



**PROYECTO DE LEY QUE REGULA EL ACCESO  
EXCEPCIONAL A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN  
HUMANA ASISTIDA**

Los congresistas del grupo parlamentario Acción Popular que suscriben a iniciativa de la Congresista de la República **SILVIA MARÍA MONTEZA FACHO**, ejerciendo el derecho que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado, concordante con los artículos 22° - C, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presentan la siguiente fórmula legal.

**FÓRMULA LEGAL**

El Congreso de la República;  
Ha dado la Ley siguiente

**LEY QUE REGULA EL ACCESO EXCEPCIONAL A TÉCNICAS DE  
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA**

**Artículo 1. Objeto de la ley**

La presente ley tiene por objeto regular el acceso excepcional a técnicas de reproducción humana asistida, garantizando el derecho del ciudadano y los matrimonios o unión de hecho a procrear, formar una familia, protegiendo la dignidad humana y el principio del interés superior del niño.

**Artículo 2. Finalidad de la ley**

La finalidad de la presente ley es establecer un procedimiento excepcional de técnicas de reproducción humana asistida, cuando los matrimonios o unión de hecho hayan agotado todos los métodos y/o procedimientos para procrear, siempre y cuando no afecte al derecho fundamental a la vida o la salud.

**Artículo 3. Técnicas de reproducción humana asistida**

- 3.1 Los beneficiarios de técnicas de reproducción humana asistida, deben gozar de buen estado de salud tanto física como psicológica.
- 3.2 Los datos personales y los datos de las técnicas deben guardarse con la confidencialidad respectiva de los actores.
- 3.3 Se brindará toda la información detallada sobre las técnicas a utilizar, sean éticos, jurídicos, biológicos, económicos, entre otros, así como las consecuencias y riesgos.
- 3.4 Las técnicas de reproducción humana asistida solo se aplicarán, previo documento firmado de consentimiento informado de los actores involucrados (matrimonio o unión de hecho y donantes de óvulos).
- 3.5 La donación de embriones y gametos es a título gratuito, anónimo, formal y confidencial.

**3.6** Los embriones y gametos donados serán conservados únicamente con fines reproductivos en los bancos autorizados para tal fin, los que deberán estar inscritos en un registro nacional a cargo del Ministerio de Salud.

**3.7** Las técnicas de reproducción humana asistida se realizará en centros o servicios públicos o privados de salud habilitados y autorizados para tal fin por el Ministerio de Salud, los mismos que deben contar con equipos biomédicos calificados, así como con personal capacitado y calificado.

**3.8** Si el niño con posterioridad a su inscripción desee conocer la identidad del padre o madre biológico podrá acceder al registro reservado que mantendrá el Ministerio de Salud o el que se establezca en el reglamento.

#### **Artículo 4. Filiación**

Los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción humana asistida tendrán como únicos padres legales a los de intención, desde la transferencia del embrión al útero de la gestante sustituta, prohibiéndose toda mención sobre el estado civil de los padres y sobre la naturaleza de la filiación en los registros civiles y en cualquier otro documento de identidad.

## **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS**

### **Primera. Modificación del artículo 7° de la Ley 26842, Ley General de Salud**

Se modifica el artículo 7° de la Ley 26842, Ley General de Salud, quedando redactado con el siguiente texto:

*“Artículo 7.- Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción **humana** asistida, **aun cuando** la condición de madre genética y de madre gestante **no** recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida, se requiere del consentimiento previo por escrito de los padres biológicos.*

*Está prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos”.*

### **Segunda. Modificación del artículo 21° del Decreto Legislativo 295, Código Civil**

Se modifica el artículo 21° del Decreto Legislativo 295, Código Civil, quedando redactado con el siguiente texto:

*“Artículo 21.- Inscripción de Nacimiento  
Cuando el padre o la madre efectuó separadamente la inscripción del nacimiento del hijo nacido fuera del vínculo matrimonial, podrá revelar el nombre de la persona con quien lo hubiera tenido. En este supuesto, el hijo llevará apellido del padre o de la madre que lo inscribió, así como del presunto progenitor, en este último caso no establece vínculo de filiación.*

*Luego de la inscripción dentro de los treinta (30) días, el registrados, bajo responsabilidad, pondrá en conocimiento del presunto progenitor tal hecho, de conformidad con el reglamento.*

*Cuando la madre o el padre no revele la identidad del otro padre o madre, podrá inscribir a su hijo con sus apellidos.*

**En los casos de nacimiento de hijos con técnicas de reproducción humana asistida, los autorizados a inscribirlos legalmente son los de intención, prohibiéndose toda mención sobre el estado civil de los padres y sobre la naturaleza de la filiación en los registros civiles y en cualquier otro documento de identidad”.**

## DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

### Primera. Reglamentación

El Poder Ejecutivo, en un plazo de noventa (90) días contados a partir del día siguiente a la publicación en el Diario Oficial El Peruano, aprobará el reglamento de la presente ley.

### Segunda. Vigencia

La presente ley entra en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial “El Peruano”.

### Tercera. Derogación

Quedan derogadas todas aquellas disposiciones que contravengan lo establecido en la presente ley.

Por tanto:

Mando se publique y cumpla.

Lima, junio de 2025



Firmado digitalmente por:  
MONTEZA FACHO Silvia  
Maria FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 06/06/2025 13:24:41-0500



Firmado digitalmente por:  
SOTO PALACIOS Wilson FAU  
20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 06/06/2025 16:51:48-0500



Firmado digitalmente por:  
VERGARA MENDOZA Evis  
Herman FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 06/06/2025 15:43:52-0500



Firmado digitalmente por:  
VERGARA MENDOZA Evis  
Herman FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 06/06/2025 15:43:37-0500



Firmado digitalmente por:  
MORI CELIS Juan Carlos  
FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 10/06/2025 11:15:11-0500



Firmado digitalmente por:  
PORTERO LOPEZ Hilda  
Marleny FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 09/06/2025 18:30:05-0500



Firmado digitalmente por:  
ALVA ROJAS Carlos Enrique  
FAU 20161740126 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 06/06/2025 20:09:52-0500

## I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente iniciativa legislativa tiene por la finalidad establecer un procedimiento excepcional de técnicas de reproducción humana asistida, cuando los padres hayan agotado todos los métodos y/o procedimientos para procrear, siempre y cuando no afecte al derecho fundamental a la vida o la salud.

