



Universidad  
de Alcalá

FACULTAD DE DERECHO

GRUPO DE INVESTIGACIÓN  
DECADE

## **El acceso de las personas con el VIH a las técnicas de reproducción humana asistida**

**Paulina Ramírez Carvajal**  
**Miguel Angel Ramiro Avilés**  
Universidad de Alcalá

### **Recomendación de Cita**

Ramírez Carvajal P, Ramiro Avilés MA. *El acceso de las personas con el VIH a las técnicas de reproducción humana asistida*. Alcalá de Henares: Grupo de Investigación ‘Discapacidad, Enfermedad Crónica y Accesibilidad a los Derechos’ de la Universidad de Alcalá. 2024.

### **Cláusula de Integridad Científica**

PRC ha buscado la bibliografía y escrito las diferentes versiones completas del informe. MARA ha diseñado el contenido del informe, ha revisado y corregido las diferentes versiones completas del informe.

## Resumen

El acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) ha sido uno de los ámbitos en los que, en no pocas ocasiones, se ha cuestionado o incluso denegado la solicitud de esta prestación a las personas con el VIH. Sin embargo, estas técnicas están clínicamente indicadas en aquellos casos en que las parejas son serodiscordantes o seroconcordantes al VIH ya sea porque exista un diagnóstico de infertilidad o ya sea porque son técnicas que han demostrado su eficacia y utilidad a la hora de evitar tanto la transmisión horizontal como la transmisión vertical del virus. Con el fin de conocer las razones que subyacen esos obstáculos, en este informe se explicará el reconocimiento legal de las TRHA y el derecho a estas prestaciones por las personas con el VIH, y se abordarán las situaciones problemáticas que se han presentado a la hora de acceder a estas técnicas por las personas con el VIH.

**Palabras Clave:** VIH, Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), discriminación, pareja serodiscordante, estado serológico, tratamiento antirretroviral.

## Abstract

Access to assisted human reproductive technologies (AHRT) has been one of the areas where people living with HIV have not infrequently been questioned or denied access to these services. However, these techniques are clinically indicated in cases where couples are HIV serodiscordant or seroconcordant, either because there is a diagnosis of infertility or because they are techniques that have proven effective and useful in preventing both horizontal and vertical transmission of the virus. In order to understand the reasons behind these barriers, this report will explain the legal recognition of AHRT and the entitlement to these services for people living with HIV and will address the problematic situations that have arisen in accessing these techniques for people living with HIV.

**Key Words:** HIV, Assisted Human Reproduction Techniques (AHRT), discrimination, serodiscordant couples, HIV status, antiretroviral treatment.

## INTRODUCCIÓN

Este informe ha sido elaborado por la Clínica Legal de la Universidad de Alcalá en el marco del proyecto estable de colaboración celebrado entre esta entidad y la Coordinadora Estatal de VIH y SIDA (CESIDA).

La necesidad de actualizar y recoger la información jurídica relativa al acceso a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) por las personas con el VIH ha sido el motivo que ha originado la realización de este trabajo. En un ámbito en el que los avances de la ciencia posibilitan más opciones de tratamientos de fertilidad, de esterilidad y/o de prevención de enfermedades transmisibles a la posible descendencia y, por tanto, se amplía el abanico y el acceso de las personas a estas prestaciones, es oportuno conocer si las personas con el VIH pueden acceder a las mismas en igualdad de condiciones con el resto de las personas o se siguen encontrando con barreras legales.

Desde la preparación de este informe y hasta la fecha de su publicación, hemos intentado recabar información sobre posibles situaciones de exclusión o discriminación de las personas con el VIH para conocer si, en la práctica, se siguen dando. A través de las redes sociales de la Clínica Legal y de CESIDA se ha informado de la realización de esta investigación y se ha solicitado testimonios que reflejen la problemática planteada. En los primeros meses de 2024 hemos conocido dos casos.

El primero de ellos es el de una pareja heterosexual serodiscordante en la que el hombre tiene el VIH indetectable y la mujer no tiene el VIH. La pareja, tras expresar su deseo de convertirse en padres, recibe información sobre el lavado de semen y la posterior inseminación artificial como única alternativa posible para llevar a cabo el embarazo en el sistema público de salud. Esta situación que, en principio, no parece discriminatoria, refleja una de las grandes carencias de la atención sanitaria que se presta a las personas con el VIH y es la falta de actualización científica en la materia en los servicios sanitarios que prestan asistencia a las personas con el VIH, lo cual repercute en los derechos de las personas, en su dignidad, en su autonomía y en su capacidad de elección, pues la ofrecida no es la única alternativa de reproducción posible para esta pareja. Si se está al corriente de la evidencia científica, se debería conocer que, cuando la carga viral es indetectable, las posibilidades de transmisión al miembro de la pareja que no tiene el VIH son mínimas en relaciones sexuales sin protección (lo que se conoce como  $I = I$ ). Por tanto, si el hombre

con el VIH no puede transmitirlo a la mujer, ésta, a su vez, tampoco va a poder transmitir el VIH a su hijo por transmisión vertical. En estos casos, y con la debida supervisión clínica del tratamiento antirretroviral y el nivel de carga viral, no haría falta realizar la técnica de reproducción humana asistida que les fue recomendada en un primer momento, pues pueden concebir de forma natural sin que exista riesgo de transmisión. Esta pareja, afortunadamente, fue asesorada por una ONG experta en el ámbito del VIH y pudo llevar adelante el embarazo sin ninguna dificultad y no hubo riesgo de transmisión del VIH ni para la mujer, ni mucho menos para el bebé que nació. Este caso demuestra que las personas con el VIH se siguen encontrando con problemas graves a la hora de recibir información sobre las alternativas de reproducción, pues, aun cuando hay evidencias de riesgo mínimo de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes<sup>1</sup>, se continúan estableciendo medidas preventivas que superan lo razonable. No siempre lo más seguro para evitar el riesgo de transmisión es recurrir a las TRHA. Dependerá de cada caso.

El segundo caso es el de una mujer con el VIH que, tras programar un tratamiento de reproducción asistida para una fecha concreta en una clínica privada especializada en estos tratamientos, le cambian dicha ficha por el hecho de tener el VIH. El motivo que le dan es que debido a “su situación” [sic], no pueden realizarle el tratamiento en la fecha acordada sino varios meses más tarde para que coincida con la limpieza de los aparatos que se utilizan en el tratamiento. La usuaria nos indica que se quejó y que, tras ello, la clínica accedió a realizarle el tratamiento, pero le advierten que no se podrían utilizar los equipos de última generación que ya habían sido pagados por la usuaria con carácter previo, sino unos más antiguos con el consiguiente reembolso del importe. A la usuaria, finalmente, se le realizó el tratamiento, sin embargo, no obtuvo buenos resultados. Esta

---

<sup>1</sup> En nuestro país, el Dr. Jorge del Romero y su equipo fueron pioneros en demostrar la evidencia de la intransmisibilidad del virus cuando la carga viral es indetectable en las parejas serodiscordantes en el ámbito de la gestación natural a través del Programa de Consejo Reproductivo que se puso en marcha en el año 2002 en el Centro Sandoval (Madrid) y que hasta la fecha puede presumir de haber supervisado más de 300 gestaciones naturales sin que se haya producido la transmisión del VIH entre las parejas y entre madres e hijos. Ver Barreiro P, Del Romero J, Leal M, et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 43:3, pp. 324-326; Del Romero J, Río I, Castilla J, et al. Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual serodiscordant partners. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2015, 33:10, pp. 666-672.; Del Romero J, Baza MB, Río I, et al. Natural conception in HIV-serodiscordant couples with the infected partner in suppressive antiretroviral therapy: A prospective cohort study. *Medicine*, 2016, 95:30(e4398); Baza MB, Jerónimo A, Río I, et al. Natural Conception is Safe for HIV-Serodiscordant Couples with Persistent Suppressive Antiretroviral Therapy for the Infected Partner. *Journal of Women's Health*, 2019, 28:11, pp. 1555-1562.

situación y el trato discriminatorio recibido por la clínica le provocó un gran malestar, sentimientos de tristeza y de desconcierto, ya no solamente por no haber obtenido resultados, sino también por haber sido discriminada cuando cumplía perfectamente con todos los requisitos que le habían establecido en un protocolo específicamente creado para ella.

Como en el caso anterior, en este también se advierte el mismo problema antes mencionado, si bien en este segundo caso la desinformación del personal sanitario resulta vergonzosa y la discriminación evidente. En este caso también hay evidencia científica suficiente para respaldar ya no solo los buenos resultados en las TRHA en mujeres con el VIH sino también para respaldar que no hace falta adoptar unas medidas de higiene específicas para la realización de este tipo de tratamientos, más si cabe cuando la personas con el VIH ha seguido estrictamente los protocolos específicos para su caso. En ambos casos, sus protagonistas, las personas con el VIH, se han visto expuestas a que sus planes de vida se trastocan por el hecho de no recibir la información sanitaria adecuada y actualizada a sus situaciones; que los propios sistemas sanitarios les traten de forma discriminatoria, con todo lo que ello puede suponer para quien afronta un diagnóstico y la vivencia de tener el VIH, indudablemente, repercute en sus derechos.

El hecho de que hayamos conocido “solo” dos casos no es indicativo de que sea un problema superado para el colectivo de personas con el VIH, sino al contrario, pues estos dos casos reflejan que las barreras siguen existiendo y que, aunque no se trate de situaciones reiteradas, aparentemente, es importante visibilizar problemas aislados. Además, no por menos reiterados son menos llamativos. Ya en el año 2005, cuando se publicaron los resultados del *Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*, se indicaba la necesidad de informar de que por tener el VIH no se deriva necesariamente una exclusión de las técnicas de reproducción asistida y de que existen técnicas de solución y prevención<sup>2</sup>. Algunos de los resultados que se recogieron en dicho estudio señalan que el 84% de los centros sanitarios a los que se remitió la encuesta informaron al varón con el VIH sobre los riesgos y se le recomendó el lavado de semen y la reproducción asistida; el 13% recomendó la fecundación natural

---

<sup>2</sup> *Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria en las personas que viven con VIH o Sida*, 2005, p. 100. Disponible en <https://fipse.es/uploads/publicaciones/discriminacion.pdf>.

con las adecuadas precauciones; y en el 3% se desaconsejó la reproducción. En el caso de la mujer con el VIH, los resultados de la encuesta indicaron que en el 61% de los centros se informó de los riesgos y se le recomienda la reproducción asistida; en el 23% se desaconsejó la reproducción; y en el 16% se recomendó la fecundación natural con las adecuadas precauciones<sup>3</sup>.

Cuando se publicaron estos resultados, hace ya 20 años, resultaban razonables muchas de las cifras mencionadas porque las evidencias científicas, por ejemplo, del I=I, fueron posteriores y también fue posterior el reconocimiento legal de muchas de las técnicas de reproducción asistida que conocemos en la actualidad. Pero ya ha pasado mucho tiempo de aquello y, a fecha de 2024, no deberían seguir dándose esas recomendaciones, por ejemplo, aquellas que evitan la concepción natural en las personas serodiscordantes, cuando hay evidencia avalada científicamente sobre la imposibilidad de la transmisión sexual del VIH en el contexto de la indetectabilidad. Sobran los motivos para confirmar que es imperativo el asesoramiento previo a la concepción o la consulta con especialistas en fertilidad para poder abordar y optimizar los objetivos reproductivos<sup>4</sup>.

