

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Tipos de Reproducción Asistida.
 - 2.1.- Inseminación Artificial
 - 2.2.- Inseminación IN VITRO.
- 3.- Consecuencias ético-políticas de la Reproducción asistida.
 - 1.- Valoración
 - 2.-Criterios fundamentales para la valoración moral.
 - 3.-Que criterio moral se debe adoptar ante la procreación humana?
- 4.- Consecuencias Epistemológicas y Ontologicas de la reproducción asistida.
- 5.- Conclusión.
- 6.- Bibliografía.

1.- **INTRODUCCIÓN**

El hijo no es un derecho sino un don. El "don más excelente del matrimonio" es una persona humana. El hijo no puede ser considerado como un objeto de propiedad, a lo que conduciría el reconocimiento de un pretendido "derecho al hijo".

Una primera consideración que debe hacerse es acerca del deseo-derecho de los padres a tener un hijo. Esta afirmación se hace sin más y así es aceptada muchas veces sin tener en cuenta lo de verdad o lo de falsedad que puede haber en ella. Conviene que las personas, las parejas, los matrimonios, la sociedad que abordan este tema, sean cuidadosos para matizar las afirmaciones, de tal modo que los diversos derechos que se contemplan estén bien articulados y que los menos importantes cedan ante los más primarios.

Una visión superficial de este punto puede suponer la agresión a principios de dignidad humana importantes y que tienen una repercusión social difícilmente mensurable a corto plazo. Se trata de conocer una verdad que lleve a comportarse de acuerdo con ella.

El caso concreto es el de una pareja que tienen dificultades para tener hijos y que presentan ante la sociedad su derecho a tener un hijo. No se trata de una relación privada de unas personas con un médico puesto que también aparece la vida de un tercero, la nueva criatura.

¿Qué se entiende por el derecho a tener un hijo?

La primera acepción de este derecho, es el derecho a realizar los actos naturales que de suyo se ordenan a la procreación. Se puede asegurar que puesto que se tiene esa capacidad se tiene también el derecho a ejercerla según la realidad que es esa capacidad. No es éste el caso contemplado.

Una segunda acepción sería el derecho a tratar a alguien como si fuese un hijo natural. Estamos ante los temas de la adopción. Propiamente hay que hablar que la ya existencia de personas que, teniendo el derecho a los medios para su desarrollo humano, en edad temprana se ven separados de sus padres naturales. Uno de los medios que tiene la sociedad para atender este derecho es encargárselo a algunas personas en concreto, y para hacerlo de una forma más completa le reconoce como si fuese hijo natural. En este caso lo que hay que atender es en primer caso el derecho del niño, y las posibilidades de esas personas para satisfacerlo.

La tercera acepción, es el derecho a exigir la fabricación de un niño, de acuerdo con el encargo que se hace, y que por tanto me es entregado ya que lo he encargado. Se puede discutir acerca de qué características se podrán fijar o no en el niño que se encarga, pero sustancialmente es el derecho a que otras personas produzcan un niño y me lo entreguen. Habitualmente la expresión derecho a tener un hijo, se utiliza con esta última acepción.

Esta afirmación de un derecho se suele fundamentar en algunas realidades, que conviene tener en cuenta porque ayudan a *comprender* a las personas que lo reclaman. No es la misma situación la del matrimonio constituido establemente y que reúne una serie de condiciones económicas, psicológicas, e incluso espirituales para atender a la nueva criatura, que, pongamos por caso, una pareja de homosexuales. Tampoco es lo mismo que los que lo han encargado den sus células germinales, a que todo tenga un origen extraño a los que solicitan el niño. Por último hay que reconocer que es una experiencia muy distinta la del que recibe un niño de una madre sustitutoria que la del que recibe una implantación de un embrión de cinco días y lleva a término el embarazo.

Se puede reconocer la presencia por una parte de un *verdadero impulso amoroso* que quiera verse materializado en un hijo, y por otra un afán de satisfacción personal y de posesión sobre una nueva criatura. Las situaciones personales no son fáciles de desentrañar a fondo pero conviene reconocer estas dos líneas, ya que suponen una distinta valoración moral.

Ahora bien, en todos estos casos la línea clara que los distingue es si se tiene *derecho* a los actos de los que puede venir un hijo, o *propiamente al hijo*. En el primer caso el origen del derecho ya lo hemos visto. ¿Cuál es el origen de ese supuesto derecho en el segundo caso?

En algunas situaciones se puede hablar de las expectativas que se crearon al formar un matrimonio y llevar a cabo los actos naturales que abrían la esperanza al nacimiento de un hijo. Ahora bien, esa posibilidad ya se conocía, y por tanto la frustración de esa expectativa no es el fraude de ningún derecho.