Según informe Publicado por la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>, *muchas personas padecen infertilidad en algún momento de su vida. Cerca del 17,5% de los adultos (es decir, alrededor de uno de cada seis) presentan este problema, por lo que resulta urgente aumentar el acceso a una atención de la infertilidad asequible y de calidad para quienes la padecen.*

*De acuerdo con las nuevas estimaciones, la prevalencia de la infertilidad varía poco de una región a otra y las tasas son similares en los países de ingresos altos, medianos y bajos, lo cual demuestra que se trata de un importante problema de salud pública en todos los países y todas partes del mundo.*

Esta realidad no es ajena al país, y el Estado no puede ser ajeno a esta problemática, actualmente tanto hombres o mujeres que afrontan la problemática de la infertilidad acuden por cuenta propia y asumiendo el costo de estos tratamientos, que en nuestro país son costosos y no existe un procedimiento uniforme de técnicas de reproducción asistida; ocasionando ello desmedro económico en las personas o familias que desean tener hijos, a su vez genera informalidad y riesgo en la salud.

El problema de la infertilidad además ocasiona diversos problemas, con mayor énfasis a las mujeres, con riesgos de violencia, estigmatización social, depresión, ansiedad, divorcios, entre otros.

### **Esterilidad**

La infertilidad o esterilidad, según la OMS<sup>2</sup>, es un trastorno del aparato reproductor, femenino o masculino, consistente en la incapacidad para lograr el embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección.

- Las causas de esterilidad en el aparato reproductor femenino más frecuente son:
  - Trastornos de las trompas uterinas; por ejemplo, pueden ser obstruidas.
  - Trastorno uterino de origen inflamatorio (endometriosis), congénito (útero tabicado) o benigno (fibroma).
  - Trastorno ovárico, como la poliquistosis ovárica y otros trastornos foliculares.
  - Trastornos del sistema endocrino que alteran los niveles de hormonas reproductivas, como los que afectan al hipotálamo y la hipótesis, que pertenecen a este sistema. El

<sup>1</sup> Publicado el 04 de abril de 2023. <https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-cada-seis-personas-padece-infertilidad>

<sup>2</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

cáncer de hipófisis y el hipopituitarismo son ejemplos de trastornos comunes que afectan al sistema endocrino.

- Las causas de esterilidad en el aparato reproductor masculino más frecuentes son:
- Obstrucción del aparato reproductor que causa una disfunción en la eyaculación de semen. Esas obstrucciones pueden producirse en los conductos que transportan el semen. Por lo general, se deben a lesiones o infecciones del aparato genital.
  - Trastornos hormonales que causan desequilibrios en las concentraciones de las hormonas secretadas por la hipófisis, el hipotálamo o los testículos. Las hormonas como la testosterona regulan la producción de espermatozoides. Los cánceres de la hipófisis o de los testículos son ejemplos de enfermedades que conducen a un desequilibrio hormonal.
  - Insuficiencia testicular (falta de producción de espermatozoides) debida, por ejemplo, a un varicocele o un tratamiento farmacológico, que altere las células productoras de espermatozoides.
  - Deficiencias en la función o la calidad del esperma. Las enfermedades o las situaciones que alteran la forma o la movilidad de los espermatozoides afectan negativamente a la fertilidad. Por ejemplo, el uso de esteroides anabolizantes puede alterar parámetros del esperma, como su recuento y su forma.

Los factores ambientales y ligados al régimen de vida, como el tabaquismo, el consumismo excesivo de alcohol y la obesidad, pueden afectar a la fertilidad. Además, la exposición a contaminantes y toxinas del entorno puede tener un efecto tóxico directo en el número y la calidad de los óvulos y los espermatozoides.

### La infertilidad en el Perú

Es la incapacidad de una pareja para gestar después de un año de relaciones sexuales frecuentes y sin el uso de métodos anticonceptivos en mujeres menores de 35 años. Las principales causas de infertilidad femenina y masculina se presentan respectivamente; en las mujeres, la tasa de gestación por ciclo disminuye, y, en el varón se disminuye los parámetros espermáticos los cuales disminuyen a partir de los 30 años hasta los 50 años.

Las principales causas de infertilidad de origen femenino son por causas anovulatorias, causas tubo peritoneales, causas endometriosis, causas cervicales, causas uterinas, causas sexológicas, entre otros. Por otro lado, las principales causas de infertilidad de origen masculino son por causas vasculares, causas infecciosas, causas inmunológicas, causas sexológicas y otros.<sup>3</sup>

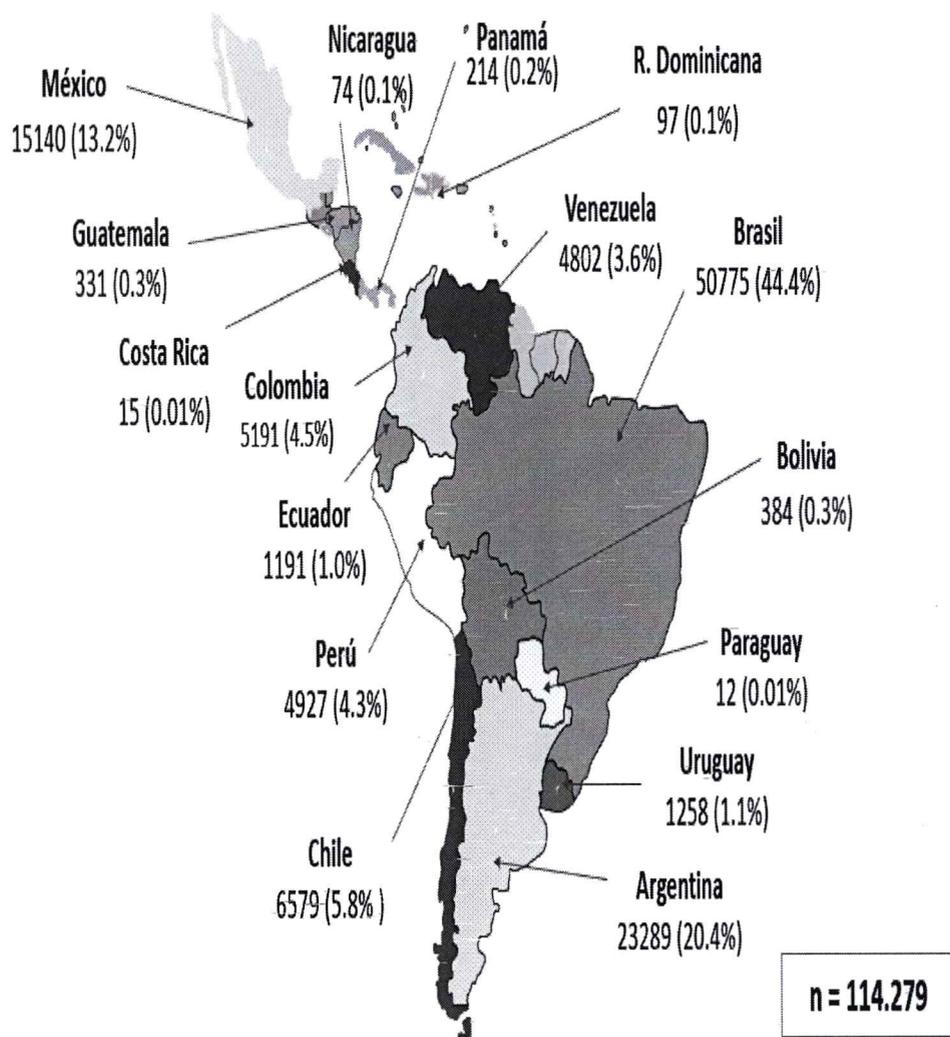
La OMS considera la infertilidad como un problema mundial de salud, el 15% de las parejas en edad reproductiva son infértiles a nivel mundial, es decir un promedio de 60 a 80 millones de parejas infértiles. En América Latina se evidencia altos índices de infertilidad secundaria, mientras

<sup>3</sup> Ministerio de Salud (2022). Servicio de reproducción humana. Obtenido de <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2022/Direccion/RD%20127%20DG%202022.pdf>

que el Perú no hay reportes actualizados que nos den a conocer la cantidad exacta de parejas afectadas.