Es presumible que haya más casos parecidos a los dos mencionados anteriormente que, por el motivo que sea, no quieran darse a conocer. Por ello, en este trabajo, insistiremos en dar información legal actualizada para todas aquellas personas con el VIH interesadas en acceder a las TRHA.

Así pues, en la primera parte de este trabajo se hablará de las TRHA reconocidas legalmente e incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y los requisitos que se deben cumplir para acceder a ellas; en la segunda parte se abordarán las situaciones problemáticas que pueden encontrarse las personas con el VIH en el acceso a estas prestaciones y qué se puede hacer ante ellas; y, por último, se darán unas recomendaciones y las conclusiones.

---

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 101.

<sup>4</sup> Hanson BM., Dorais JA. Reproductive considerations in the setting of chronic viral illness. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017, 217:1, p. 4.

## **1. EL RECONOCIMIENTO LEGAL DE LAS TRHA Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON EL VIH**

Ante la pregunta sobre si las personas con el VIH pueden acceder a las TRHA, lo primero que debemos hacer es comprobar cuáles son las prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS) en materia de Reproducción Humana Asistida. Así pues, interesa conocer en qué normas se regula el acceso a esta prestación, si está incluida en la cartera de servicios del SNS, cuáles son las técnicas incluidas y quién tiene derecho a acceder a las mismas.

### **1.1 Regulación legal**

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud que se hace en el artículo 43 de la Constitución Española y su desarrollo normativo a nivel estatal, principalmente mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, determinan que la prestación de servicios sanitarios debe hacerse en condiciones de igualdad efectiva y con el fin de proporcionar una atención integral a la salud de las personas.

Por este motivo se ha establecido una cartera de servicios comunes a la que las personas titulares del derecho a la protección de la salud pueden acceder siempre que exista una indicación clínica y sanitaria. Entre dichos servicios se encuentran las TRHA, las cuales están clínicamente indicadas en el caso de la persona con el VIH o las parejas serodiscordantes o seroconcordantes al VIH, ya sea porque exista un diagnóstico de infertilidad o ya sea porque son técnicas que han demostrado su eficacia y utilidad a la hora de evitar tanto la transmisión horizontal como la transmisión vertical.

A nivel estatal también encontramos una norma específica en la materia, la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, que tiene por objeto regular la aplicación de las TRHA, acreditadas científicamente e indicadas clínicamente, en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético.

Las TRHA se regulan de forma general en la Ley 14/2006. Estas tienen como

objetivo solucionar los problemas de infertilidad y evitar la aparición o transmisión de enfermedades que carecen de tratamiento curativo una vez que se produce el nacimiento. Las TRHA, según el Anexo incluido en la Ley 14/2006, que están acreditadas científicamente e indicadas clínicamente son tres: la inseminación artificial; la fecundación *in vitro* e inyección intracitoplásmica de espermatozoides con gametos propios o de donante y con transferencia de preembriones; y la transferencia intratubárica de gametos (artículo 2.1 y Anexo Ley 14/2006).

Esta Ley señala una serie de condiciones de carácter personal que son requisitos para su realización. Las primeras están en el artículo 3 de la Ley 14/2006 cuando señala que las TRHA sólo se realizarán cuando (1) haya posibilidades razonables de éxito, (2) no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y (3) haya una previa aceptación libre y consciente e informada.

El artículo 5.6 de la Ley 14/2006 señala que los donantes deben ser mayores de edad, tener un buen estado de salud psicofísica y tener plena capacidad de obrar. Respecto al estado de salud psicofísica, se exige que, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, se determine analíticamente que no tienen ninguna enfermedad genética, hereditaria o infecciosa transmisible a la descendencia. Aquí, como vemos, ya hay una referencia en la que el VIH podría estar encuadrado. Por otro lado, el artículo 6.1 de la Ley 14/2006 señala que podrá ser receptora o usuaria toda mujer mayor de edad con plena capacidad de obrar que haya aceptado ser receptora o usuaria de alguna de las TRHA, con independencia de su estado civil y de su orientación sexual.

En esta norma no vienen desarrollados los requisitos específicos que deben reunir las personas usuarias de estas técnicas. No obstante, estos y otra información más detallada la podemos encontrar en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En este trabajo se verán los requisitos para algunas de las TRHA.

El artículo 6 del RD 1030/2006 señala que el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a todas las prestaciones se recoge en los anexos incluidos en el propio Real Decreto. El Anexo III, dedicado a la

cartera de servicios comunes del ámbito de la atención especializada, incluye en el epígrafe 8, de la sección 3 del capítulo 5, los tratamientos de reproducción humana asistida, indicando que estos se realizarán con el fin de ayudar a conseguir la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos (se incluye en este supuesto a las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y a las mujeres sin pareja, personas transexuales que conserven la capacidad de gestar y mujeres lesbianas); o con un fin preventivo de la transmisión de enfermedades o trastornos de base genética graves, o la transmisión o generación de enfermedades de otro origen graves, de aparición precoz, no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, y que sean evitables mediante la aplicación de estas técnicas; y en determinadas situaciones especiales (Anexo III, apartado 5.3.8.1.a), b) y c).

## 1.2 Las TRHA incluidas en la cartera de servicios del SNS

En el anexo III, capítulo 5, sección 3, epígrafe 8 del RD 1030/2006 se enumeran las técnicas incluidas en la cartera de servicios: (1) la inseminación artificial; (2) la fecundación *in vitro*, que incluye la fecundación *in vitro* convencional o mediante técnicas de micromanipulación, y las técnicas de tratamiento y conservación de gametos y preembriones derivados de las mismas, con gametos propios y con gametos donados; (3) la criopreservación de preembriones y su transferencia; (4) la criopreservación de gametos para uso propio diferido para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos especiales; (5) las técnicas de lavado seminal para prevenir la transmisión de enfermedades virales crónicas; (6) el diagnóstico genético preimplantacional<sup>5</sup>.

La gestación subrogada o gestación por sustitución, que sí está permitida en otros países<sup>6</sup>, no tiene reconocimiento legal en España en la actualidad. Así lo dispone el artículo 10.1 de la Ley 14/2006 al establecer que: “*Será nulo de pleno derecho el contrato*

---

<sup>5</sup> Las últimas cuatro TRHA mencionadas fueron incluidas en la cartera de servicios a finales de 2014 mediante la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

<sup>6</sup> Calhaz-Jorge C., De Geyter C., Kupka MS., et al. Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), *Human Reproduction Open*, 2020, 1, p. 3.

por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero”. Asimismo, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, señala que:

*“1. La gestación por subrogación o sustitución es un contrato nulo de pleno derecho, según la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, por el que se acuerda la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.*

*2. Se promoverá la información, a través de campañas institucionales, de la ilegalidad de estas conductas, así como la nulidad de pleno derecho del contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero”.*

En lo que respecta al contenido de la cartera de servicios, el artículo 8 de la Ley 16/2003 contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes, la cual será acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el artículo 10 de la Ley 16/2003 señala en el apartado 1 que las prestaciones son una responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica; en el apartado 3 se indica que la inclusión de una nueva prestación en el catálogo se acompañará de una memoria económica, la cual se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera. Estas previsiones deben completarse con la potestad que se otorga a las comunidades autónomas en el artículo 8 quinquies de la Ley 16/2003 pues expresamente se señala que *«las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo»*.

En el proceso de elaboración de las carteras de servicios, ya sea la cartera común o las específicas de cada comunidad autónoma, deberá tenerse en cuenta, entre otras cuestiones, la eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, las ventajas y alternativas asistenciales, y el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales (artículo 20.1 segundo inciso Ley 16/2003).

Por otro lado, el proceso de actualización de la cartera de servicios se deberá regular mediante una orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (artículo 21.1 Ley 16/2003)<sup>7</sup>. Estas nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La evaluación tendrá por objeto verificar que, *inter alia*, las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos contribuyen de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento; y aporta una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada respecto a otras alternativas facilitadas actualmente (artículo 21.3 Ley 16/2003).

La regulación específica de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud se hace en el RD 1030/2006, por mandato del artículo 8.3 de la Ley 16/2003. El artículo 1 del RD 1030/2006 señala que su objeto es, en primer lugar, establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de los ámbitos de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, de farmacia, ortoprotésico, de productos dietéticos y de transporte sanitario. En el artículo 2 del RD 1030/2006 se define la cartera de servicios comunes como *«el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias»*.

Ahora bien, es muy importante recordar que la protección de la salud es una materia que ha sido afectada por múltiples desarrollos normativos tanto a nivel nacional como a nivel autonómico pues nos encontramos ante una materia en la que, por un lado, el Estado se ha guardado, en virtud del artículo 149.1.16 de la Constitución, la competencia de establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado; y, por otro lado, las Comunidades

---

<sup>7</sup> El procedimiento está recogido en la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Autónomas son competentes para administrar los servicios de salud en su ámbito territorial con el fin de aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

En el terreno de la reproducción asistida, como ocurre con muchos otros aspectos del amplio abanico de prestaciones sanitarias del SNS, también ha sido objeto de disparidades dependiendo de la comunidad autónoma de la que se trate. Esas disparidades las veremos en la segunda parte de este informe. No obstante, las mismas se explican, entre otras razones, porque antes de la modificación que se produce en 2014 del RD 1030/2006, la norma indicaba concretamente en el caso de las TRHA que esta prestación se realizaría “de acuerdo con los programas de cada servicio de salud”. Esto, como es lógico, suponía que cada comunidad autónoma podía adoptar sus propios protocolos de acceso, lo que generó situaciones de lo más variadas, cuanto menos, en los distintos servicios de salud. Y si bien esa coletilla ha desaparecido después de la reforma del año 2014, aún permanece la que introduce el Anexo III, capítulo 5, cuando indica que: “(...) *la atención especializada comprende los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se recogen en los apartados 5.1, 5.2 y 5.3, indicados por el facultativo responsable de la atención del paciente en el Sistema Nacional de Salud, según la organización de los servicios de salud*”. A ello debe añadirse lo dispuesto en el artículo 2.3 del RD 1030/2006 que establece que “el procedimiento para el acceso a los servicios que hacen efectivas las prestaciones será determinado por las administraciones sanitarias en el ámbito de sus respectivas competencias”. Por tanto, son las comunidades autónomas y, concretamente, sus servicios de salud, los encargados de establecer los sistemas de acceso a las TRHA en sus territorios.

Las TRHA deberán ser aplicadas en centros expresamente autorizados y dotados de las estructuras y procesos adecuados para realizar dichas técnicas en condiciones de seguridad biológica y con arreglo a protocolos específicos. Las condiciones que deben cumplir los centros autorizados ciertamente pueden ser limitativas del derecho de acceso a las TRHA, pues no todos los centros estarán dotados de las estructuras y procesos adecuados para llevarlos a cabo, pero, en ningún caso, puede suponer una denegación del derecho de acceso. De igual forma, los protocolos que se apliquen no pueden ser discriminatorios pues así lo indica el artículo 4.1 de la Ley 15/2022 al prohibir “*toda disposición, conducta, acto, criterio o práctica que atente contra el derecho a la*

*igualdad*”. En este sentido, es preciso diferenciar entre discriminación y limitación de derechos, pues no es lo mismo denegar una prestación a la que se tiene derecho (en este caso, por el hecho de tener el VIH), que limitar el acceso a una prestación porque no se dispone de la infraestructura adecuada (en este caso, por falta de estructuras y procesos adecuados para atender a personas con el VIH). El primer caso supone una discriminación; el segundo no, pero siempre y cuando la limitación esté justificada.