El fundamento más común para estos casos, y el único para los demás casos es afirmar el deseo, que es asumido por la voluntad, de querer tener una persona en la que poder ejercer una actividad como la que ejercen los padres. Se piensa que se está en condiciones y se está capacitado, por tanto se tiene derecho a ejercerlo. Algunos casos pueden añadir otras motivaciones: afianzar el matrimonio, dar una apariencia de normalidad a la relación que se tiene, o incluso romper modelos sociales, para que se admitan otros. Pero, ¿puede afirmarse el derecho porque exista el deseo? No parece que sea una consecuencia directa. Tampoco se puede argumentar que no sólo existe el deseo sino también la posibilidad de satisfacerlo.

Por otra parte, y este es el aspecto más importante, el derecho se plantea como derecho a tener un alguien, derecho a poseer un alguien. Ciertamente después se le piensa cuidar y querer, pero *el planteamiento esta viciado porque su origen está en la satisfacción de un deseo de un persona y ninguna persona puede ser contemplada como la satisfacción de otra, sino querida por si misma*. Por eso *este planteamiento no presta ninguna atención a los medios por los que esa persona venga a la existencia, porque no interesa la persona en sí, sino tan sólo su función de objeto de satisfacción de un deseo de otras personas*.

Precisamente esa no atención es la que marca la diferencia con respecto a los padres que también desean un hijo pero que lo que hacen es poner los actos de amor que abren la posibilidad al nuevo ser. No es un

problema de quién tiene un mayor deseo. Sino cómo se contempla a la nueva criatura. *Los que lo ven como fruto de su amor y don que reciben. La aparición de una nueva vida tiene siempre algo de sorpresa, y esto ayuda a verla como el don que por otra parte es.*

De hecho lo que ocurre es que una *mentalidad anticoncepcionista*, o de control de la fecundidad de los actos sexuales para que no se produzca un nacimiento, supone ejercer un dominio sobre la finalidad procreativa del acto sexual. El ejercicio de este dominio puede llevar a que también se plantee conseguir su fin aunque no se dé el acto sexual. *La capacidad procreativa ha quedado sometida a la voluntad de la persona desligándola de su relación natural con el acto sexual*, por ello su objetivo se puede pretender con cualquier medio.

Por último, nos parece que es muy importante comprender y acompañar en el sufrimiento a las parejas que deseando tener un hijo son estériles(*Donum vitae*,8). En definitiva transmitir la vida, y amar a una criatura que comienza su existencia es de las obras más importantes que una persona puede llevar a cabo. Por otra parte el matrimonio tiene una orientación hacia los hijos, y por ello su presencia favorece la plenitud de la vida matrimonial con la familia. Pero este comprender no puede hacerse a costa de la verdad sobre otras personas, aunque sean muy pequeñas. La dignidad humana exige ser concebido en un acto de amor por dos personas que expresan realmente el amor de donación que les une. No se tiene derecho a un hijo sino a poner los actos que de suyo se ordenan a la procreación.

2.- TIPOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

2.1-INSEMINACION ARTIFICIAL.

Se entiende por inseminación artificial la fecundación de la mujer por medio de la introducción de espermatozoides, sin realización de coito.

Introducción.

La inseminación artificial es un procedimiento utilizado en los programas de Reproducción Asistida como primera alternativa en el manejo de las parejas estériles con cuando menos una trompa uterina permeable que no hayan logrado un embarazo tras la aplicación de tratamientos convencionales tendientes a la corrección de los factores causales de esterilidad.

A) Finalidades.

Los objetivos principales de la inseminación artificial son:

asegurar la existencia de óvulos disponibles acercar los espermatozoides al óvulo en el aparato genital femenino mejorar e incrementar el potencial de fertilidad de los espermatozoides realizando una serie de procedimiento de laboratorio al eyaculado, llamados en conjunto capacitación espermática.

