puede originarse no solo por las vías naturales o adopción, sino también por la reproducción asistida basada en el consentimiento. Este sería un cambio histórico en la legislación peruana, otorgando claridad legal a los nacimientos por estas técnicas y ratificando el principio de la voluntad procreacional como criterio para determinar la paternidad/maternidad.

Además, otras normas civiles resultarían tácitamente modificadas o complementadas por este proyecto, por ejemplo: las reglas generales de filiación matrimonial y extramatrimonial deberán interpretarse a la luz de que en reproducción asistida no se aplican las presunciones tradicionales de paternidad ni las acciones de impugnación, tal como el proyecto ya lo prevé en su artículo 25. La incorporación del 238-A CC consolidaría este marco, asegurando que ningún vacío legal ponga en duda la situación de las familias conformadas mediante técnicas de reproducción asistida.

III. MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL: NUEVOS DELITOS RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

El proyecto de ley también plantea una **reforma del Código Penal**, añadiendo un *Capítulo I-A* al Título IV (Delitos contra la libertad) específicamente dedicado a delitos por **uso indebido de técnicas de reproducción asistida**. Se proponen cuatro nuevos artículos penales (153-B, 153-C, 153-D y 324-A) que tipifican conductas consideradas éticamente inaceptables o lesivas en este ámbito, con sus respectivas sanciones. A continuación se resumen los nuevos delitos:

- 1. Fecundación ilegítima de óvulos humanos (Art. 153-B):** Penaliza con **4 a 8 años de cárcel** al que **fecunda óvulos humanos con una finalidad distinta a la procreación**. Este delito busca impedir la creación de embriones humanos para investigación, experimentación, fines industriales o cualquier propósito no reproductivo. Si el responsable es un profesional médico u otro profesional de la salud, la pena se agrava a **6 a 10 años**, más la inhabilitación para el ejercicio profesional correspondiente. En esencia, este artículo criminaliza la generación de vida humana en laboratorio sin intención de llevarla a término como nacimiento, reforzando la idea de que la reproducción asistida solo debe emplearse con fines procreativos legítimos.
- 2. Inseminación artificial o transferencia embrionaria no consentida (Art. 153-C):** Sanciona a quien **realice un procedimiento de reproducción asistida en una mujer sin su consentimiento**. La pena base es **4 a 8 años de prisión**. Se contemplan agravantes: si la víctima es una menor de 14 a 18 años o una persona con discapacidad física/mental aprovechando dicha condición, la pena sube a **8 a 12 años**. Y si la víctima es menor de 14 años, o si a causa del procedimiento se pone en grave riesgo la vida o salud de la víctima, la pena será de **10 a 20 años**. En todos los supuestos, además, el culpable (de ser profesional de salud) sufrirá inhabilitación para el ejercicio médico. Este artículo responde a la necesidad de castigar prácticas terribles como podría ser implantar un embrión a una mujer sin que lo sepa o contra su voluntad (ha habido casos en el mundo

de médicos que inseminaron pacientes con su propio semen sin consentimiento, por ejemplo). Con esta norma se protege **la autonomía reproductiva y la integridad corporal** de la mujer, equiparando la inseminación o implantación forzada a un delito contra la libertad sexual/reproductiva.

3. **Comercio ilegal de gametos y embriones (Art. 153-D):** Tipifica el **tráfico o comercio con gametos o embriones humanos**. Establece una pena de **4 a 8 años de prisión** a quien, con ánimo de lucro y al margen de la ley, **compre, venda, importe, exporte, almacene o transporte** gametos o embriones. Se agrava a **6 a 10 años** si concurren circunstancias como: uso de medios masivos (anuncios en prensa, internet, etc.), que el agente sea un profesional de salud o funcionario del sector, o que actúe como miembro de una organización criminal. Además, los profesionales de salud o funcionarios públicos implicados serían inhabilitados de sus cargos. Con este delito, el legislador busca frenar el **mercado negro de óvulos, semen o embriones**, protegiendo el carácter altruista de la donación y evitando la explotación de mujeres (por óvulos) o la cosificación de embriones. Se alinea con la prohibición de comercialización ya indicada en la ley civil, llevando las conductas mercantilistas al ámbito penal.
4. **Delito de tráfico de embriones crioconservados (Art. 324-A):** Penaliza específicamente el comercio internacional de embriones congelados. Quien **compre, venda, importe o exporte embriones criopreservados con fines de lucro**, violando la ley, recibirá **3 a 6 años de prisión**. Si el autor es un profesional médico, personal sanitario o funcionario del sector salud, la pena sube a **4 a 8 años** más inhabilitación profesional. Este artículo complementa al anterior enfocándose en embriones ya creados y conservados, evitando su tráfico como si fuesen mercancías. Dada la especial consideración que merecen los embriones humanos, se les otorga protección penal explícita en caso de comercio ilícito, incluso con penas algo menores que las de gametos posiblemente por la necesidad de graduar según el bien jurídico (aquí se acerca al delito de tráfico de órganos, pero adaptado al material reproductivo).