Es eso lo que se desprende, al menos, de la lectura del RD 1030/2006, que en su artículo 4, párrafos 4 y 5, indica que:

*“4. Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes reconocida en este real decreto, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan. Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.*

*5. El acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, detalladas en la cartera de servicios comunes que se establece en este real decreto, se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del sistema, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares y de las Ciudades de Ceuta y Melilla”.*

El acceso a las técnicas de reproducción humana asistida que forman parte de la cartera común de servicios debe realizarse en condiciones de igualdad tanto respecto a las personas que no tienen el VIH como respecto a los hombres, las mujeres y las personas trans con capacidad de gestar y las parejas que tienen el VIH. En la actualidad, como ya se ha visto, la evidencia científica respalda la realización de las TRHA en las personas con el VIH porque su seguridad y eficacia han quedado demostradas. Atrás deberían quedar esas percepciones y actitudes de excesivo celo ante la posibilidad de transmisión del VIH a la pareja o al recién nacido.

Una cuestión distinta es que se indique si una TRHA es preferible sobre otra en un caso concreto. En este sentido, es preciso reconocer que es necesario diferenciar nítidamente ambas situaciones ya que dependiendo de si es el hombre, si es la mujer o son ambos los que tienen el VIH las medidas, las técnicas y los protocolos de actuación

serán diferentes<sup>8</sup>.

Las garantías de accesibilidad y de movilidad suponen que el acceso a las prestaciones reconocidas deben asegurarse con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentre la persona usuaria del Sistema Nacional de Salud, lo cual es especialmente relevante por las diferencias que pueden existir en cuanto al acceso a los servicios comunes no ya entre las grandes ciudades, como Madrid o Barcelona, en los territorios insulares, o en Ceuta y Melilla, sino entre el ámbito urbano y el ámbito rural. Por otro lado, y gracias a la garantía de tiempo, el acceso debe realizarse dentro de un plazo temporal máximo.

### **1.3 Requisitos generales y específicos para acceder a las TRHA**

En lo que respecta a los requisitos generales que establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que se han de cumplir por las personas que tengan derecho a beneficiarse de cualquiera de los tratamientos de reproducción humana asistida, a través del Sistema Nacional de Salud, serán los que figuran en el Anexo III apartado 5.3.8.2.a) del Real Decreto 1030/2006: (1) las mujeres deberán ser mayores de 18 y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio del paciente; (2) no deberán tener ningún hijo, previo y sano. En el caso de parejas, la pareja no deberá tener ningún hijo común, previo y sano; (3) la mujer no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle algún tipo de riesgo grave e incontrolable, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

A estos requisitos habrá que añadir una obligación que impone la norma, pues establece que en los casos en que se empleen gametos o preembriones donados, el donante deberá estar inscrito en el Registro nacional de donantes, debiendo consignarse la información correspondiente a que se refiere el artículo 21 de la Ley 14/2006, de 26 de

---

<sup>8</sup> Véase Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). *Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto*. 2023. Disponible en: [www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento\\_de\\_consenso\\_para\\_el\\_seguimiento\\_de\\_la\\_infeccion\\_por\\_el\\_VIH\\_en\\_relacion\\_con\\_la\\_reproduccion\\_embarazo\\_parto\\_y\\_profilaxis\\_de\\_la\\_transmision\\_vertical\\_del\\_nino\\_expuesto.pdf](http://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento_de_consenso_para_el_seguimiento_de_la_infeccion_por_el_VIH_en_relacion_con_la_reproduccion_embarazo_parto_y_profilaxis_de_la_transmision_vertical_del_nino_expuesto.pdf).

mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (artículo 5.3.8.2.c) Anexo III RD 1030/2006).

Estos requisitos generales deben ser complementados por los requisitos específicos de acceso a cada una de las TRHA. En este informe desglosaremos los requisitos exigidos por la normativa en el caso de la inseminación artificial y de la fecundación *in vitro*, dado que son las TRHA más utilizadas en España, según el último informe publicado por la Sociedad Española de Fertilidad<sup>9</sup>. En el registro oficial de Técnicas de Reproducción Asistida del Ministerio de Sanidad se señala que en el año 2021 se llevaron a cabo 165.453 ciclos de fecundaciones *in vitro* (en adelante FIV) y 33.818 inseminaciones artificiales (en adelante IA). Estas técnicas dieron lugar al nacimiento de un total de 40.638 bebés.

En lo que respecta concretamente a la técnica de reproducción asistida de IA, la normativa señala los siguientes criterios a tener en cuenta (artículo 5.3.8.3.a) Anexo III RD 1030/2006):

*“a) Inseminación artificial.*

*1.º Inseminación artificial con semen de la pareja: Criterios de acceso específicos para esta técnica:*

- i) Existencia de indicación terapéutica o personas transexuales que conservan la capacidad de gestar.*
- ii) Edad de la mujer en el momento del tratamiento inferior a 38 años.*
- iii) Número máximo de ciclos: cuatro.*

*2.º Inseminación artificial con gameto de donante: Su realización estará condicionada por la disponibilidad de gametos en el centro que la indique, bien a través del propio banco del centro o de un banco de gametos acreditado. Criterios de acceso específicos para esta técnica:*

- i) Existencia de indicación terapéutica, mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.*
- ii) Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años.*
- iii) Número máximo de ciclos: seis”.*

---

<sup>9</sup> Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad (2021), *Estudio SEF 2021*. Disponible en: [www.registrosef.com/public/docs/sef2021\\_IAFIV.pdf](http://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf).

En lo que afecta específicamente a la técnica de reproducción asistida de FIV, la norma señala los siguientes criterios a tener en cuenta (artículo 5.3.8.3.b) Anexo III RD 1030/2006):

*“b) Fecundación in vitro: Se incluye la fecundación in vitro convencional o mediante técnicas de micromanipulación, y las técnicas de tratamiento y conservación de gametos y preembriones derivados de las mismas.*

*1.º Fecundación in vitro con gametos propios: Criterios de acceso específicos para esta técnica:*

- i) Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años.*
- ii) Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.*
- iii) Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.*

*2.º Fecundación in vitro con gametos donados: Su realización estará condicionada por la disponibilidad de gametos en el centro público que la indique, bien a través del propio banco del centro o de un banco de gametos acreditado.*

*i) Con espermatozoides donados: Criterios de acceso específicos para esta técnica:*

- Edad de la mujer en el momento de la indicación del tratamiento inferior a 40 años.*
- Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.*
- Diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria sin hijo sano, mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.*
- Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular de los tratamientos previos.*

*ii) Con oocitos donados: Criterios de acceso específicos para esta técnica:*

- Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento: inferior a 40 años.*
- Fallo ovárico clínico prematuro establecido antes de los 36 años, espontáneo o yatrogénico.*
- Trastorno genético de la mujer sólo evitable mediante sustitución de oocitos.*

– Ovarios inaccesibles o no abordables para la extracción de oocitos.

– Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con recepción de oocitos donados. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos”.

Como se puede apreciar, la normativa reconoce el derecho de acceso también a las personas del colectivo LGTBI, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

Fuera de estas dos técnicas, en el RD 1030/2006 también encontramos las técnicas de lavado de semen para prevenir la transmisión de infecciones. En concreto, el artículo 5.3.8.3.e) establece:

*“e) Técnicas de lavado seminal para prevenir la transmisión de enfermedades virales crónicas: El lavado seminal se podrá aplicar a hombres seropositivos al virus de la hepatitis C o al VIH tanto en la asistencia a parejas estériles serodiscordantes con infección viral crónica, como en la prevención de la transmisión de infecciones virales crónicas en parejas sin diagnóstico de esterilidad.*

*En el caso de parejas seroconcordantes, solo será preciso el lavado, no siendo necesario el posterior estudio de la presencia de partículas virales.*

*Para la aplicación de los tratamientos y técnicas de reproducción humana asistida en estos casos se deberán cumplir los criterios generales, y en su caso, los específicos descritos en los correspondientes apartados de dichas técnicas”.*

Estos son, pues, los requisitos que las personas usuarias del SNS deben tener en cuenta para saber si pueden acceder a la prestación de estos tratamientos y, por otra parte, son los criterios generales que los centros autorizados y profesionales sanitarios deben seguir a la hora de dictaminar la idoneidad de la persona receptora o usuaria para el acceso a los mismos. Cabe la posibilidad de que estos varíen dependiendo de la comunidad autónoma, tal como ocurre, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, donde el límite de edad establecido en el caso de las mujeres se ha ampliado hasta los 45 años y se han ampliado a cuatro los ciclos para la FIV<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> En virtud de la Resolución 555/2022, de 29 de junio de 2022, de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública para la puesta en marcha de la medida 10 de la línea de actuación 2 de la Estrategia de Protección a la Maternidad y Paternidad y de Fomento de la Natalidad y la Conciliación 2022-2026, relativa

Además, es la propia norma la que establece los criterios de exclusión en la aplicación de las TRHA en el ámbito del Sistema Nacional de Salud a las personas que presenten esterilización voluntaria previa, existencia de contraindicación médica documentada para el tratamiento de la esterilidad, existencia de contraindicación médica documentada para la gestación, existencia de situación médica documentada que interfiera de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia, imposibilidad para cumplir el tratamiento por motivos relacionados con la salud u otros motivos familiares o relacionados con el entorno social, existencia de situación documentada referida a cualquier otra circunstancia que pueda interferir de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia sometida a consideración de un comité de ética asistencial u órgano similar (artículo 5.3.8.2.b) Anexo III RD 1030/2006).

Hasta aquí, como puede observarse, si una persona con el VIH cumple con los requisitos y con los criterios médicos establecidos en la normativa vigente para ser receptora o usuaria de estas técnicas de reproducción asistida y no se encuentra entre los supuestos de exclusión, no habría motivos para no poder acceder al citado tratamiento pues es un derecho que tienen reconocido y es una prestación incluida en la cartera de servicios del SNS. La elección de una u otra TRHA dependerá de si es la mujer la que tiene el VIH, el hombre es el que lo tiene o si son los dos miembros de una misma pareja.

---

a la flexibilización y ampliación de los criterios de acceso a los tratamientos de reproducción asistida. Disponible en: [www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/resolucion\\_555-2022.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/resolucion_555-2022.pdf).

## 2. SITUACIONES PROBLEMÁTICAS EN EL ACCESO A LAS TRHA POR LAS PERSONAS CON EL VIH

En las siguientes líneas abordaremos algunas de las situaciones en las que las personas con el VIH han podido o pueden encontrarse a la hora de acceder a las TRHA, pues, si bien en la normativa actual se establecen diversas técnicas que contribuyen a que estos procedimientos de reproducción asistida no supongan un riesgo de transmisión de la infección, todavía hoy las personas con el VIH se cuestionan su idoneidad para el acceso a esta prestación o se encuentran con trabas que les impiden ejercer este derecho.