Según las estadísticas realizadas por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, entre los años 1990–2011 en América Latina, 114,279 personas fueron concebidas mediante estas técnicas, donde el Perú ocupa el sexto lugar con 4,927 personas. <sup>4</sup>

**Imagen 1**  
**Número de nacidos por país por Reproducción asistida, 1999-2011**



**Fuente:** Zegers-Hochschild, Fernando (2013)

<sup>4</sup> Zegers-Hochschild, Fernando (2013). Registro latinoamericano de reproducción asistida: Primer registro multinacional caso por caso. Obtenido por <https://www.redlara.com/images/arq/RLA%20Panama%20final.ppt>

Según las estadísticas existe 34011257 de población total, solo el 30% del total representa a las mujeres en edad reproductiva o fértil.<sup>5</sup>

**Tabla 1**  
**Estadística poblacional, año 2025**

<b>MUJERES EN EDAD FERTIL, AÑO 2025</b>			
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>N° de habitantes</b>	<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	<b>34011257</b>
AMAZONAS	213 348	<b>MUJERES EN EDAD FÉRTIL</b>	<b>10 202 247</b>
ANCASH	589 338	<b>POBLACIÓN FEMENINA</b>	<b>17 166 259</b>
APURÍMAC	204 962	<b>POBLACIÓN MASCULINA</b>	<b>16 844 998</b>
AREQUIPA	813 684		
AYACUCHO	320 926		
CAJAMARCA	718 673		
CALLAO	620 495		
CUSCO	683 263		
HUANCAVELICA	160 827		
HUÁNUCO	366 532		
ICA	529 359		
JUNÍN	685 077		
LA LIBERTAD	1 072 806		
LAMBAYEQUE	702 687		
LIMA	5 901 859		
LORETO	516 857		
MADRE DE DIOS	89 904		
MOQUEGUA	93 880		
PASCO	127 940		
PIURA	1 076 626		
PUNO	596 710		
SAN MARTÍN	450 685		
TACNA	194 943		
TUMBES	124 387		
UCAYALI	310 491		
<b>TOTAL</b>	<b>17 166 259</b>		

**Fuente:** MINSA (2025)

**Nota:** Elaboración propia

Asimismo, la población estimada al año 2025 de acuerdo a sus edades son:

- 0-4 años de 2 447 910
- 5-9 años de 2 776 802
- 10-14 años de 2 586 533
- 15-19 año de 2 727 275
- 20-59 años de 18 569 126
- 60 años a más de 4 903 611

<sup>5</sup> Ministerio de Salud (2025). Estadística poblacional. Obtenido de [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion\\_estimada.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp)

**Tabla 2**  
**Población estimada por sexo según grupos de edad año 2025**

DEPARTAMENTO	0-4 A	5-9 A	10-14 A	15-19 A	20-59 A	60 A +	TOTALES GE
LIMA	659 834	747 590	670 290	774 846	6 520 201	1 977 271	1 135 032
PIURA	173 290	184 111	175 984	182 875	1 169 711	281 709	2 167 679
LA LIBERTAD	158 417	189 667	164 762	164 984	1 143 042	304 115	2 124 987
AREQUIPA	92 692	122 437	112 081	120 575	897 870	255 654	1 601 309
CAJAMARCA	122 275	132 280	136 256	143 158	752 415	149 627	1 436 011
JUNÍN	107 733	126 576	122 651	122 180	719 130	166 890	1 365 160
CUSCO	101 877	124 761	119 968	125 856	749 407	162 386	1 384 255
LAMBAYEQUE	107 325	115 910	109 120	112 934	712 657	208 927	1 366 873
PUNO	81 941	102 241	101 565	101 071	641 515	152 730	1 181 063
ANCASH	87 555	105 736	97 413	97 965	631 247	170 464	1 190 380
CALLAO	66 188	93 416	81 589	85 342	659 097	216 495	1 202 127
LORETO	124 233	117 490	110 330	106 256	508 988	98 807	1 066 104
ICA	75 445	98 320	90 083	91 953	558 793	146 337	1 060 931
SAN MARTÍN	82 309	91 881	88 155	87 030	492 259	103 879	945 513
HUÁNUCO	70 250	71 190	70 616	73 919	385 468	69 418	740 861
AYACUCHO	55 295	65 184	63 473	63 066	344 732	68 629	660 379
UCAYALI	66 257	68 367	59 726	55 986	329 034	66 549	645 919
APURÍMAC	34 996	40 467	40 045	39 158	221 232	44 764	420 662
AMAZONAS	52 219	43 769	42 621	42 400	217 237	40 418	438 664
HUANCAVELICA	31 269	33 370	33 960	35 525	160 948	30 319	325 391
TACNA	20 966	26 632	24 506	27 314	233 921	63 793	397 132
PASCO	23 635	22 852	22 949	23 880	141 983	29 858	265 157
TUMBES	21 022	22 205	20 898	20 999	147 709	36 206	269 039
MOQUEGUA	11 557	13 508	13 096	13 401	114 261	35 555	201 378
MADRE DE DIOS	19 330	16 842	14 396	14 602	116 269	22 812	204 251
<b>TOTAL</b>	<b>2 447 910</b>	<b>2 776 802</b>	<b>2 586 533</b>	<b>2 727 275</b>	<b>18 569 126</b>	<b>4 903 611</b>	<b>34 011 257</b>

**Fuente:** MINSa (2025)

**Nota:** Elaboración propia

Por otro lado, en el Perú se obtuvieron datos a través de la revisión de 184 historias clínicas de mujeres que acudieron al servicio de ginecología del hospital de Vítarte durante el periodo de enero 2015 a abril del 2019, donde 82 mujeres tiene como diagnostico la infertilidad y 82 sin este

diagnóstico o puérperas mediatas. Además, de las 182 mujeres presenta como causas con 34.1% dispareunia, 74,4% dismenorrea, 46.3% enfermedad pélvica inflamatoria, 18,3% embarazo ectópico, el 25,6% endometriosis, el 65.9% consumen cafeína, el 12.2% consume tabaco, el 39% consume alcohol y el 29.3% consumo de fármacos. <sup>6</sup>