Con estas incorporaciones, el Código Penal peruano se modernizaría para abordar **nuevos delitos ligados a la bioética y la medicina reproductiva**. Es de destacar que tales conductas hoy no están tipificadas expresamente; su inclusión llenaría un vacío legal importante, dotando de herramientas para sancionar desde a médicos inescrupulosos que implanten embriones sin permiso, hasta redes de comercio internacional de material genético humano. En conjunto, estas medidas refuerzan la idea de que la reproducción asistida debe ejercerse dentro de un marco ético estricto, protegido no solo por normas administrativas sino también por el **derecho penal** cuando se cruzan ciertas líneas rojas.

En conclusión, el proyecto de ley de acceso integral a la reproducción humana asistida aborda integralmente tanto el **derecho de los ciudadanos a beneficiarse de estos avances médicos** (garantizando información, no discriminación, privacidad y cobertura financiera pública), como las **responsabilidades y límites éticos asociados**. Se definen claramente las técnicas disponibles (diferenciando

baja y alta complejidad) y se establecen requisitos justos para su uso, priorizando la salud y la efectividad. Paralelamente, se adapta el marco legal en filiación para reconocer nuevas formas de constitución familiar basadas en la voluntad procreativa, a la vez que se evitan vacíos respecto a situaciones especiales (donaciones, maternidad subrogada, post mortem). Finalmente, al penalizar conductas abusivas en este campo, la ley busca desalentar la explotación y garantizar que la ciencia reproductiva se practique con respeto a la dignidad humana. En síntesis, esta iniciativa legislativa representa un paso significativo para asegurar que las técnicas de reproducción asistida en el Perú se apliquen de manera **accesible, segura, ética y con pleno reconocimiento de los derechos de todos los involucrados**.

Fuentes: Proyecto de Ley de Acceso Integral a las Técnicas de Reproducción Humana Médicamente Asistida, documento completo en el expediente legislativo.

IV. LEGISLACIÓN COMPARADA

El desarrollo normativo sobre las Técnicas de Reproducción Humana Asistida ha sido progresivo en varios países de América Latina y el mundo. En la mayoría de los casos, estas regulaciones responden a la necesidad de garantizar el acceso equitativo, proteger los derechos reproductivos y regular las implicancias legales de los procedimientos, como la filiación, la donación de gametos y el consentimiento informado.

A continuación, presentamos un cuadro en el cual se señalan las principales normas que regulan aspectos de Técnicas de Reproducción Humana Asistida en distintos Estados.

Legislación comparada en materia de Técnicas de Reproducción Humana Asistida	
País	Ley
Argentina	Ley N.º 26.862 (2013) - "Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida"
Uruguay	Ley N.º 19.167 Reproducción Humana Asistida (RHA) (22/11/2013)
Mexico	No cuenta con una ley general sobre TRHA. Sin embargo, algunos estados han desarrollado marcos normativos locales que regulan estas prácticas.
Chile	Chile – Ley N.º 19.585 - Reforma legal sobre filiación en TRHA (integrada al Código Civil)
España	Ley 14/2006 - "Sobre técnicas de reproducción humana asistida"
India	India – Assisted Reproductive Technology (Regulation) Act (2021)
Japón	Ley de Directrices sobre Reproducción Asistida (no codificada como ley formal)
China	Regulación administrativa de la Comisión Nacional de Salud

Corea del Sur	Bioethics and Safety Act (2005, reformada en 2020)
----------------------	--

Argentina

Cuenta con una legislación integral sobre técnicas de reproducción humana asistida desde la promulgación de la **Ley N.º 26.862 (2013)**, titulada *“Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida”*. Esta norma garantiza a todas las personas mayores de edad, sin distinción de género, estado civil u orientación sexual, el acceso gratuito a tratamientos de fertilidad, tanto en el sistema público de salud como en las obras sociales y seguros privados.