### 2.1 Discriminación por estado serológico

Las personas con el VIH son tan titulares del derecho a acceder a las TRHA como aquellas que no tienen el VIH. El respaldo legal ya lo adelantábamos en las primeras líneas, sin embargo, es necesario insistir en ello. Así, pues, una persona con el VIH que sea titular del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución española, en el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, y en el artículo 3 y 3ter de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, tendrá derecho a solicitar el acceso a las TRHA.

Este derecho a la asistencia sanitaria y concretamente a las prestaciones sanitarias se debe realizar, además, en condiciones de igualdad efectiva (artículo 3.2 Ley 14/1986 y artículo 2.a) Ley 16/2003), sin que pueda discriminarse a la persona por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o cualquier otra circunstancia personal o social (artículo 10.1 Ley 14/1986), y respetando las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo, información, seguridad y calidad y servicios de referencia (arts. 4 y 23 a 28 Ley 16/2003). A todo este entramado legal se debe añadir la normativa sanitaria propia de las comunidades autónomas.

Si se contravienen los derechos mencionados, no solo se estaría vulnerando la normativa sanitaria anteriormente mencionada sino también la normativa fundamental de derecho antidiscriminatorio vigente, empezando por el artículo 14 de la Constitución española (en adelante CE). El artículo 14 CE reconoce que *“los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento,*

raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Entre esas condiciones o circunstancias personales o sociales se incluye el estado de salud, tal y como dispone la sentencia 62/2008, de 26 de mayo, del Tribunal Constitucional. Esta protección, además, se ve reforzada desde la entrada en vigor de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación.

Esta Ley desarrolla el artículo 14 de la Constitución incorporando expresamente los motivos de enfermedad o condición de salud y de estado serológico, por su especial relevancia social, en la lista de razones antidiscriminatorias (artículo 2.1 Ley 15/2022). Además, establece que la enfermedad no podrá amparar diferencias de trato distintas de las que deriven del propio proceso de tratamiento de esta, de las limitaciones objetivas que imponga para el ejercicio de determinadas actividades o de las exigidas por razones de salud pública (artículo 2.3 Ley 15/2022).

Dado que el tema que nos ocupa transcurre en el terreno sanitario, es fundamental conocer que la Ley 15/2022 prohíbe la discriminación por estado serológico en ámbitos concretos, siendo uno de ellos el ámbito sanitario. De esta forma, el artículo 15 reconoce que:

*“1. Las administraciones sanitarias, en el ámbito de sus competencias, garantizarán la ausencia de cualquier forma de discriminación en el acceso a los servicios y en las prestaciones sanitarias por razón de cualquiera de las causas previstas en esta ley.*

*2. Nadie podrá ser excluido de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la concurrencia de una discapacidad, por encontrarse en situación de sinhogarismo, por la edad, por sexo o por enfermedades preexistentes o intercurrentes, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen.*

*3. Las administraciones sanitarias promoverán acciones destinadas a aquellos grupos de población que presenten necesidades sanitarias específicas, tales como las personas mayores, menores de edad, con discapacidad, pertenecientes al colectivo LGTBI, que padezcan enfermedades mentales, crónicas, raras, degenerativas o en fase terminal, síndromes incapacitantes, portadoras de virus, víctimas de maltrato, personas en situación de sinhogarismo, con problemas de drogodependencia, minorías étnicas, entre otros, y, en general, personas pertenecientes a grupos en riesgo de exclusión y situación de sinhogarismo con el fin de asegurar un efectivo acceso y disfrute de los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades.*

*4. Las administraciones sanitarias, en el ámbito de sus competencias, desarrollarán acciones para la igualdad de trato y la prevención de la*

discriminación, que podrán consistir en el desarrollo de planes y programas de adecuación sanitarios.

5. En los planes y programas a los que hace referencia el apartado anterior se pondrá especial énfasis en las necesidades en materia de salud específicas de las mujeres, como la salud sexual y reproductiva, entre otras.

6. Nadie podrá ser apartado o suspendido de su turno de atención sanitaria básica o especializada en condiciones de igualdad, ni ser excluido de un tratamiento sanitario por ausencia de acreditación documental o de tiempo mínimo de estancia demostrable”.

La garantía de no discriminación también se extiende al colectivo LGTBI aunque cuenta con su normativa específica en la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. El artículo 16.2 de esta norma establece que:

*“Sin perjuicio del proceso de actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, cuando las prestaciones de la misma sean las técnicas de reproducción humana asistida, se garantizará el acceso a estas técnicas a mujeres lesbianas, mujeres bisexuales y mujeres sin pareja en condiciones de igualdad con el resto de mujeres, y asimismo a las personas trans con capacidad de gestar, sin discriminación por motivos de identidad sexual”.*

La importancia del reconocimiento del estado serológico como motivo prohibitivo de discriminación es notoria en un entorno en el que las personas con el VIH han vivido situaciones de exclusión por el hecho de tener el VIH y/o por el hecho de interpretar de forma restrictiva el artículo 5.6 de la Ley 14/2006 el cual establece que:

*“6. Los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. Estas mismas condiciones serán aplicables a las muestras de donantes procedentes de otros países; en este caso, los responsables del centro remitidor correspondiente deberán acreditar el cumplimiento de todas aquellas condiciones y pruebas cuya determinación no se pueda practicar en las muestras enviadas a su recepción. En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas”.*

La limitación personal que podría extraerse de la Ley 14/2006 al exigir que el donante deba tener un buen estado de salud psicofísica, lo cual significa que analíticamente debe demostrarse que no tiene ninguna enfermedad infecciosa que sea

transmisible a la descendencia, no es un obstáculo insalvable para los hombres con el VIH ya que, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes, mediante la técnica del lavado de semen se logra separar el plasma seminal de los espermatozoides que están libres de virus, lo cual se comprueba con una simple prueba PCR negativa. La evidencia científica demuestra que «el espermatozoide no es vehículo transmisor del VIH-1 y sí lo es el semen»<sup>11</sup>. Si añadimos a este supuesto el factor de la “indetectabilidad” de la carga viral del VIH, como ya se comentó anteriormente, son muchos los estudios a nivel nacional e internacional que avalan el éxito de las gestaciones naturales en parejas serodiscordantes, por tanto, es importante cambiar o actualizar el paradigma que solo ve el tratamiento de lavado de semen como la única posibilidad cuando es el hombre de la pareja el que tiene el VIH, pues según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes, habrá hombres con el VIH con la carga viral indetectable en los que el lavado de semen no sea necesario.

Por lo que respecta a las mujeres con el VIH, su acceso a las TRHA tampoco parece que se dificulte por su estado de salud psicofísica ya que la medicina basada en la evidencia y los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes demuestran que la transmisión vertical (perinatal) puede combatirse con la administración durante el embarazo de los medicamentos que actualmente están disponibles en el mercado para controlar la reproducción del VIH<sup>12</sup>.

Así, podemos dictaminar que, por lo menos, las personas con el VIH que formen o no parte de parejas seroconcordantes o serodiscordantes tienen reconocido legalmente el derecho a acceder a esas técnicas de reproducción humana asistida si cumplen los

---

<sup>11</sup> Marina S, et al. HIV y reproducción asistida. Reproducción asistida en parejas serodiscordantes (hombres seropositivos) al VIH-1: experiencia de 118 niños nacidos sanos. *Ginecología y Obstetricia Clínica*, 2002, 3:3, p. 149; Carvalho W, Catafesta E, Rodart IF, et al. Prevention of HIV transmission with sperm washing within fertile serodiscordant couples undergoing non-stimulated intrauterine insemination. *AIDS Care*, 2021, 33:4, p. 483; Zafer M, Horvath H, Mmeje O, et al. Effectiveness of semen washing to prevent human immunodeficiency virus (HIV) transmission and assist pregnancy in HIV-discordant couples: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 2016, 105:3, p. 653.

<sup>12</sup> Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). *Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto*. 2023, p. 34. Disponible en: [www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento\\_de\\_consenso\\_para\\_el\\_seguimiento\\_de\\_la\\_infeccion\\_por\\_el\\_VIH\\_en\\_relacion\\_con\\_la\\_reproduccion\\_embarazo\\_parto\\_y\\_profilaxis\\_de\\_la\\_transmision\\_vertical\\_del\\_nino\\_expuesto.pdf](http://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento_de_consenso_para_el_seguimiento_de_la_infeccion_por_el_VIH_en_relacion_con_la_reproduccion_embarazo_parto_y_profilaxis_de_la_transmision_vertical_del_nino_expuesto.pdf).

criterios establecidos en la ley, principalmente, si tienen un diagnóstico de infertilidad o si existe una indicación clínica.

El hecho de que se utilice el requisito de “no [padecer] enfermedades infecciosas transmisibles a la descendencia” sin tener en cuenta los avances de la ciencia al respecto, ya no solo de las técnicas de reproducción asistida aptas para personas con el VIH tanto receptoras como usuarias de las mismas, sino también la evidencia sobre la información actualizada con respecto a la eficacia de la medicación antirretroviral, la indetectabilidad, el tratamiento como prevención, las medidas universales de prevención y la garantía de no transmisión del VIH por la vía horizontal y vertical, supone en sí mismo una discriminación por razón del estado serológico. Por este motivo, se requiere una interpretación de este requisito que no incluya el VIH. De esta manera se estaría facultando la utilización de la medida que al tiempo sea la más idónea y la menos invasiva. Lo cierto es que, si no existieran alternativas probadas y seguras que permitieran a las personas con el VIH acceder a las TRHA, sí cabría considerar la razonabilidad de esta exclusión, pero no es el caso dado que las alternativas existen y los obstáculos son salvables<sup>13</sup>. Si la persona con el VIH fuera una mujer y superase el límite de edad impuesto por la ley para el acceso a estas técnicas, en ese caso, no cabría hablar de discriminación porque la edad máxima es un obstáculo que, precisamente en este ámbito, tiene una importancia primordial para el éxito del procedimiento<sup>14</sup>. Pero, si se cumplen los requisitos legales de acceso, este acceso en condiciones de igualdad de las personas con el VIH a las TRHA se trata de una obligación médica, legal y ética<sup>15</sup>.

A pesar de que todavía hay graves discriminaciones hacia las personas con el VIH en el acceso a las técnicas de reproducción asistida, un campo en el que la Medicina,

---

<sup>13</sup> Nurudeen SK, Grossman LC, Bourne L, et al. Reproductive outcomes of HIV seropositive women treated by assisted reproduction. *Journal of Women's Health*, 2013, 22:3, p. 248; Gigstad K., Li Y., Thaler J., Irwin R. HIV and access to fertility treatment in the European and Swedish contexts. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2023, 35, p. 100812; Matthews LT, Beyeza-Kashesya J, Cooke I et al. Consensus statement: Supporting safer conception and pregnancy for men and women living with and affected by HIV. *AIDS Behaviour*, 2018, 22:6, p. 1718.

<sup>14</sup> Broekmans FJ, Klinkert ER. Female age in ART: when to stop? *Gynecologic Obstetric Investigation*, 2004, 58:4, p. 232; Crawford NM, Steiner AZ. Age-related infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinic of North America*. 2015, 42:1, p. 16; Vollenhoven B, Hunt S. Ovarian ageing and the impact on female fertility. *F1000Research* vol. 7 F1000 Faculty Rev-1835. 22 Nov. 2018, p. 4.