**Tabla 3**  
**Factores asociados a infertilidad en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital Vitarte, periodo 2015-2019**

Factores	Infertilidad (casos)		No infertilidad (controles)		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Edad</b>						
>35-50 años	50	60,9%	22	26,82%	72	43,90%
≤ 35 años	32	47,6%	60	73,17%	92	56,05%
Media (DE)	35,17(4,96)		30,4 (6,31)			
<b>Grado de instrucción</b>						
Sec. incompleta	20	24,4 %	32	39%	51	31,70%
Sec. Completa o superior	60	75,6%	50	61%	113	68,30%
<b>Dispareunia</b>						
Si	28	34,1%	12	14,6%	40	24,4%
No	54	65,9%	70	85,4%	124	75,6%
<b>Dismenorrea</b>						
Si	61	74,4%	33	40,2%	94	57,3%
No	21	25,6%	49	59,8%	70	42,7%
<b>Epi</b>						
Si	38	46,3%	11	13,4%	49	29,9%
No	44	53,7%	71	86,6%	115	70,1%
<b>Ectópico</b>						
Si	15	18,3%	1	1,2%	16	9,8%
No	67	81,7%	81	98,8%	148	90,2%
<b>Endometriosis</b>						
Si	21	25,6%	23	28%	44	26,8%
No	61	74,4%	59	72%	120	73,2%
<b>Cafeína</b>						
Si	54	65,9%	43	52,4%	97	59,1%
No	28	34,1%	39	47,6%	67	40,9%
<b>Tabaco</b>						
Si	10	12,2%	2	2,4%	12	7,3%
No	72	87,8%	80	97,6%	152	92,7%
<b>Alcohol</b>						
Si	32	39%	14	17,1%	46	28%
No	50	61%	68	82,9%	118	72%
<b>Fármaco</b>						
Si	24	29,3%	15	18,3%	39	23,8%
No	58	70,7%	67	81,7%	125	76,2%
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Villanueva, Sheyla (2020)

**Nota:** Elaboración propia

<sup>6</sup> Villanueva, Sheyla (2020). Factores de riesgo para infertilidad en un hospital peruano. Revista de la facultad de medicina humana, volumen20. Obtenido de <https://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1164&context=rfmh>

## Técnicas de reproducción asistida

Entre las técnicas de reproducción asistida más conocidas tenemos:

- Inseminación artificial
- Maternidad sustitutiva
- Congelación de embriones o criopreservación
- Fecundación in vitro

Estas técnicas están en constante avance y desarrollo, sin embargo, la normativa en nuestro país es deficiente, por ello, la propuesta de la presente iniciativa legislativa.

### Inseminación Artificial (IA)

#### a) Definición

La inseminación intrauterina consiste en la colocación de los espermatozoides en el útero de una mujer a través de un tubo largo parecido a una pajilla delgada. Es parte de las técnicas de reproducción asistida de baja complejidad, bajo costo y procedimiento muy efectivo.<sup>7</sup> Es decir, se produce cuando se depositan los espermatozoides en el interior de la mujer mediante cánula o jeringa.

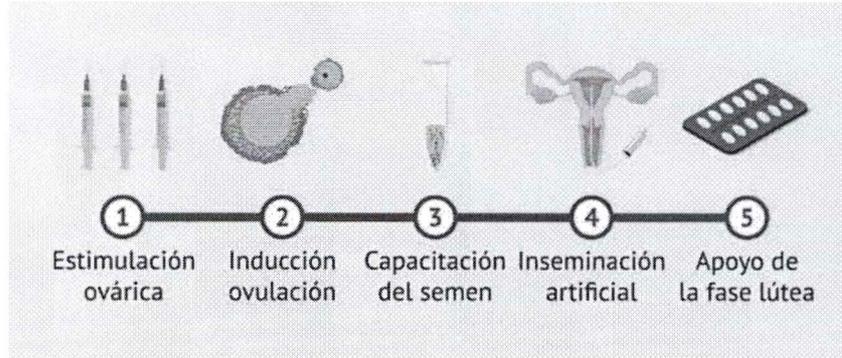
#### b) Proceso de inseminación artificial

Se da mediante los siguientes pasos: en primer lugar, la estimulación ovárica se da cuando se administran dosis bajas de gonadotropinas, con la finalidad de estimular los ovarios y después se dan los controles periódicos para evaluar el desarrollo folicular; en segundo lugar, la inducción de la ovulación, se da cuando hay un control ecográfico, visualizando que uno o dos folículos ováricos tienen un desarrollo adecuado, donde se le administra la inyección de hormona Gonadotropina Coriónica humana ( hCG ) y se programa la inseminación en un aproximado de 36 horas; en tercer lugar, la capacitación del semen es donde se da el proceso de preparación de la muestra del semen para que solo contengan espermatozoides móviles; en cuarto lugar, se da la inseminación el momento de la ovulación donde se deposita una pequeña muestra del semen en el útero de la mujer mediante una cánula; y finalmente, el apoyo de la fase lútea se administra progesterona vía oral o vaginal, con la finalidad de facilitar la implantación del embrión en el endometrio y surja el embarazo.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Vargas, Luis & otros (2019). Factores asociados a embarazo clínico en inseminación intrauterina. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322019000400004&lang=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400004&lang=es).

<sup>8</sup> Fernández & otros (2024). La inseminación artificial (IA): ¿Qué es y cuál es su precio? Reproducción Asistida ORG. Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/inseminacion-artificial-ia/>

**Imagen 2**  
**Pasos de un tratamiento con inseminación artificial**



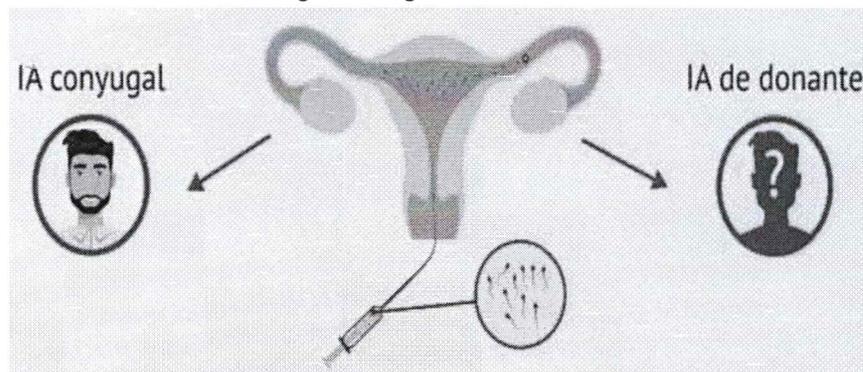
**Fuente:** Fernández & otros (2024)

**c) Tipos de inseminación artificial**

**1. Según el origen del semen**

Existen dos tipos de inseminación artificial en función al origen del semen empleado, en primer lugar, la IA conyugal u homóloga, se da con el semen de la pareja; y, en segundo lugar, la IA de donante o heteróloga, se da cuando se utiliza el espermatozoides de un donante.