La ley argentina reconoce la **voluntad procreacional como base legal de la filiación**, estableciendo que los progenitores son quienes han consentido someterse a los procedimientos, independientemente del origen genético del embrión. Además, prohíbe la comercialización de gametos y embriones, regulando su donación bajo principios de anonimato y altruismo.

Este marco normativo convierte a Argentina en un referente regional en materia de derechos reproductivos, equidad en el acceso a tratamientos médicos complejos y protección jurídica de las nuevas formas de parentalidad. En comparación, el Perú aún no cuenta con una legislación similar, lo que evidencia la necesidad urgente de aprobar un proyecto de ley que garantice los mismos derechos a sus ciudadanos.

Uruguay

Cuenta con un marco legal específico sobre reproducción asistida desde la promulgación de la **Ley N.º 19.167 (2013)**⁷, la cual regula integralmente las **Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)**, reconociéndolas como parte del derecho a la salud y la planificación familiar.

La normativa uruguaya garantiza el **acceso universal y progresivo** a estos tratamientos a través del **Fondo Nacional de Recursos**, priorizando criterios médicos y éticos. Asimismo, regula la donación de gametos y embriones bajo condiciones de **anonimato, trazabilidad y gratuidad**, y establece mecanismos legales claros para la determinación de la **filiación basada en la voluntad procreacional**.

Este modelo normativo posiciona a Uruguay como uno de los países más avanzados en América Latina en cuanto a derechos reproductivos y cobertura pública en medicina reproductiva. Su experiencia demuestra que es posible **garantizar el acceso equitativo, la seguridad jurídica y el control ético** de estas técnicas, lo cual refuerza la urgencia de implementar un marco similar en el Perú.

México

No existe una ley federal única que regule de manera integral las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA). La legislación en esta materia es fragmentada y varía según los estados, generando desigualdades en el acceso, regulación y protección de derechos.

Algunos estados, como Ciudad de México y Jalisco, han desarrollado normativas locales que permiten y regulan la reproducción asistida, incluyendo aspectos como la donación de gametos, el consentimiento informado y la filiación. Sin embargo,

⁷ Ley N.º 19.167, Reproducción Humana Asistida. Uruguay, 2013.

no hay un marco uniforme a nivel nacional, lo que ha generado vacíos legales y controversias jurídicas, especialmente en temas como la gestación subrogada, que está permitida en algunos estados y prohibida en otros.

El caso mexicano evidencia los riesgos de una regulación incompleta y descentralizada, donde el acceso a los tratamientos y la protección de derechos depende del lugar de residencia o del poder adquisitivo. En contraste, el Perú tiene la oportunidad de adoptar un enfoque legislativo integral y equitativo, aprendiendo de las limitaciones del modelo mexicano.

España

Cuenta con una normativa avanzada y consolidada sobre reproducción asistida, a través de la **Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida**⁸. Esta ley garantiza el **acceso universal** a los tratamientos de fertilidad en el **Sistema Nacional de Salud**, sin discriminación por estado civil, orientación sexual o identidad de género.

La legislación española establece como base de la filiación la **voluntad procreacional**, reconociendo como progenitores a quienes consienten el uso de estas técnicas, independientemente de la genética. Además, **prohíbe la gestación subrogada** y regula estrictamente la donación de gametos, que debe ser **anónima, altruista y controlada por el Estado**.

El modelo español destaca por su enfoque ético, inclusivo y garantista, sirviendo como referencia para países que buscan proteger los derechos reproductivos en el marco de un sistema de salud pública. Para el Perú, representa un ejemplo de cómo una legislación clara puede combinar **equidad, seguridad jurídica y respeto a la dignidad humana**.