<sup>15</sup> Gross MS, Coleman JS, Anderson J. Assisted reproduction and HIV: separate but not equal. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2018, 7, p. 41.

la Ética y el Derecho deben ir de la mano para evitar, precisamente, vulneraciones de derechos, deben valorarse los avances legales que están ocurriendo en otros países. Un ejemplo de ello se va a dar en Reino Unido donde recientemente se ha anunciado por parte del Gobierno su compromiso por cambiar las leyes sobre fertilidad que discriminan a las personas con el VIH. Distintos medios de comunicación han indicado que la nueva legislación tendrá dos iniciativas: la primera permitirá a las personas con el VIH con carga viral indetectable donar óvulos y esperma, un avance especialmente significativo para aquellas personas con el VIH que con la legislación actual no pueden optar por la gestación subrogada porque se les considera donantes<sup>16</sup>; la segunda tiene que ver con los elevados costes de las pruebas obligatorias (de VHC, VHB y rubeola) antes de la realización de la FIV, las cuales, con la legislación actual, deben ser costeadas por las parejas del mismo sexo (no así por las parejas heterosexuales) que quieran acceder a esta TRHA, pero a partir de la reforma legal las mismas serán asumidas por el servicio de salud público<sup>17</sup>.

Se trata, sin duda alguna, de un paso más en la meta de conseguir la no discriminación de las personas con el VIH, en este caso, en Reino Unido. Este país, además, ocupa el tercer lugar en el listado de países que realizan sus tratamientos de reproducción asistida en España, según los datos del Registro SEF 2021, y el principal motivo obedece a que la técnica por la que optan es ilegal en el país de origen<sup>18</sup>.

| Razones para acudir a centros españoles                               |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|                                                                       | Ciclos Frescos+Descong (% del total) |
| Técnica ilegal en el país de origen                                   | 335 (1,5%)                           |
| Precio                                                                | 131 (0,6%)                           |
| Lista de espera o cercanía al centro                                  | 652 (3,0%)                           |
| Mejorar calidad del tratamiento (tratamientos previos fallidos)       | 614 (2,8%)                           |
| Paciente no cumple condiciones legales en su país                     | 362 (1,6%)                           |
| Mujer cis con deseo de maternidad en solitario por decisión propia    | 85 (0,4%)                            |
| Hombre trans con deseo de maternidad en solitario por decisión propia | 0 (0,0%)                             |
| Pareja de mujeres cis                                                 | 98 (0,4%)                            |
| Parejas de personas alguna de ellas trans                             | 1 (0,005%)                           |
| Otras razones                                                         | 377 (1,7%)                           |
| No anotada razón para acudir                                          | 19.355 (87,9%)                       |
| TOTAL                                                                 | 22.010 (100,0%)                      |

Fuente: Registro SEF 2021.

<sup>16</sup> Esta información se ha extraído de las siguientes páginas web: [www.nat.org.uk/press-release/uk-government-commits-equal-fertility-rights-people-living-hiv](https://www.nat.org.uk/press-release/uk-government-commits-equal-fertility-rights-people-living-hiv); [www.gov.uk/government/news/ivf-law-change-to-benefit-couples-with-fertility-issues](https://www.gov.uk/government/news/ivf-law-change-to-benefit-couples-with-fertility-issues) y <https://www.bbc.com/news/articles/c51nn66e415o>.

<sup>17</sup> Esta información se ha extraído de las siguientes páginas web: [www.theguardian.com/society/2023/oct/25/ministers-to-scrap-ivf-laws-denying-access-to-people-with-hiv](https://www.theguardian.com/society/2023/oct/25/ministers-to-scrap-ivf-laws-denying-access-to-people-with-hiv) y [www.gov.uk/government/news/ivf-law-change-to-benefit-couples-with-fertility-issues](https://www.gov.uk/government/news/ivf-law-change-to-benefit-couples-with-fertility-issues).

<sup>18</sup> Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. (2021) *Estudio SEF 2021*, pp. 55-56. Disponible en: [https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021\\_IAFIV.pdf](https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf), p. 56.

No obstante, y sin desconocer que pueden todavía darse situaciones de exclusión y discriminación de las personas con el VIH en el acceso a las TRHA, huelga decir que España ha sido considerado un “destino de fertilidad”, también para las personas que viven con el VIH, en un reciente estudio en el que se compara el nivel de acceso de las personas con el VIH a los tratamientos de fertilidad en diferentes países europeos. Según este estudio, España junto con Bélgica y los Países Bajos son los que obtienen una mejor valoración en cuanto a la experiencia en estos procedimientos y a la rápida derivación de las personas con el VIH a los servicios especializados<sup>19</sup>. En otro estudio científico se ha reconocido que en España existen menos barreras para el acceso a las TRHA que en otros países<sup>20</sup>. Sin embargo, y a pesar de que en nuestro país las personas con el VIH tienen derecho a acceder a esta prestación, se siguen enfrentando a barreras como el estigma, la discriminación, la falta de opciones de tratamiento y los complicados sistemas burocráticos<sup>21</sup>.

No es casualidad que el acceso a las TRHA sea una de las líneas de actuación principales del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH del año 2018. Encontramos dos medidas concretas:

*“1. Favorecer el acceso de las mujeres y hombres con el VIH con problemas de fertilidad demostrada a las técnicas de reproducción asistida, con los procedimientos e intervenciones más adecuados y oportunos independientemente de la infección por el VIH.*

*2. Investigar sobre las experiencias de concepción por métodos naturales y las medidas que favorezcan que las personas con el VIH puedan tomar decisiones informadas en torno a la reproducción”.*

## 2.2 Problemas de acceso por el código postal

Si bien los requisitos y condiciones para acceder a las TRHA son, o deberían ser, similares en todos los territorios del país, lo cierto es que en algunas comunidades

---

<sup>19</sup> Gigstad K, Li Y, Thaler J, Irwin R. HIV and access to fertility treatment in the European and Swedish contexts. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2023, 35, p. 100812.

<sup>20</sup> Andersen MH, Alexander MT, Bintz C, et al. Medically assisted reproduction for people living with HIV in Europe: A cross-country exploratory policy comparison. *HIV Medicine*. 2022, 23:8, p. 862.

<sup>21</sup> Ibidem, p. 865.

autónomas se establecen ciertas diferencias, que vienen dadas incluso por las diferentes interpretaciones de la normativa, que en ocasiones han conllevado la exclusión de las personas, incluidas aquellas que tienen el VIH, de esta prestación.

Esto es así porque hay comunidades autónomas que no cumplen con los criterios mínimos establecidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud para acceder a las TRHA y porque establecen ciertas restricciones en la edad máxima para su acceso, en el número de ciclos de cada TRHA o añaden más requisitos de los existentes en la normativa nacional. Algunos de estos casos han llegado en forma de quejas al Defensor del Pueblo. Así se recoge, por ejemplo, en el Informe Anual del Defensor del Pueblo 2023, en el que se indica que el Defensor del Pueblo formuló una Recomendación, que ha sido aceptada, a la Junta de Andalucía, para que se permitiera acceder a las TRHA a cada una de las mujeres que integran una pareja del mismo sexo, siempre que, en cada momento y de manera individual, cumplan los criterios de acceso legalmente establecidos<sup>22</sup>. Como se puede apreciar, la Junta de Andalucía denegó en un primer momento el acceso a las TRHA a una mujer, con base en la previa prestación de dichas técnicas a su pareja femenina. La normativa no recoge el requisito de que a una de las cónyuges no se le hayan realizado previamente TRHA para la prestación de dichas técnicas al otro miembro de la pareja, por tanto y con buen criterio, el Defensor del Pueblo ha instado a la Administración mencionada que permita el acceso a esta prestación.

Esto indica, pues, que, incluso cuando el tratamiento está permitido o figura explícitamente como un derecho, no siempre está disponible o es accesible<sup>23</sup>. Y esto no se limita únicamente al caso de las personas con el VIH, sino que es una situación generalizada. En Inglaterra se conoce con el término '*postcode lottery*' o "lotería de códigos postales" a las disparidades en la interpretación que hacen las autoridades

---

<sup>22</sup> Defensor del Pueblo. *Informe anual del Defensor del Pueblo 2023*, vol. I, Madrid, 2024, p. 229. Disponible en [www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2024/03/Defensor-del-Pueblo\\_Informe-anual-2023.pdf](http://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2024/03/Defensor-del-Pueblo_Informe-anual-2023.pdf).

<sup>23</sup> Leech A, Bortoletto P, Christiansen C, et al. Assessing access to assisted reproductive services for serodiscordant couples with human immunodeficiency virus infection. *American Society for Reproductive Medicine*, 2018, 109: 3, p. 477; Gross MS, Coleman JS, Anderson J. Assisted reproduction and HIV: separate but not equal. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2018, 7, p. 32.

locales de las directrices nacionales sobre accesibilidad y disponibilidad<sup>24</sup>.

En párrafos anteriores comentábamos el caso de la Comunidad de Madrid que en el año 2022 amplió el rango de edad para el acceso a mujeres de hasta 45 años a las TRHA y asimismo amplió a cuatro los intentos. Sin embargo, antes de dicha ampliación el límite de edad se encontraba en los 40 años, los cuales, según la normativa, no debían haberse cumplido en el momento del inicio del estudio. Esto último no parecía que fuera a tener mayor trascendencia hasta que se han conocido casos de mujeres que no han podido continuar con sus tratamientos porque han cumplido los 40 años entre el inicio de un ciclo y el comienzo de otro. Esto ocurría en Madrid y Galicia y ocurre en el País Vasco, Islas Baleares, Cataluña y Canarias.

Afortunadamente, la ampliación de la edad que se ha adoptado recientemente en la Comunidad de Madrid también la ha adoptado el Principado de Asturias, donde la ampliación de la edad llega hasta los 42 años<sup>25</sup>, y Galicia, donde se mantiene la edad límite de la mujer en los 40 años, pero con la opción de mantener el proceso hasta los 45 años. En el caso de las Comunidades Autónomas de Aragón, La Rioja, Cantabria, Murcia, Navarra, Valencia, Extremadura o Castilla y León, no han establecido cambios con respecto a la edad de acceso y mantienen los límites establecidos en la ley estatal. Sin embargo, hay comunidades que rebajan este límite. Es el caso de Castilla-La Mancha, País Vasco, Andalucía, Canarias y Cataluña, donde se establece que las mujeres deben tener menos de 38-40 años en el momento de indicarse la técnica.

Ocurre una situación parecida cuando se trata del número de intentos de cada TRHA en el sistema público de salud. En este aspecto, cada comunidad autónoma tiene sus propios protocolos, siendo algunos muy restrictivos disminuyendo el número de intentos y otras más generosas, ampliándolos.

A esta situación hay que añadir que no todos los centros públicos ofrecen todas las TRHA, por tanto, no siempre estará disponible cerca del domicilio de las personas

---

<sup>24</sup> Smith S, Marshall O. *BPAS investigation into the IVF postcode lottery: an examination of CCG policy for the provision of fertility services*. 2020, p. 2. Disponible en [www.bpas.org/media/lrgopwjh/bpas-fertility-ivf-postcode-lottery-report-updated.pdf](http://www.bpas.org/media/lrgopwjh/bpas-fertility-ivf-postcode-lottery-report-updated.pdf).