**Imagen 3**  
**IA según el origen del semen**

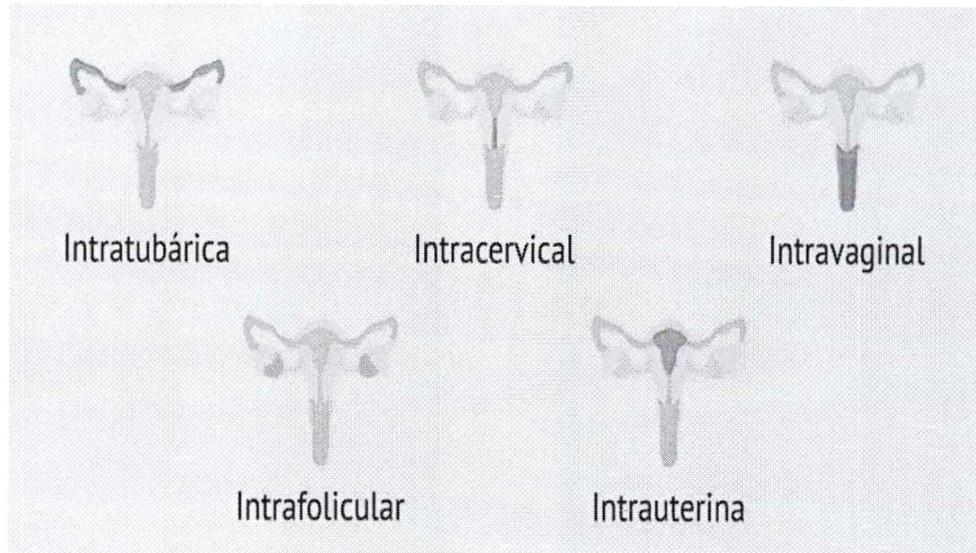


**Fuente:** Fernández & otros (2024)

**2. Según el lugar donde se depositan los espermatozoides**

Se clasifican en base al lugar exacto del aparato reproductor femenino donde se depositan los espermatozoides. Existen cinco tipos: 1. Intratubárica es depositado en las trompas de Falopio, 2. Intracervical se colocan en el cuello uterino, 3. Intravaginal se introduce en la vagina, 4. Intrafolicular se deposita en el interior del folículo ovárico, y, 5. Intrauterina la muestra de espermatozoides se deja en la cavidad uterina.

**Imagen 4**  
**Tipos de IA en función de donde se depositan los espermatozoides**



**Fuente:** Fernández & otros (2024)

## **Fecundación In-Vitro**

### **a) Definición**

Los autores Monroy y Téllez han establecido que “la fecundación in vitro es la unión del óvulo de una mujer y el espermatozoide de un hombre en un laboratorio”.<sup>9</sup> Además, Paragis señala que la FIV es una técnica que consiste en fertilizar los ovocitos y espermatozoides fuera del cuerpo materno a través de un laboratorio especializada en Técnicas de Reproducción Asistida.<sup>10</sup> Asimismo, Varsi señala que es proceso que tiene como finalidad la unión del ovulo con espermatozoide para lograr la fecundación de forma inducida fuera del útero.<sup>11</sup>

La fecundación *in vitro* (FIV) involucra cuatro aspectos: primero, la adquisición de ovocitos maduros; segundo, la fertilización de los ovocitos maduros fuera del aparato reproductor femenino; tercero, el cultivo de los embriones antes de la implantación; y cuarto, la transferencia embrionaria dentro del útero.<sup>12</sup> Es decir, la FIV como un proceso médico-científico, donde el ovulo es extraído para que sea fertilizado con el espermatozoide fuera del cuerpo materno y ser transferido al útero de una mujer.

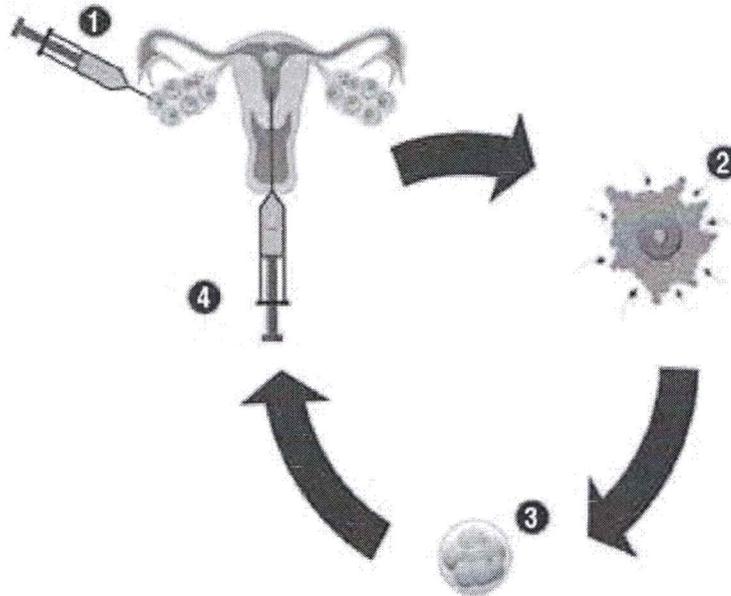
<sup>9</sup> Monroy, J. y Téllez, R. (2016). La fecundación in vitro, un derecho negado en Colombia. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5676828>

<sup>10</sup> Paragis, M. (2021). Gestación subrogada: tensiones y controversias con respecto al ejercicio de los derechos reproductivos y los mandatos sociales. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/358818133\\_Gestacion\\_subrogada\\_Tensiones\\_y\\_controversias\\_con\\_respecto\\_al\\_ejercicio\\_de\\_los\\_derechos\\_reproductivos\\_y\\_los\\_mandatos\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/358818133_Gestacion_subrogada_Tensiones_y_controversias_con_respecto_al_ejercicio_de_los_derechos_reproductivos_y_los_mandatos_sociales)

<sup>11</sup> Varsi, E. (2016.). Derecho Genético. Lima., Perú

<sup>12</sup> Revista de Sanidad Militar (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0301-696X2018000400363#B2](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400363#B2)