Chile

Ha avanzado recientemente en la regulación de la reproducción asistida mediante reformas al **Código Civil y al Código Sanitario**, integrando conceptos clave como la **voluntad procreacional** y el **consentimiento informado**. Aunque aún no cuenta con una ley integral sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), estas reformas han permitido reconocer legalmente la filiación de los niños nacidos mediante estas técnicas.

En 2021, Chile aprobó una modificación que establece que la **filiación legal** se determina por el consentimiento prestado para el uso de técnicas de reproducción asistida, independientemente del vínculo genético. Además, existen **normas técnicas y resoluciones sanitarias** que regulan la práctica médica y la autorización de centros especializados.

El caso chileno muestra un avance progresivo hacia el reconocimiento de nuevas formas de parentalidad y la necesidad de una legislación específica que brinde **certeza jurídica, igualdad de acceso y protección de derechos reproductivos**, lo cual refuerza la urgencia de una ley integral en el Perú.

India

Cuenta con una regulación específica sobre reproducción asistida mediante la **Assisted Reproductive Technology (Regulation) Act, 2021**, que establece un marco legal integral para el funcionamiento de clínicas, bancos de gametos y la realización de procedimientos de fertilidad.

Esta ley garantiza la **protección de los derechos de los usuarios**, exige el **consentimiento informado obligatorio**, y prohíbe expresamente la

⁸ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, España.

comercialización de gametos, embriones y la subrogación con fines lucrativos. Además, introduce controles estrictos sobre la trazabilidad, calidad y licenciamiento de los centros especializados.

India también aprobó la **Surrogacy (Regulation) Act, 2021**, que permite únicamente la **gestación subrogada altruista**, bajo condiciones legales muy precisas, protegiendo tanto a los padres comitentes como a las mujeres gestantes. El caso de India⁹ demuestra que es posible regular la reproducción asistida en un país con alta demanda, mediante un enfoque legal **basado en derechos, bioética y supervisión estatal**, experiencia que resulta valiosa para el Perú en su camino hacia una legislación integral y responsable en esta materia.

Japón

Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) **no están reguladas por una ley específica**, sino mediante **directrices médicas emitidas por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar**, y por las sociedades científicas del país. Estas normas orientan la práctica clínica, pero **carecen de fuerza legal vinculante**, lo que genera incertidumbre jurídica en temas como la filiación, la donación de gametos y la protección de los derechos de los nacidos.

La **donación de gametos está permitida**, pero el anonimato del donante es obligatorio, y no se reconoce ningún vínculo legal entre el donante y el niño nacido. La **gestación subrogada está prohibida**, tanto en su forma comercial como altruista, por razones éticas y de protección a la mujer gestante.

El caso japonés evidencia las **limitaciones de una regulación basada solo en directrices técnicas**, sin respaldo normativo firme. Para el Perú, esto refuerza la importancia de establecer una **ley clara, con fuerza legal, que garantice el acceso seguro, equitativo y jurídicamente protegido a las técnicas de reproducción asistida**.

China

Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) están reguladas principalmente por **normas administrativas emitidas por la Comisión Nacional de Salud**, sin una ley específica. El acceso a estos procedimientos está **restringido exclusivamente a parejas heterosexuales casadas**, y solo puede realizarse en hospitales y centros autorizados por el Estado.

La **donación de gametos es permitida bajo principios de altruismo**, pero con un control estricto del Estado. Por otro lado, la **gestación subrogada está prohibida**, tanto en su forma comercial como altruista. Además, el gobierno ejerce un control riguroso sobre la creación y uso de embriones, en línea con las políticas de planificación familiar y bioética nacional.

El modelo chino muestra un enfoque **altamente restrictivo y centralizado**, donde el acceso a la reproducción asistida depende del estado civil y del cumplimiento de estrictas normativas estatales. Para el Perú, este caso resalta la necesidad de adoptar una legislación que, sin caer en restricciones excluyentes, garantice el acceso ético y seguro a estas técnicas con enfoque de derechos humanos y equidad.

Corea del Sur

Regula las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) mediante la **Ley de Bioética y Seguridad (Bioethics and Safety Act)**¹⁰, vigente desde 2005 y

⁹ India. (2021). *Assisted Reproductive Technology (Regulation) Act, 2021*. Government of India.

¹⁰ Corea del Sur. (2005, reformada 2020). *Bioethics and Safety Act*. Government of the Republic of

actualizada en 2020. Esta normativa establece un **marco legal estricto** para el uso de gametos, embriones y la práctica de la reproducción asistida, bajo supervisión estatal.