<sup>25</sup> Esta información se ha extraído de una nota de prensa publicada el 10 de diciembre de 2022 por el sitio oficial del Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en: [https://actualidad.asturias.es/documents/533407/0/2022\\_12\\_10+NP+Unidad+reproduccion+asistida+HUC.A.pdf/86daf925-a7e6-d48f-869d-68c4534897b6?t=1670638043551](https://actualidad.asturias.es/documents/533407/0/2022_12_10+NP+Unidad+reproduccion+asistida+HUC.A.pdf/86daf925-a7e6-d48f-869d-68c4534897b6?t=1670638043551).

con el VIH la TRHA indicada clínicamente o la más beneficiosa para el caso concreto, algo que sumado a los tiempos de espera de hasta varios meses hacen que las personas con el VIH tengan dificultades para acceder al tratamiento financiado con fondos públicos<sup>26</sup>.

Esto también es una barrera para acceder a las TRHA si tenemos en cuenta que los centros del sistema público en los que se practican las TRHA son muy inferiores en número a los centros privados que también lo hacen. El Registro Nacional de Actividad correspondiente al año 2021 indica que de los 334 centros analizados que desarrollan TRHA, concretamente FIV, 46 de ellos son públicos y 203 son privados; y los centros que realizan IA, 100 son públicos y 231 son privados<sup>27</sup>. Aquí entra en juego la cuestión de la asequibilidad económica, que también es un obstáculo para acceder a los tratamientos de fertilidad<sup>28</sup> cuando ya se han agotado los intentos permitidos a través del sistema público o cuando la lista de espera no es una opción o cuando no se dispone de centros especializados cerca del domicilio o cuando no se ofertan todas las TRHA en los centros públicos. Sobre estas cuestiones no hay muchos datos que reflejen cómo afectan a las personas con el VIH, pero los pocos que se han publicado indican que acceden a las TRHA en una proporción muy inferior. Así, en el Registro Nacional de Actividad se menciona que en 2021 hubo 101 indicaciones (0,8%) de parejas con enfermedades infecciosas transmisibles a las que se les indicó el uso de oocitos frescos propios en FIV. Y, por otro lado, se indica que el porcentaje de gestaciones por ciclo en parejas serodiscordantes en el año 2021 ha sido de 9,8% (21/215) en el caso de la inseminación artificial con el semen de la pareja<sup>29</sup>.

La cuestión de la asequibilidad económica para el acceso a las TRHA es un tema al que se enfrentarían tanto las personas con el VIH como sin el VIH y que afectaría en

---

<sup>26</sup> Andersen MH, Alexander MT, Bintz C, et al. Medically assisted reproduction for people living with HIV in Europe: A cross-country exploratory policy comparison. *HIV Medicine*, 2022, 23:8, p. 862.

<sup>27</sup> Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad, *Estudio SEF 2021*, pp. 54 y 61. Disponible en: [https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021\\_IAFIV.pdf](https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf).

<sup>28</sup> Bell M, Edelstein M, Hurwitz S, Irwin R. Accessibility and availability of assistant reproductive technology for people living with HIV in Europe: a thematic literature review. *AIDS Care*, 2020, 32:8, p. 949.

<sup>29</sup> Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. *Estudio SEF 2021*, pp. 12 y 60. Disponible en: [https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021\\_IAFIV.pdf](https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf).

mayor proporción a las mujeres. Al respecto hay investigaciones que señalan que las mujeres con mayor poder adquisitivo acuden a los centros privados y obtienen mejores resultados en estos procedimientos. Y, al contrario, aquellas con menor poder adquisitivo acuden a centros públicos y tienen peores resultados porque tienen más factores de riesgo que afectan a su capacidad reproductiva (se alimentan peor o fuman más) y que son más comunes en personas con menos ingresos<sup>30</sup>. La asequibilidad, por tanto, influye en la salud de las personas, pues sin ella no es posible disfrutar del derecho a la protección de la salud en el nivel más alto posible<sup>31</sup>. Las TRHA son parte del derecho a la protección de la salud, pero hay autores que incluso defienden que el acceso a estas técnicas debería reconocerse como un derecho humano ya no solo para conseguir un acceso equitativo sino para promover la justicia reproductiva de quienes no pueden tener los hijos que desean<sup>32</sup>.

Las personas con el VIH necesitan que las Administraciones públicas, ya sea a nivel nacional o a nivel autonómico, garanticen el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida porque son un grupo menos protegido, en situación vulnerable, estigmatizado en muchos casos<sup>33</sup>. Aunque la evidencia sobre la intransmisibilidad del virus cuando la carga viral es indetectable ha supuesto un cambio de paradigma, la falta de garantía podría fomentar la realización de conductas de riesgo ya que el deseo de tener hijos puede llevar a las parejas tanto serodiscordantes como seroconcordantes con el VIH detectable, en especial si su situación económica no les permite acudir a la sanidad privada, a practicar el coito vaginal sin protección, lo cual puede provocar que, en el primer caso, se produzca la seroconversión y, en el segundo, la superinfección con VIH distintos y con sensibilidad diferente a los retrovirales.

---

<sup>30</sup> Klemetti R, Gissler M, Sevón T, Hemminki E. Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study. *BMC Health Service Research*, 2007, 21:7, p. 210; Goisis A, Håberg SE, Hanevik HI, et al. The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country. *Human Reproduction*, 2020, 35:6, p. 1447.

<sup>31</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 2000, p. 4. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

<sup>32</sup> Dyer S J, Adamson G D, Inhorn M C, Zegers-Hochschild F. Achieving more equitable access to assisted reproduction. *BMJ*, 2024, 385(e077111).

<sup>33</sup> Ramiro Avilés MA. *La discriminación por razón del estado serológico: el caso del VIH*. Cizur Menor: Aranzadi. 2023.

Si las administraciones públicas no sufragan estos costes, entonces las personas con el VIH que se encuentren en una situación social más desaventajada económicamente y deseen tener descendencia podrían verse avocadas a realizar comportamientos de riesgo manteniendo relaciones sexuales vía vaginal sin protección. Esto puede suponer que aumente el riesgo de transmitir la enfermedad que, si bien puede ser bajo siempre y cuando el coito sin protección se practique exclusivamente durante el período periovulatorio, no es un factor que sea absolutamente despreciable. Este incremento del riesgo de transmisión tanto del VIH como de cualquier otra infección de transmisión sexual no es éticamente aceptable ya que puede suponer obligar a dichas personas a realizar comportamientos de riesgo<sup>34</sup>.

Por otro lado, si no se garantiza el acceso de las personas con el VIH a las técnicas de reproducción humana asistida ya sea porque forman parejas serodiscordantes o parejas seroconcordantes con riesgo de reinfección, podría resultar inexplicable y contradictorio para la opinión pública que se sostenga que la única vía para que las parejas serodiscordantes o seroconcordantes con riesgo de reinfección puedan tener descendencia genéticamente propia sea realizar un comportamiento de riesgo, esto es, mantener relaciones sexuales vía vaginal sin protección durante los días de mayor fertilidad de la mujer.

Las políticas públicas en materia del VIH deben seguir insistiendo en la necesidad, en general, de que todas las personas eviten la realización de prácticas de riesgo y, en particular, de que las personas con el VIH adopten medidas dirigidas a evitar la transmisión sexual del VIH, independientemente del deseo reproductivo. No se trata de reproducirse a toda costa y a cualquier precio sino de hacerlo de forma segura, y para garantizar esto las técnicas de reproducción asistida científicamente admitidas son un instrumento idóneo. No obstante, hay que recordar que cualquier método reproductivo que se utilice en parejas serodiscordantes conlleva algún riesgo, por pequeño que sea, de

---

<sup>34</sup> Véase en sentido contrario Barreiro P et al. Is natural conception a valid option for HIV– serodiscordant couples? *Human Reproduction*, 2007, 22:9, pp. 2353–2358, donde se sostiene que la concepción natural es una opción válida para las parejas serodiscordantes bajo unas determinadas condiciones muy estrictas de carga viral. En estos casos también será imprescindible la realización de un exhaustivo estudio de fertilidad previo al deseo concepcional, el cual formaría parte de un consejo reproductivo más amplio. Como es obvio, si como resultado de dicho estudio de fertilidad se diagnostica un problema de fertilidad, la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida es la única opción viable.

transmisión y, por tanto, los diferentes métodos de reproducción asistida tienen como objetivo disminuir al máximo posible el riesgo de transmisión, sin que ninguno de ellos sea capaz de garantizar la ausencia de este.

No obstante, para el caso que nos ocupa, el aspecto más preocupante se da en las limitaciones a la hora de valorar la condición psicofísica de la persona que pretende acceder a una TRHA. En las comunidades autónomas del País Vasco, La Rioja y Andalucía se restringe el acceso a personas con el VIH o hepatitis con el argumento de evitar la transmisión del virus. En el caso del País Vasco se indica en la web del servicio de salud que *“Las parejas en las que la mujer tiene el virus hepatitis C (carga viral positiva) o el VIH no pueden acceder a FIV por riesgo de contagio a otras parejas del programa. En los casos en los que sea el varón el afecto, sus muestras serán sometidas a lavado específico en el Hospital de Galdácano”*<sup>35</sup>. En el caso de Andalucía, la Guía de Reproducción Humana Asistida indica que las *“infecciones crónicas no tratadas generan riesgos potenciales de transmisión horizontal (contagio a la mujer o contaminación cruzada durante el proceso de tratamiento) y vertical, al feto”* y supedita el acceso a las TRHA a que la persona con el VIH se someta a tratamiento médico previo<sup>36</sup>.

En Asturias y Andalucía, asimismo, condicionan el acceso a personas consumidoras de drogas. En la Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio

---

<sup>35</sup> Esta información se ha extraído de la web del Osakidetza del Gobierno Vasco: <https://osieec.osakidetza.eus/esano/preguntas-frecuentes-reproduccion-asistida/>. Es especialmente llamativo que se incluya esta información en una página oficial cuando hay informes de años anteriores del Gobierno Vasco en los que ya se indicaba que las personas con el VIH debían recibir consejo sobre todas las TRHA. Ver López de Argumedo González de Durana M, Gutiérrez Iglesias A, Galnares Cordero L. *Lavado de semen en parejas VIH serodiscordantes para su uso en técnicas de reproducción humana asistida*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2013, p. 73. Disponible en: [www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2014\\_osteba\\_publicacion/es\\_def/adjuntos/Lavado%20de%20semen.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2014_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/Lavado%20de%20semen.pdf). Incluso hay noticias antiguas en medios sobre el éxito de estas técnicas en el caso de personas con el VIH: [https://elpais.com/ccaa/2014/12/04/paisvasco/1417693783\\_620034.html](https://elpais.com/ccaa/2014/12/04/paisvasco/1417693783_620034.html).

<sup>36</sup> Si bien en un documento recientemente publicado por el Servicio Andaluz de Salud se indica el acceso a las TRHA por las personas con el VIH, solo desaconsejándose en el caso de que la carga viral sea positiva. Ver Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. *Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud*, 2023, p. 34. Disponible en: [www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2023/Guia\\_rha\\_sas\\_2023.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2023/Guia_rha_sas_2023.pdf).