**Imagen 5**  
**Fecundación in vitro (FIV)**



**Fuente:** Revista de sanidad militar (2018)

#### **b) Antecedentes**

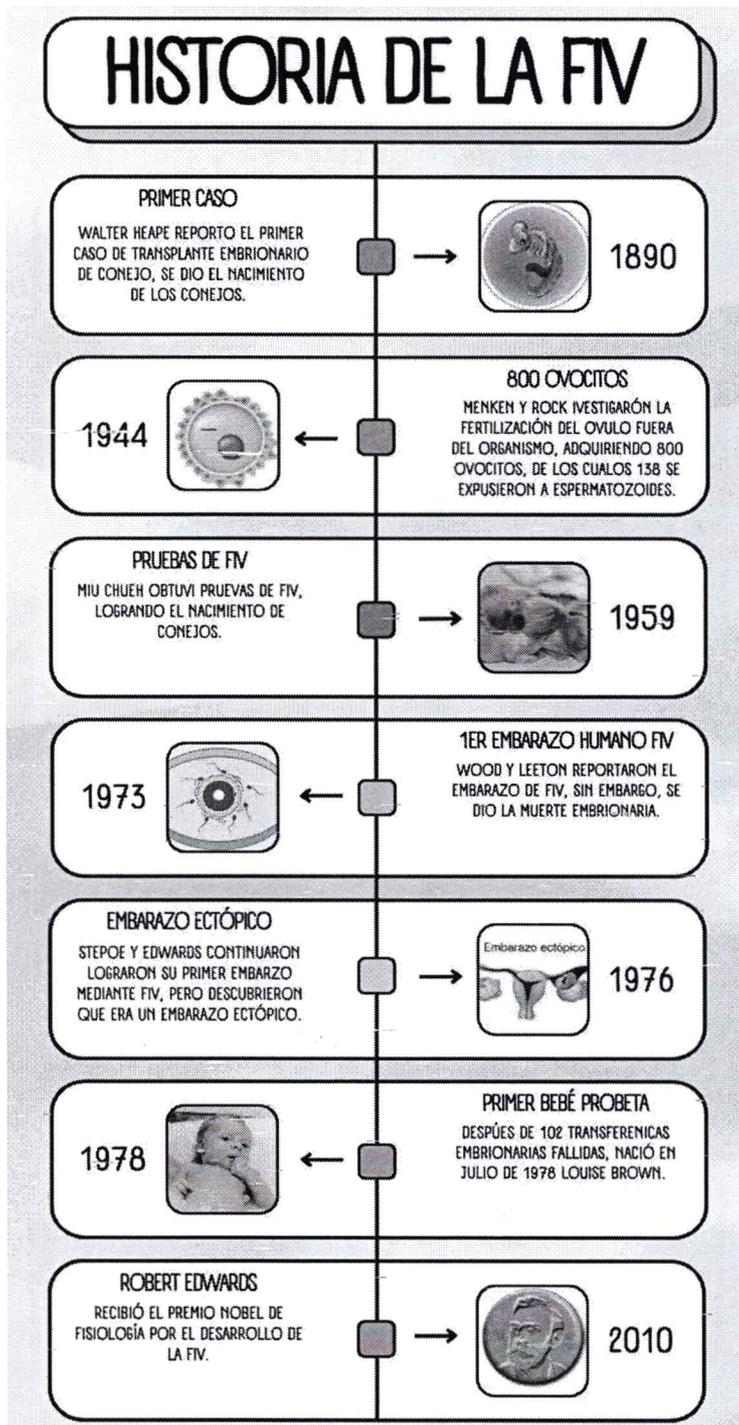
La historia de la fecundación in vitro (FIV) empieza en el año 1890 cuando el docente de la Universidad de Cambridge, Walter Heape reportó el primer caso de trasplante de embriones de conejo, donde se transfirió dos embriones de conejo angora a un ciervo belga, producto de ello se dio el nacimiento de los conejos con éxito.

En febrero de 1944, Miriam Menken y John Rock comenzaron a investigar sobre la fertilización del óvulo humano fuera del organismo femenino; para ello, adquirieron un aproximado de 800 ovocitos, donde 138 ovocitos fueron expuestos a espermatozoides; sin embargo, no obtuvieron éxito. En 1959 el investigador de la reproducción, Min Chueh Chang obtuvo pruebas de FIV, logrando nacimientos vivos por primera vez en conejos.

En 1973 se dio el primer embarazo humano mediante FIV, reportado por Carl Wood y John Leeton en Melbourne, pero desafortunadamente se dio la muerte embrionaria temprana. Pese a ello, los investigadores Patrick Steptoe y Robert Edwards continuaron con la FIV en humanos, logrando así en 1976 su primer embarazo, pero descubrieron que se trataba de un embarazo ectópico. Finalmente, después de un total de 102 transferencias de embriones fallidas, se dio el nacimiento del primer bebé «probeta» en julio de 1978 Louise Brown. En 2010 Robert Edwards recibió el Premio Nobel de Fisiología por el desarrollo de la FIV más transferencia de embriones. <sup>13</sup>

<sup>13</sup> Revista de Sanidad Militar (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0301-696X2018000400363#B2](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400363#B2)

Imagen 6  
Historia de la FIV



**Fuente:** Revista de sanidad militar (2018)

**Nota:** Elaboración propia

### c) La historia de Louise Brown

Lesley Brown y su esposo John no lograban concebir, ya que Lesley tenía bloqueadas las tubas uterinas, por ello 1976 recurrió al ginecólogo Patrick Christopher Steptoe del Hospital General de Oldham en Manchester de Reino Unido, le sugirió probar una nueva técnica experimental para eludir su bloqueo tubárico, siendo sometida a una recuperación laparoscópica de ovocitos durante un ciclo natural ovulatorio.

Por otro lado, el Sr. Robert Geoffrey Edwards, un fisiólogo británico, usó el espermatozoide de su esposo para fertilizar el ovocito recuperado en el laboratorio, para que luego el embrión de ocho células sea colocado en la cavidad uterina de Lesley. Finalmente, la Sra. Brown tuvo un embarazo difícil, donde se dio el nacimiento de Louise Brown el 25 de julio de 1978. <sup>14</sup>

**Imagen 7**  
**Nacimiento de Louise Brown**



**Fuente:** Portada Evening News (1978)

<sup>14</sup> Revista de Sanidad Militar (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0301-696X2018000400363#B2](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400363#B2)

#### d) Partes del proceso fecundativo in vitro (FIV)

Según Miranda, el proceso de fecundación in vitro tiene tres etapas, las cuales son:

- a) La primera etapa, es donde se da la extracción de elementos reproductivos, en el caso del hombre se extrae el líquido seminal a través de la masturbación y en la mujer se debe comprobar que posee una ovulación normal, para la extracción del óvulo.
- b) La segunda etapa, se prepara el óvulo y espermatozoide para la fecundación, luego es inducido al tracto genital femenino, donde el espermatozoide preparado ingresa al ovocito.
- c) La tercera etapa, en la cual, el óvulo ya fecundado, es observado entre 12 y 24 horas después de la fecundación, con la finalidad de evitar se adhieran al óvulo fecundado algún cúmulo de células, esto durante 30 a 48 horas; posteriormente se hará el traslado o transferencia del embrión resultante hacia la futura madre, sea esta la genética o subrogada.<sup>15</sup>