La ley exige **consentimiento informado obligatorio**, regula la donación de óvulos y espermatozoides (prohibiendo la de familiares cercanos), y garantiza la protección de datos personales. Además, prohíbe la **gestación subrogada**, y establece límites claros para la investigación con embriones humanos.

El modelo surcoreano combina el acceso a la medicina reproductiva con un **enfoque ético y preventivo**, garantizando la seguridad de los procedimientos y el respeto por la dignidad humana. Para el Perú, representa un ejemplo útil de cómo estructurar una legislación moderna que articule derechos reproductivos, control sanitario y responsabilidad bioética.

Problemática

En el Perú, **la infertilidad no ha sido reconocida ni abordada adecuadamente como un problema de salud pública**, a pesar de que afecta a un porcentaje significativo de la población en edad reproductiva. Actualmente, **no existe una ley que regule de manera específica, integral y con enfoque de derechos** el acceso a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), lo que ha generado una serie de consecuencias críticas:

1. **Desigualdad en el acceso**

El acceso a tratamientos de fertilidad se encuentra **limitado casi exclusivamente al sector privado**, con costos elevados que resultan inaccesibles para la mayoría de la población. Las personas y parejas de escasos recursos **no pueden ejercer plenamente su derecho a formar una familia**, lo que vulnera los principios de equidad y justicia social.

2. **Ausencia de cobertura en el sistema público de salud**

Ni el SIS, ni EsSalud, ni los seguros de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional contemplan de forma explícita la cobertura de estos procedimientos, a pesar de que la infertilidad es reconocida por la Organización Mundial de la Salud¹¹ como una enfermedad.

3. **Vacíos legales y falta de seguridad jurídica**

La legislación actual **no regula aspectos fundamentales** como la filiación de hijos nacidos por TRHA, el uso post mortem de gametos y embriones, la donación con fines altruistas, o la confidencialidad de los donantes. Esto **genera incertidumbre legal** para las personas usuarias, los profesionales de salud y el propio Estado.

4. **Riesgos éticos y falta de control estatal**

La **falta de regulación penal específica** permite que se presenten prácticas inadecuadas o incluso delictivas, como la inseminación sin consentimiento, el tráfico de gametos o la mercantilización de embriones, sin una respuesta jurídica adecuada.

5. **Discriminación y exclusión social**

La inexistencia de normas que promuevan un acceso igualitario ha generado una **discriminación indirecta** hacia mujeres, parejas con bajos ingresos, personas solteras y grupos LGBTIQ+, quienes muchas veces no pueden acceder a tratamientos por razones económicas, legales o sociales.

Korea.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Infertilidad: una prioridad de salud pública mundial*. Recuperado de <https://www.who.int>

V. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La entrada en vigencia de la presente ley tendrá un impacto normativo **positivo, clarificador y complementario** sobre el ordenamiento jurídico nacional. Su promulgación permitirá **llenar un vacío legal** existente en el Perú respecto a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), y adecuará diversas disposiciones legales a los avances científicos, médicos y sociales vinculados a la reproducción.

Entre los principales efectos normativos destacan:

1. Creación de un marco legal integral en materia de reproducción asistida

Actualmente, la legislación peruana **no contempla de manera sistemática ni completa** la regulación de los procedimientos de fertilidad, lo cual genera inseguridad jurídica. Con esta norma, se establecerá por primera vez una ley específica que regule el acceso, las condiciones, los derechos de los usuarios, la filiación legal y los límites éticos de estas técnicas.

2. Modificación y armonización del Código Civil

El proyecto incorpora el principio de **voluntad procreacional como fuente de filiación**, mediante la modificación del Código Civil (propuesta de Artículo 238-A), adaptando el derecho civil a las realidades de la reproducción médica asistida. Esta adecuación reconoce legalmente nuevas formas de parentalidad y evita conflictos por filiación en ausencia de vínculo genético.

3. Actualización del Código Penal con nuevos tipos penales

La norma crea figuras delictivas específicas que actualmente no están tipificadas, como la inseminación no consentida, la fecundación con fines ilícitos, y el tráfico de gametos o embriones. Esto fortalece el sistema de justicia penal frente a **nuevas formas de vulneración de derechos bioéticos y reproductivos**, y contribuye a la protección de la dignidad humana.