B) Indicaciones

La inseminación artificial se realiza en aquellas parejas que no se han podido embarazar debido a que:

- la mujer tiene algún problema a nivel del cuello del útero como: alteración en el moco cervical, presencia de anticuerpos antiesperma, estenosis (estrechez), secuelas de conización, tratamiento con láser o criocirugía, etc.
- el hombre muestra alteraciones en el semen como son disminución del número de espermatozoides y/o de su movilidad, disminución en el volumen del eyaculado, aumento excesivo en el número de espermatozoides, malformaciones anatómicas de su aparato reproductor o alteraciones funcionales de la eyaculación

- la pareja presenta una esterilidad inexplicable (aquella en que todos los estudios demuestran normalidad pero no se logra la fecundación)

La inseminación artificial puede ser **HOMOLOGA** o **HETEROLOGA**

- la inseminación artificial homóloga es aquella donde se utiliza el semen de la pareja.
- la **inseminación artificial heteróloga** es cuando se utiliza **semen de un donador** (semen congelado de banco), y se indica cuando el varón no tiene espermatozoides o cuando es portador de alguna enfermedad hereditaria. **No se recomienda usar semen fresco de donador por el riesgo de contraer el SIDA.**

Dependiendo del sitio donde se deposite el semen la inseminación artificial puede ser INTRAVAGINAL, INTRACERVICAL, INTRAUTERINA, INTRAPERITONEAL o INTRATUBARIA.

Con la inseminación intrauterina se obtiene la mejor tasa de embarazo, entre el 20–25% de probabilidades de embarazo por intento. Se recomiendan 5 ciclos consecutivos de inseminación artificial para agotar las probabilidades de éxito.

Una vez lograda la fecundación, el desarrollo del embarazo es normal; *el riesgo de presentar un aborto, parto prematuro o un bebé con una malformación congénita es el mismo que en un embarazo obtenido por coito vaginal.*

Para incrementar el porcentaje de éxito se recomienda aumentar la cantidad de óvulos en el tracto genital femenino estimulando los ovarios con medicamentos que inducen ovulación múltiple (**estimulación ovárica**). El **seguimiento folicular** indicará el momento de la ovulación y el día óptimo para la inseminación.

En la inseminación homóloga, la muestra de semen se obtiene por masturbación el mismo día en que se va a realizar la inseminación.

La técnica de capacitación espermática se selecciona según la calidad de la muestra de semen. Tiene una duración de hasta 2 horas y debe iniciarse a los 30 minutos después de obtenida la muestra.

Cuando la muestra capacitada está lista para la inseminación se deposita en un catéter especial conectado a una jeringa; la paciente se coloca en posición ginecológica, se aplica un espejo vaginal estéril para localizar el cervix (igual que en una exploración vaginal de rutina) y por su orificio se introduce el catéter hacia el interior del útero y se deposita el semen capacitado (inseminación intrauterina). Si el caso lo precisa, se puede depositar también semen capacitado en el interior del cervix (inseminación intracervical).

El catéter se retira lentamente y se deja a la paciente en reposo 20 minutos, concluyendo así el procedimiento. Se indica reposo relativo al día siguiente y coito vaginal. Se recomienda administrar algún medicamento progestágeno para ayudar a la implantación del embrión.

2.2-. Fecundación in vitro

El 25 de julio de 1978 nace en Londres Louise Brown, la primera niña probeta. Pocos meses después tenemos otra niña en Australia. En 1985 nacen Gemma y Sergio los dos primeros gemelos–probeta españoles. Lo que fue presentado como una solución extrema para casos de esterilidad producida por grave obstrucción de las trompas, se ha convertido en una técnica de uso frecuente para obtener el hijo que no viene por medios naturales. El deseo del hijo ha superado todo tipo de barreras y lo que al principio parecía más evidente, como que ambos gametos procediesen de los padres, ha quedado superado llegando a utilizar gametos que no

proviene de ninguno de los padres, e incluso que el útero sea de una madre de alquiler. Al mismo tiempo se ha conseguido abundancia de embriones humanos con los que poder experimentar.

A) Técnica

Obtención de los gametos.

Fecundación *in vitro* propiamente dicha. Se trata de poner en contacto el espermatozoide con el oocito en un cultivo adecuado reproduciendo las condiciones naturales en las que se da la fecundación. Se utilizan unas decenas de miles de espermatozoides, y varios óvulos según el número de embriones que se quieran obtener. Pasadas 30 horas de la fertilización el cigoto comienza a dividirse en dos células, a las 40 horas puede constituir ya un embrión de 4 células, y a las 66 horas de 8 células.

Transferencia del embrión al seno materno. Esta es la fase más delicada porque se trata de que el embrión anide en el endometrio. Hay diversos factores que se tienen en cuenta:

El momento: cuanto antes se haga mayor posibilidad tiene de desarrollo en un ambiente natural. Se procura que sea en las 24-48 horas tras la fecundación.

El diagnóstico genético preimplantacional que siempre se hace en el caso de la técnica FIVET y que requiere que el embrión tenga ya 6 u 8 células.