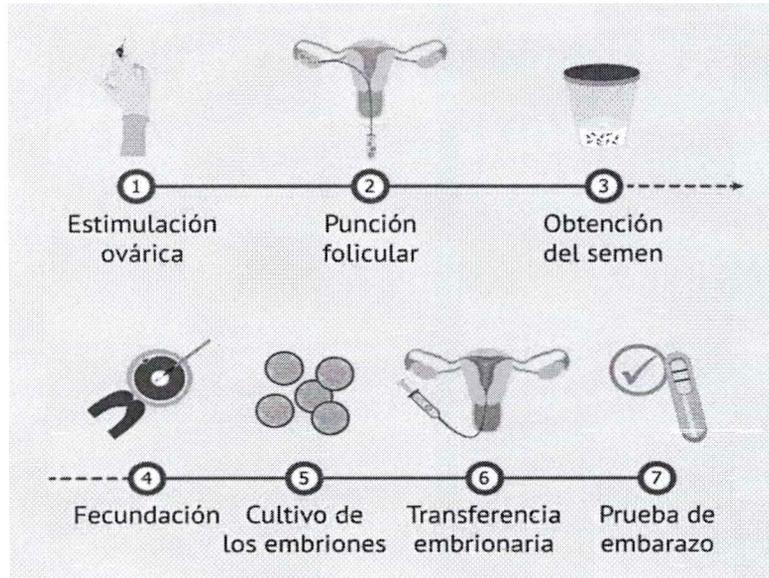
Por otro lado, el proceso de una FIV es complejo, debido a que la paciente debe pasar por una serie de procesos para lograr el éxito del tratamiento:

1. **Estimulación ovárica**, se da cuando la mujer recibe un tratamiento hormonal por un aproximado de 10 días, con la finalidad de que se produzcan óvulos maduros.
2. **Punción folicular**, mediante una intervención quirúrgica se extrae los óvulos maduros.
3. **Obtención del semen**, se recoge la muestra seminal del varón, el cual pasa por un proceso de capacitación espermática con la finalidad de que sean capaces de fecundar.
4. **Fecundación**, se da cuando el ovulo y espermatozoide se fusionan.
5. **Cultivo de embriones**, una vez con el ovulo fecundado, los embriones son dejados en un incubador para que surja el desarrollo embrionario, la transferencia se da podría dar en el día 3 o 6 del desarrollo embrionario. Por otro lado, la mujer recibe otro tratamiento hormonal para que el endometrio tenga óptimas condiciones para la implantación embrionaria.
6. **Transferencia embrionaria**, se escoge los embriones de mayor calidad, los cuales son transferidos al útero de la mujer, donde se producirá la implantación y embarazo. Los embriones sobrantes son criopreservados.
7. **Prueba de embarazo**, después de la transferencia de los embriones, pasado los 12 días la mujer puede realizar una prueba de embarazo.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Miranda, C. (2017). La Fecundación in Vitro. Lima, Perú

<sup>16</sup> Saucedo, E y otros (2024). La fecundación in vitro (FIV) – ¿Qué es y cuál es su precio? Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/fecundacion-in-vitro-fiv/>

**Imagen 8**  
**Proceso de la fecundación in vitro**



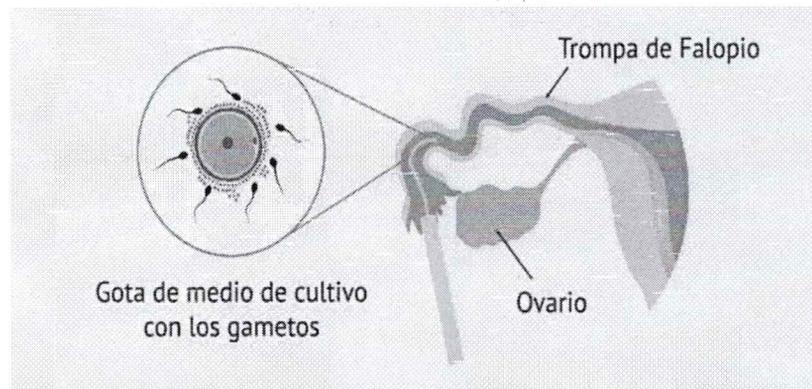
**Fuente:** Saucedo, E y otros (2024)

### Transferencia Intratubárica de Gametos

#### a) Definición

Es aquella técnica intermedia entre la inseminación artificial y la fecundación in vitro, donde se transfiere los gametos que han sido previamente recolectados, para luego ser transferidos a las trompas de Falopio a través de la laparoscopia, para llevarse a cabo la paciente debe ser anestesiada para evitar posibles molestias.

**Imagen 9**  
**transferencia intratubárica de gametos**



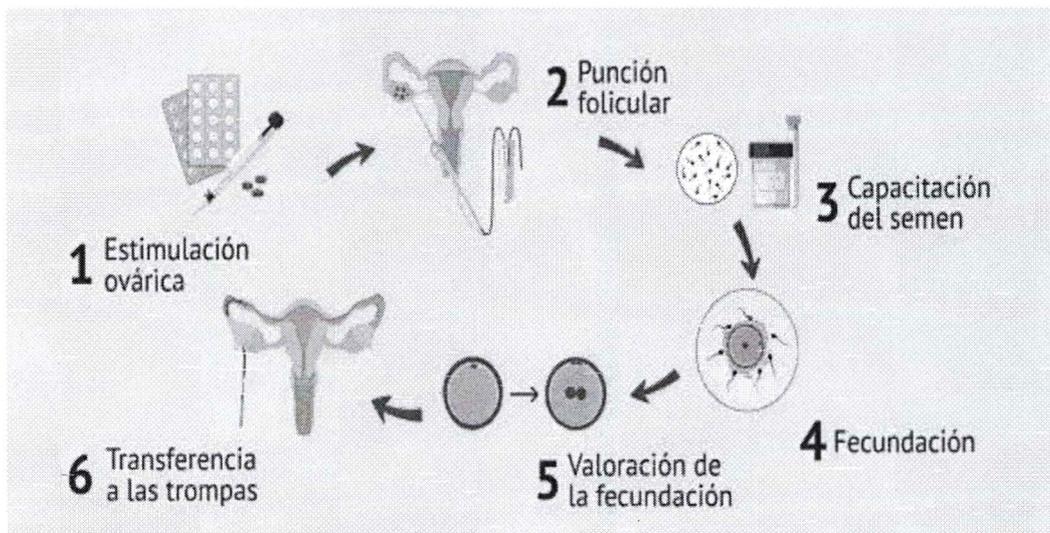
**Fuente:** Reproducción Asistida ORG

## b) Procedimiento de transferencia intratubárica de gametos

La transferencia intratubárica de gametos se realiza la estimulación ovárica controlada mediante un tratamiento hormonal con la finalidad de obtener la mayor cantidad de ovocitos. Después se realiza la punción folicular bajo la sedación, esta consiste en la aspiración de los ovocitos, los cuales son fecundados en el laboratorio con los espermias de la pareja o donante. Trascorrido aproximadamente un día, los embriólogos ven cuantos ovocitos han sido fecundados de manera correcta, luego se procede directamente a la transferencia de los cigotos a las trompas de Falopio.