4. Vinculación con normas sanitarias y de derechos humanos

La ley se alinea con los principios establecidos en la Ley General de Salud, la Ley de Organización y Funciones del MINSA, y los compromisos internacionales asumidos por el Perú en materia de salud sexual y reproductiva. Además, complementa políticas nacionales como la Política de Salud Sexual y Reproductiva (RM 465-2016/MINSA), dotándolas de fuerza legal vinculante.

5. Impulso a la equidad y la inclusión en el sistema de salud

La norma reconoce la infertilidad como una condición médica que debe ser tratada dentro del sistema de salud pública, promoviendo la **inclusión de servicios de reproducción asistida en las prestaciones del SIS, EsSalud y otras IAFAS públicas**, bajo criterios técnicos y éticos. Esto impactará positivamente en el acceso equitativo a la salud reproductiva.

En conjunto, la vigencia de esta ley **modernizará el marco jurídico nacional**, fortaleciendo la protección de los derechos reproductivos, asegurando el acceso justo a los tratamientos, y otorgando certeza legal a las personas, profesionales de salud y entidades del Estado involucradas.

VI. ANALISIS COSTO – BENEFICIO

La implementación de esta propuesta legislativa requerirá una inversión inicial por parte del Estado, orientada a la adecuación de infraestructura hospitalaria, la adquisición de equipamiento biomédico, la capacitación del personal de salud especializado y el financiamiento de los tratamientos de reproducción humana asistida a través del Sistema Nacional de Salud. Se estima un costo promedio de hasta S/ 30,000 por pareja beneficiaria, incluyendo ciclos de inseminación intrauterina (IIU) y fertilización in vitro (FIV).

No obstante, los beneficios sociales y sanitarios superan ampliamente dichos costos. Se garantiza el acceso equitativo a tratamientos antes reservados a quienes pueden costear clínicas privadas, se previenen afectaciones en la salud mental asociadas a la infertilidad, se fortalece el marco jurídico sobre filiación y bioética, y se reconoce el derecho fundamental a formar una familia mediante medios científicos seguros y éticamente regulados. Además, se promueve el desarrollo de capacidades técnicas en el sistema público, con alto impacto en justicia social, salud reproductiva y dignidad humana. Esta iniciativa representa una inversión social con retorno positivo en salud pública, equidad de género y modernización sanitaria.

VII. LA INICIATIVA LEGISLATIVA Y EL ACUERDO NACIONAL

El Proyecto de Ley que garantiza el acceso integral a las técnicas de reproducción humana médicamente asistida en el Sistema Nacional de Salud se enmarca en los ejes prioritarios de la Agenda Legislativa 2024–2025, aprobada por el Consejo Directivo del Congreso de la República, y está alineado con las siguientes Políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

OBJETIVO: DESARROLLO CON EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

- **Política de Estado 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación**
Tema 31. Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud reproductiva.
Tema 32. Búsqueda de la equidad y respeto a la dignidad en el ejercicio de los derechos reproductivos.
- **Política de Estado 13: Acceso universal a los servicios de salud y garantía de calidad**
Tema 45. Inclusión de prestaciones esenciales que respondan a las nuevas demandas en salud, como la atención de la infertilidad.
Tema 47. Promoción de un enfoque integral de salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO: DESARROLLO HUMANO INTEGRAL CON PLENO EJERCICIO DE DERECHOS

- **Política de Estado 3: Promoción del desarrollo humano integral**
Tema 8. Protección de los derechos fundamentales, incluyendo el derecho a fundar una familia mediante técnicas seguras y éticas.
Tema 10. Respeto y garantía de la autonomía reproductiva de las personas.

OBJETIVO: ESTADO DEMOCRÁTICO, ÉTICO, TRANSPARENTE Y AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA

- **Política de Estado 24: Afirmación de un Estado eficiente, transparente y descentralizado**



KELLY ROXANA PORTALATINO ÁVALOS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Tema 100. Modernización del sistema de salud pública incorporando servicios especializados.

Tema 102. Descentralización efectiva de servicios complejos, como los tratamientos de reproducción asistida.