Andaluz de Salud se indica que “ante el consumo de otros tóxicos de forma habitual (marihuana, cocaína etc.), al iniciar el estudio para la realización de tratamiento de RHA, se insistirá en la necesidad de la deshabituación de tóxicos. Ante la sospecha de consumo de tóxicos, y bajo criterio facultativo, puede solicitarse un test estándar de tóxicos tras consentimiento informado verbal. Se recomendará, por tanto, el no consumo de tóxicos en ambos miembros de la pareja”<sup>37</sup>.

También es llamativo que la mayor parte de las comunidades autónomas hayan establecido restricciones para acceder a las TRHA con base en el peso de la persona, estableciendo un mínimo y un máximo de Índice de Masa Corporal para ello. Es el caso de Andalucía, Aragón, Cantabria, Murcia, Asturias, Extremadura, País Vasco, Valencia, Castilla-La Mancha y La Rioja cuyas normativas establecen restricciones por tener un bajo peso o uno elevado, aun cuando la normativa estatal no ha establecido condiciones a este respecto.

Tanto por el hecho de tener el VIH en unos casos, como por tener un bajo o elevado peso en otros, cabría considerar que hay un trato diferenciado no justificado en el acceso a las TRHA; una discriminación por el estado de salud y por el estado serológico de la persona que depende del código postal en el que esa persona tenga su domicilio.

### **2.3 El acceso a las TRHA por las personas con discapacidad y las personas con el VIH**

España no es el único país en el que las personas con el VIH se encuentran con barreras a la hora de acceder a las TRHA<sup>38</sup>. Lamentablemente, es un problema que se repite,

---

<sup>37</sup> Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. *Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud*, 2023, p. 13. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2023/Guia\\_rha\\_sas\\_2023.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2023/Guia_rha_sas_2023.pdf).

<sup>38</sup> Recientemente se han publicado noticias que indican que la legislación de Reino Unido va a ser modificada para evitar la discriminación que sufren las personas con el VIH a ciertos tratamientos de fertilidad como la gestación subrogada. Ver [www.nat.org.uk/press-release/uk-government-commits-equal-fertility-rights-people-living-hiv](https://www.nat.org.uk/press-release/uk-government-commits-equal-fertility-rights-people-living-hiv)

incluso se acrecienta, en algunos países de nuestro entorno<sup>39</sup>. Sin embargo, en algunos de esos países en los que existen ciertas restricciones para acceder a los tratamientos de fertilidad, las personas con el VIH se encuentran respaldadas por normas antidiscriminatorias de protección de las personas con discapacidad. Esto es así porque en dichos sistemas jurídicos el VIH se considera una discapacidad, y, como tal, las personas que tienen el VIH son consideradas como personas con discapacidad.

En Estados Unidos, por ejemplo, todavía existen algunas normas federales y de algunos estados que restringen el acceso a las personas con el VIH de los procedimientos de inseminación artificial con el semen de donante con el VIH. Sin embargo, según lo dispuesto en la *American with Disabilities Act* de 1990, las personas con el VIH son personas con discapacidad, por tanto, la denegación de estos servicios a las personas con el VIH constituye una práctica ilegal<sup>40</sup>. Ahora bien, también existen normativas federales que establecen el requisito del “*double set-up*” (o “instalación doble”) para ofrecer atención sanitaria reproductiva a personas con el VIH<sup>41</sup>. Es decir, aquellos centros o clínicas que puedan contar con unas instalaciones concretas y específicas para la atención de personas con el VIH y el almacenamiento de muestras de estas personas podrán realizar las técnicas de reproducción asistida.

En un estudio publicado en el año 2018 se indica que menos del 3% de las clínicas de fertilidad de Estados Unidos ofrecen atención sanitaria reproductiva a las personas con el VIH, pero que hasta un 50% de las clínicas estarían en disposición de prestarles dicha asistencia<sup>42</sup>. Estos datos dan cuenta de las dificultades que encuentran las personas con el VIH en el acceso a las TRHA en ese país que ya no solo son víctimas de una discriminación por estado serológico, sino también de la falta de accesibilidad física y, sobre todo, de accesibilidad económica para realizar estos procedimientos.

---

<sup>39</sup> Andersen MH, Alexander MT, Bintz C, et al. Medically assisted reproduction for people living with HIV in Europe: A cross-country exploratory policy comparison. *HIV Medicine*, 2022, 23:8, p. 862.

<sup>40</sup> Gross MS, Coleman JS, Anderson J. Assisted reproduction and HIV: separate but not equal. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2018, 7, p. 32; Jindal SK, Rawlins RG, Muller CH, Drobnis EZ. Guidelines for risk reduction when handling gametes from infectious patients seeking assisted reproductive technologies. *Reproductive BioMedicine Online*, 2016, 33:2, p. 125.

<sup>41</sup> Gross MS, Coleman JS, Anderson J. Assisted reproduction and HIV: separate but not equal. *op.cit.* p. 42.

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 31.

Sin duda, supondría un gran avance para el acceso igualitario que se prescindiera del requisito del *double set-up*, dado que no es necesario habida cuenta de la experiencia de otros países en estos tratamientos de reproducción asistida, incluido España, y que solo funciona como medida limitadora de derechos, de una excesiva precaución, de disparidad y de costes desorbitados tanto para pacientes como para proveedores del servicio.

En este mismo estudio que mencionamos se realiza un análisis de los contextos médico, jurídico y ético de la prestación de servicios de reproducción asistida a las personas con el VIH en Estados Unidos, y las conclusiones son tres. En primer lugar, se descubre que la reproducción asistida para las personas con el VIH tiene más de 30 años de seguridad y eficacia demostradas, principalmente en Europa y Canadá. En segundo lugar, se indica que las leyes federales contra la discriminación y las directrices de los CDC proporcionan la base legal para la igualdad de acceso de las personas con el VIH a la atención sanitaria reproductiva, y se confirma que las “precauciones universales” exigidas por ley son las suficientes para evitar la transmisión de enfermedades transmisibles en los centros sanitarios. En tercer lugar, el estudio menciona más de 50 publicaciones en 25 años que documentan los argumentos éticos, invocando los principios de la beneficencia, la justicia, la autonomía y los derechos reproductivos, a favor de la reproducción asistida para las personas con el VIH<sup>43</sup>.

Aún con estas evidencias, siguen vigentes leyes en varios estados del país<sup>44</sup> que tienen por objeto prohibir que las personas con el VIH donen su sangre, órganos y tejidos, y que donen o vendan su semen, lo cual supone una práctica discriminatoria a la hora de acceder a tratamientos de fertilidad por las personas con el VIH. Más si cabe cuando se compara con la situación de personas con el VHC o VHB, a quienes sí se les ofrece el uso de estas TRHA<sup>45</sup>. En este sentido, el Comité Ético de la Asociación Americana de Medicina Reproductiva recuerda a los proveedores que, en virtud del caso *Bragdon v.*

---

<sup>43</sup> Ibidem, p. 40.

<sup>44</sup> En este informe se realiza un análisis de las leyes de cada estado que limitan los derechos de las personas con el VIH: Richardson R, Golden S, Hanssens C. *Ending and defending against HIV criminalization. A manual for advocates*, 2015. Disponible en <https://hivlawandpolicy.org/resources/ending-and-defending-against-hiv-criminalization-state-and-federal-laws-and-prosecutions>.

<sup>45</sup> Jindal SK, Rawlins RG, Muller CH, Drobnis EZ. Guidelines for risk reduction when handling gametes from infectious patients seeking assisted reproductive technologies. *Reproductive BioMedicine Online*, 2016, 33:2, p. 125.

Abbott de 1998, quien no ofrezca servicios a personas en función de su estado serológico respecto al VIH debe poder aportar pruebas científicas objetivas de que hacerlo supondría un riesgo significativo para la salud y la seguridad del personal médico o de otros pacientes. Asimismo, informa que no se ha producido ninguna infección por VIH por exposición ocupacional al procesar gametos/embriones, y que nunca se ha informado de contaminación cruzada con muestras de otros pacientes en un entorno de reproducción asistida<sup>46</sup>. Por tanto, el riesgo se considera únicamente teórico en estos dos supuestos.

Como cabe apreciar, aquí también está presente la lotería del código postal ya que el acceso dependerá del estado en el que la pareja serodiscordante solicite la TRHA. No obstante, tampoco esta situación debería constituir un obstáculo insalvable si se tiene en cuenta que las clínicas con recursos insuficientes para cumplir con el *double set-up* tienen la obligación de derivar a otros proveedores de salud a las personas con el VIH para que sean debidamente atendidas en centros con experiencia en la atención de estas personas. Esa derivación, de hecho, ha sido considerada por los tribunales como una actuación no discriminatoria cuando existe una razón médica que lo respalde. Esto es lo que vino a decir la sentencia del caso *Lesley v. Chie* de 2001. En esta el tribunal dictaminó que la derivación en lugar del tratamiento no equivale a una discriminación cuando existe una razón médica creíble de que el paciente se beneficiaría de recibir tratamiento en un centro con experiencia específica en la atención del VIH<sup>47</sup>. Se han dado más casos al respecto que han llegado hasta los tribunales entre los años 2002 y 2017 que basándose en la *American with Disabilities Act* de 1990 y en la *Rehabilitation Act* de 1973 han concluido que la denegación de las TRHA a personas con el VIH en diversos entornos sanitarios era discriminatoria y no estaba justificada porque las precauciones universales eran adecuadas y suficientes para garantizar que las personas con el VIH pudieran ser atendidas de forma segura en las mismas condiciones que los demás<sup>48</sup>. En estos casos, los proveedores perdieron la financiación de *Medicaid/Medicare*, recibieron formación

---

<sup>46</sup> Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Human immunodeficiency virus (HIV) and infertility treatment: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 2015, 104:1, p. e1.

<sup>47</sup> Gross MS, Coleman JS, Anderson J. Assisted reproduction and HIV: separate but not equal. op.cit. p. 40.

<sup>48</sup> Ibidem, p. 32.

obligatoria sobre la *American with Disabilities Act* y se les obligó a publicar un aviso de no discriminación<sup>49</sup>.

Los problemas sistémicos que dificultan el acceso a la asistencia sanitaria en Estados Unidos no los encontramos en España, afortunadamente, pero no hay que desconocer que la discriminación por el VIH sigue presente en muchos entornos de la sociedad, incluyendo el entorno sanitario, y que su evitación pasa por reconocer y garantizar cuantas más y mejores herramientas legales que les permitan ejercer sus derechos. Una de ellas, la de prohibir la discriminación por estado serológico, ya ha obtenido reconocimiento legal recientemente gracias a la Ley 15/2022; otra de ellas, la de incluir a las personas con el VIH en el paraguas de protección de la discapacidad, es una asignatura pendiente.