Imagen 10

### Procedimiento de transferencia intratubárica de gametos



**Fuente:** Reproducción Asistida ORG

## MARCO LEGAL

### ➤ Declaración Universal de Derechos Humanos

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, establece lo siguiente:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio tienen derecho a igual protección social.

### ➤ Constitución Política del Perú

La Constitución Política del Perú reconoce a la salud como un derecho, tal es así que los artículos 2 y 7 disponen lo siguiente:

Artículo 2. Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

Artículo 7. Todos tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen leal de protección, atención, readaptación y seguridad.

➤ **Ley 26842, Ley General de Salud**

El título preliminar II, precisa que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Asimismo, el Artículo 7, de la citada norma, indica. que toda persona tiene derecho a recurrir el tratamiento de su infertilidad, así como procrear mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida, siempre que la condición de madre genética y madre gestacional recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, se requiere el consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos.

Está prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos.

## LEGISLACIÓN COMPARADA

➤ **Perú**

Según, Ley General de Salud, LEY N° 26842 en su artículo 7 sostiene que “toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida, se requiere del consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos”.<sup>17</sup>

➤ **Argentina**

Mediante la Ley 26.862, Ley de Reproducción Medicamente Asistida establece en su artículo 2 que toda persona mayor de edad puede someterse a las practicas reproductivas

<sup>17</sup> Ley General de Salud, LEY N°26842 (1997), obtenido de <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H775516>

que incluyan o no la donación de embriones. Asimismo, en su artículo 5 manifiesta que serán realizados en establecimiento sanitarios que cumplan con los requisitos de ley.<sup>18</sup>

➤ **España**

El artículo 5 de la Ley de Técnicas de Reproducción Humana Asistida establece lo siguiente: “1) La donación de gametos y preembriones autorizadas por ley mediante un contrato; 2) La donación sólo puede anularse si el donante sigue necesitando para sí los gametos donados y éstos siguen siendo accesibles en la fecha de anulación; 3) Nunca tendrá carácter lucrativo o comercial; la recompensa económica sólo puede compensar las molestias; (...)”.<sup>19</sup>

➤ **Ecuador**

Según el Código de Ética Médica en su artículo 107 establece que “sólo los profesionales médicos, previo consentimiento de los cónyuges y en los casos de esterilidad o imposibilidad del varón determinada por la ciencia, podrán realizar la inseminación artificial.”<sup>20</sup>

Asimismo, el Reglamento para el uso del material genético en el Ecuador en su artículo 2 estipula que se permitirá: a) Los estudios biomédicos fundamentales relativos a la salud humana, b) La donación y utilización de cualquier muestra biológica que permita la extracción de ADN y ARN para su uso en investigación biomédica y posibles aplicaciones médicas, c) La manipulación del procesamiento de muestras biológicas, y d) La conservación de muestras de ADN y ARN.<sup>21</sup>

➤ **Uruguay**

Mediante Ley N°19.167 regula las técnicas de reproducción humana asistida en su artículo 7 establece los requisitos que se deben de cumplir para realizar dichas prácticas reproductivas las cuales son ser mayor de edad y menor de 60 años, se tiene que verificar que estas prácticas se realizaran con éxito no generando riesgo ni en la mujer o posible descendencia, en procedimientos de alta complejidad se debe dejar constancia en la historia clínica y finalmente debe existir el consentimiento expreso y por escrito de ambos miembros de la pareja.<sup>22</sup>

➤ **México**

De acuerdo con el artículo 466 de la Ley General de Salud de México de 2017, quien insemine artificialmente a una mujer sin su consentimiento, o incluso con su consentimiento si es menor de edad o incapaz, se enfrenta a una pena de uno a tres años

<sup>18</sup> Ley 26.862 (2013). Reproducción medicamente asistida. Obtenido de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

<sup>19</sup> Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, obtenido en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>

<sup>20</sup> Código de ética médica (1992). Obtenido de <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-politecnica-salesiana/etica/codigo-de-etica-medica/1517761>

<sup>21</sup> Reglamento para uso del material genético humano en Ecuador (2013). Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/reglamento\\_sobre\\_el\\_material\\_genetico\\_septiembre\\_2013.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/reglamento_sobre_el_material_genetico_septiembre_2013.pdf)

<sup>22</sup> Ley N°19.167. Técnicas de reproducción humana asistida. Obtenida de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013\\_ley19.167\\_ury.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_ley19.167_ury.pdf)

de prisión; si resulta un embarazo, la pena aumenta de dos a ocho años de prisión. Sin el permiso del cónyuge, una mujer casada no puede aceptar la inseminación.<sup>23</sup>

## II. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa no implicaría costos adicionales al Estado, lo que se busca es fortalecer la normativa para erradicar la delincuencia en el país.

Actores	Efectos directos	Efectos indirectos
Ciudadanos	Acceso a los procedimientos de técnicas de reproducción asistida.	Posibilidad de seguir perfeccionando las técnicas de reproducción asistida, a través de investigaciones y avances tecnológicos.
Estado	Brindar condiciones para los ciudadanos que afrontan problemas de infertilidad, accediendo con eficacia y eficiencia a las técnicas de reproducción asistida a través de los servicios de salud a nivel nacional.	Estandarizar las técnicas de reproducción asistida, evitando complicaciones e informalidad en atenciones médicas.
Profesionales de la salud	Los especialistas de la salud aplicarán las técnicas de reproducción asistida, dentro del marco legal establecido en la presente ley.	Investigar y desarrollar mejores procedimientos en técnicas de reproducción asistida.

## III. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no colisiona con nuestra constitución, ni norma vigente, por el contrario, fortalece nuestra legislación al afrontar los vacíos legales con relación a temas de

<sup>23</sup>Ley General de Salud de México (1984). Obtenido de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)

infertilidad y un acceso a regulación de técnicas de reproducción asistida, protegiendo la dignidad humana de la persona, los derechos reproductivos, la familia y el interés superior del niño.

#### **IV. RELACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL**

Esta iniciativa guarda relación con las Políticas de Estado:

- ✓ Política de Estado 11. Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación
- ✓ Política de Estado 13. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social
- ✓ Política de Estado 16. Fortalecimiento de la familia, promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud
- ✓ Política de Estado 20. Desarrollo de la ciencia y la tecnología
- ✓ Política de Estado 24. Afirmación de un Estado eficiente y transparente

Lima, junio de 2025