En nuestro país, las personas con discapacidad también tienen reconocido el derecho a acceder a las TRHA según lo dispuesto en la Ley 14/2006. Esta norma fue modificada en el año 2011 por la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La Ley 14/2006 señala que debe garantizarse que las personas con discapacidad, entre las que se encuentran las personas con el VIH si nos atenemos al modelo social de la discapacidad impuesto por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, no sean discriminadas por razón de discapacidad en el acceso y utilización de las técnicas de reproducción humana asistida:

*“Disposición adicional quinta. Garantía de no discriminación de las personas con discapacidad.*

*Con arreglo a lo dispuesto en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, las personas con discapacidad gozarán de los derechos y facultades reconocidos en esta Ley, no pudiendo ser discriminadas por razón de discapacidad en el acceso y utilización de las técnicas de reproducción humana asistida.*

*Asimismo, la información y el asesoramiento a que se refiere esta ley se prestarán a las personas con discapacidad en condiciones y formatos accesibles apropiados a sus necesidades”.*

En el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de

---

<sup>49</sup> Ibidem, p. 34.

su inclusión social, se reconoce en el artículo 10.1 cuando se establece que *“las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva”*.

Asimismo, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, señala que los poderes públicos, en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y de formación profesional, y sociales garantizarán *“la atención específica a las personas con algún tipo de discapacidad, a quienes se garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, garantizando y estableciendo para ellas entornos accesibles y los apoyos necesarios en función de su discapacidad”* (artículo 5.k) LO 1/2023). También se establece con respecto a la salud reproductiva que los servicios públicos de salud garantizarán *“el enfoque antidiscriminatorio e interseccional en todas sus prácticas, a fin de valorar y abordar de forma integral las diferentes circunstancias relativas a la edad, sexo, identidad de género, origen nacional, étnico o racial, situación administrativa de extranjería, discapacidad y situación económica de la población y, especialmente, de las mujeres”* (artículo 7bis LO 1/2023).

La no discriminación por motivo de discapacidad, en general, también cuenta con el respaldo constitucional con la sentencia 10/2014, de 27 de enero, del Tribunal Constitucional y con el de la Ley 15/2022, la cual incluye la discapacidad en el listado de motivos por los cuales está prohibido discriminar (al igual como ocurre con el estado de salud y con el estado serológico) y, concretamente, en lo que a la salud respecta indica que *“nadie podrá ser excluido de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la concurrencia de una discapacidad, por encontrarse en situación de sinhogarismo, por la edad, por sexo o por enfermedades preexistentes o intercurrentes, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen”* (artículo 15.2 Ley 15/2022).

El problema es que nuestro sistema jurídico no reconoce el mero diagnóstico del VIH como una discapacidad, por tanto, las personas con el VIH en España no pueden invocar una eventual discriminación por motivo de discapacidad en el acceso a las TRHA.

Solo podrían hacerlo aquellas que cuenten con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%, porcentaje que es harto complicado de obtener con el mero diagnóstico del VIH. En España todavía no se ha adoptado completamente el modelo social de la discapacidad que propone la Convención Internacional y esto, como se puede ver, deja fuera a este grupo de personas que podrían ver respaldadas sus denuncias por discriminación no solo por el estado serológico, sino también por su discapacidad.

## **2.4 Acciones contra la denegación de las TRHA<sup>50</sup>**

Ya hemos visto que la normativa actual no excluye a las personas con el VIH de las TRHA siempre que cumplan los requisitos previstos en las leyes. Ahora bien, ante un supuesto hipotético de denegación de esta prestación es importante conocer cuáles son las vías jurídicas que se pueden seguir.

Si se niega a las personas con el VIH el derecho a acceder a las TRHA cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, además de estar negándoles el acceso y el ejercicio de un derecho del que son titulares, se les estará violando su derecho a la igualdad y no discriminación por estado serológico y se les estará faltando el respeto a su dignidad humana ya que se les está impidiendo formar una familia, lo cual supone la vulneración del artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el artículo 23 de la Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>51</sup>. Asimismo, se estarán vulnerando las garantías de las prestaciones previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, la denegación de acceso a uno de los servicios incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud supone que la persona con VIH pueda impugnar la decisión, primero, ante los órganos administrativos y, posteriormente, ante

---

<sup>50</sup> El contenido de este apartado ha sido posible gracias a contribución de la profesora Berta Martín Jiménez, miembro del equipo investigador del grupo de investigación DECADE de la Universidad de Alcalá, quien lo ha revisado y ha realizado las oportunas modificaciones.

<sup>51</sup> Véanse el artículo 10.2 Constitución, «Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la declaración universal de derechos humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España», y el artículo 96.1 Constitución, «Los tratados internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente en España, formarán parte del ordenamiento interno (...)».

los órganos judiciales en el orden contencioso-administrativo si la decisión de denegación de la prestación proviene de un organismo de la Administración pública<sup>52</sup>. Si este es el caso, en la vía administrativa existen diferentes tipos de recursos que puede hacer valer la persona con el VIH para reclamar su derecho a la prestación sanitaria a la que tiene derecho.

Ante la situación descrita, se deberá interponer una reclamación de manera presencial u *on-line* en el Servicio o Unidad de Atención al Paciente del hospital en cuestión, donde será facilitado el formulario de la reclamación. Una vez presentada dicha reclamación, normalmente se gestiona en un plazo de treinta días hábiles. Dentro de ese plazo, el Gerente responsable del hospital deberá remitir al/a interesado/a una contestación individualizada que deberá contener, al menos: a) resumen del motivo de la queja o reclamación; b) actuaciones practicadas; c) conclusiones y medidas adoptadas; d) identificación del firmante (nombre, apellidos y cargo del que ocupe en la institución).

Si la reclamación no se contesta en el plazo señalado de los treinta días hábiles a contar desde su interposición o la respuesta que se recibe no es la esperada, el/la interesado/a podrá dirigirse a la Dirección General competente en materia de atención al paciente de la Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma en la que el hospital se encuentre<sup>53</sup>. En caso de que no se reciba respuesta por parte de la Dirección General o su respuesta no es la esperada, cabría un recurso de alzada ante la Consejería de Sanidad, pues las reclamaciones expuestas no tienen carácter de recurso en vía administrativa (artículo 114.1 C) en relación con el artículo 121.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).

El recurso de alzada se puede interponer contra aquellos actos que no ponen fin a la vía administrativa (artículo 114 Ley 39/2015) y será competente para resolverlos el superior jerárquico del que dictó el acto recurrido, en este caso, la Consejería de Sanidad.

---

<sup>52</sup> Si la exclusión o denegación del servicio ocurre en una clínica privada, en estos casos, las vías de actuación no serían a través de los recursos mencionados ya que, en el ámbito de los servicios de carácter privado, no se tiene la condición de paciente sino de consumidor de un servicio. Por este motivo, se deben seguir las vías legalmente establecidas que pueden iniciarse con la interposición de una reclamación en la propia clínica privada, en la Oficina Municipal de Atención al Consumidor, o ante la Dirección General de Comercio y Consumo de la comunidad autónoma correspondiente. En el folleto “La persona con el VIH como consumidora vulnerable”, elaborado por la Clínica Legal, se desarrolla este aspecto. El folleto está disponible en [https://cesida.org/wp-content/uploads/2022/12/UAlcala\\_ficha\\_41\\_baja.pdf](https://cesida.org/wp-content/uploads/2022/12/UAlcala_ficha_41_baja.pdf).

<sup>53</sup> Los plazos y los procedimientos señalados desde la reclamación ante la unidad al paciente hasta la Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma en la que nos encontremos pueden variar.

Esta interposición ante el órgano competente para resolver se debe realizar en el plazo de 1 mes desde que hemos recibido la respuesta de la Dirección General, en caso de no recibir respuesta, no hay plazo para su interposición. La administración competente para resolver este recurso tiene de plazo para dictar y notificar la resolución 3 meses (artículo 122 Ley 39/2015). Si transcurrido este plazo no se recibe respuesta de la Administración, se produce el silencio negativo, es decir, la desestimación del recurso de alzada. No obstante, una vez se reciba la resolución del recurso presentado, contra esta no cabe la interposición de ningún otro recurso administrativo.

Una vez agotada esta vía y siempre que se cumplan los requisitos de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, cabe interponer ante la justicia ordinaria un recurso contencioso-administrativo, en concreto, una acción de nulidad, ya que se ha producido por parte de la Administración pública la vulneración de uno de los derechos fundamentales susceptibles de amparo constitucional (artículo 47.1 a) de la Ley 39/2015).

Por otro lado, debemos añadir que el artículo 15 de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, exige a las administraciones sanitarias que, en el ámbito de sus competencias, garanticen la ausencia de cualquier forma de discriminación en el acceso a los servicios y en las prestaciones sanitarias por razón del estado serológico y prohíbe la exclusión de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la concurrencia de enfermedades preexistentes o intercurrentes, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen.

Además de ello, la Ley 15/2022 exige que las administraciones sanitarias promuevan acciones destinadas a aquellos grupos de población que presenten necesidades sanitarias específicas, tales como las personas que tengan enfermedades mentales, crónicas, raras, degenerativas o en fase terminal, síndromes incapacitantes, o portadoras de virus con el fin de asegurar un efectivo acceso y disfrute de los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades, con especial énfasis en las necesidades en materia de salud específicas de las mujeres, como la salud sexual y reproductiva, entre otras.

Por este motivo, es importante señalar que la Ley 15/2022 prevé

responsabilidades administrativas por el incumplimiento de las obligaciones en materia de igualdad de trato y no discriminación. Esto es, la administración competente puede iniciar un procedimiento sancionador con base a las infracciones recogidas en los artículos 47 de la Ley mencionada. Asimismo, podrá existir responsabilidad penal del empleado o cargo público que deniegue el acceso a un servicio público a quien tiene derecho (artículo 511.1 del Código Penal).

## RECOMENDACIONES

1. Los profesionales sanitarios de las áreas especializadas que atienden a las personas con el VIH con deseos de ser padres deberían darles toda la información actualizada sobre las TRHA disponibles, sin que el hecho de tener el VIH suponga un motivo de exclusión de estas prestaciones. En este sentido, es imperativo el asesoramiento previo a la concepción o la consulta con especialistas en fertilidad para poder abordar y optimizar los objetivos reproductivos.
2. Los profesionales sanitarios deberían conocer la evidencia I=I para confirmar que la persona con el VIH con carga viral indetectable, en algunos casos, y siempre que supere los estudios de fertilidad, no necesitan someterse a las TRHA y pueden concebir de forma natural. Esto ayudaría a evitar el paternalismo en la toma de decisiones en el ámbito sanitario.
3. Se deberían vigilar los protocolos seguidos en las clínicas privadas de reproducción asistida para evitar situaciones discriminatorias hacia las personas con el VIH.
4. Se recomienda la realización de una encuesta específica dirigida a personas con el VIH sobre el acceso a las TRHA.

## CONCLUSIONES

1. Las personas con el VIH tienen derecho a acceder a las TRHA en igualdad de condiciones con el resto de las personas, siempre que cumplan con los requisitos establecidos legalmente.
2. A pesar de que tienen derecho, las personas con el VIH continúan encontrando problemas, tanto de acceso a la información sobre las técnicas que mejor se ajustan a su caso en la sanidad pública como de discriminación por estado serológico en la sanidad privada.
3. Ante situaciones de limitación de derechos o discriminación por estado serológico, las personas con el VIH deben denunciar estas situaciones siguiendo los cauces correspondientes.



FACULTAD DE DERECHO

**CLINICA LEGAL**

Calle Libreros 27  
28801 Alcalá de Henares

---

**Web:** <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/>

**Email:** [clinicalegal@uah.es](mailto:clinicalegal@uah.es)

**Facebook y Twitter** @ClinicaLegalUAH

**Instagram** @clinica\_legal\_uah