El número de embriones que se transfieren. Un mayor número facilita el que alguno anide. Hay que tener en cuenta que la tasa de éxito de la FIVET es del 15 % debido a la peor evolución del embrión obtenido por esta técnica respecto al natural, sobre todo debido a alteraciones genéticas. Por otra parte si se eleva el número surge el embarazo múltiple con los problemas que esto conlleva. Bien sea porque naturalmente se produce el aborto de algunos embriones o porque se los destruya con la llamada reducción embrionaria este hecho influye en el número de embriones a transferir. Normalmente se transfieren tres o cuatro.

B) Dos variaciones: ZIFT, ICSI

B.1) La ZIFT (*Zigot intra fallopian transfer*)

También llamada TET (Transferencia del embrión a la trompa). Se trata de una variación de la FIVET, cuando el cigoto se introduce en la trompa de Falopio.

B.2) La ICSI (*Intracytoplasm sperm injection*)

La ICSI, Inyección intracitoplasmática de espermatozoides, se lleva a cabo cuando el número de estos es muy escaso, ya que basta un espermatozoide por cada óvulo a microinyectar. Esta técnica permite además resolver casos de ausencia total de espermatozoides en el eyaculado, ya que se pueden obtener espermatozoides directamente del epidídimo (área del testículo en la que los espermatozoides maduran y se almacenan) o del testículo.

C) COLOFON

· Las técnicas no pueden ser prohibidas a priori **si no son maleficientes**

a) para los que la padecen y

b) para el hijo por venir

y la única restricción será la del marco moral de los pacientes.

· Beneficencia, no maleficencia y autonomía se respetan más cabalmente cuando la medicina es capaz de resolver problemas de infecundidad cada vez más complejos.

D)OBTENCIÓN DEL ESPERMA

Las técnicas de obtención del semen masculino pueden darse en tres contextos distintos:

1º En conexión con la relación sexual:

a) A continuación de una "relación interrumpida"

b) Con el uso de preservativo

2º Después de una relación conyugal

a) Con el uso de preservativo perforado

b) Recogiendo el semen en el fondo de la vagina

c) Recogiendo el semen residual en la uretra masculina

3º Separadamente de la relación conyugal

a) Mediante masturbación

b) Recogiendo el semen en la uretra tras polución involuntaria

c) Con electroeyaculación

d) Exprimiendo la próstata y vesículas seminales

e) Con puntura del epididimo y del conducto deferente

f) Mediante biopsia testicular

3-.CONSECUENCIAS ETICO-POLITICAS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

1) Valoración moral

El juicio ético es igualmente negativo y por el mismo principio que la "inseminación artificial homóloga", si bien en este supuesto la misma técnica vuelve más opaco el principio, pues la técnica parece privar sobre la dignidad debida al nuevo ser: parece más "fabricado" que "engendrado". Además esta técnica posibilita otros extremos, como la manipulación de embriones, etc. Ésta es la argumentación de la Congregación:

"La FIVET homóloga se realiza fuera del cuerpo de los cónyuges por medio de gestos de terceras personas, cuya competencia y actividad técnica determina el éxito de la intervención; confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos, e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y sobre el destino de la persona humana. Una tal relación de dominio es en sí contraria a la dignidad y a la igualdad que debe ser común a padres e hijos... Por estas razones, el así llamado "caso simple", esto es, un procedimiento de FIVET homóloga libre de toda relación con la praxis abortiva de la destrucción de los

embriones y con la masturbación, sigue siendo una técnica moralmente ilícita, porque priva a la procreación humana de la dignidad que le es propia y connatural"

Este mismo juicio moral se recoge en el *Catecismo de la Iglesia Católica*.

En el caso de la heteróloga además de romper con el lazo generativo esposo-esposa, se violenta el sentido mismo de la paternidad, dado que el hijo tiene derecho a saber quiénes son en verdad sus padres biológicos:

"Estas razones determinan un juicio moral negativo de la fecundación artificial heteróloga. Por tanto, es moralmente ilícita la fecundación de una mujer casada con el esperma de un donador distinto de su marido, así como la fecundación con el esperma del marido de un óvulo no procedente de su esposa. Es moralmente injustificable, además, la fecundación artificial de una mujer no casada, soltera o viuda, sea quien sea el donador"

Además de las anteriores razones, hay que tener en cuenta la producción de abortos, y la situación de los embriones congelados. La Encíclica *Evangelium vitae* resume así las razones que justifican el juicio moral condenatorio de la reproducción artificial:

"Las distintas técnicas de reproducción artificial, que parecerían puestas al servicio de la vida y que son practicadas no pocas veces con esta intención, en realidad dan pie a nuevos atentados contra la vida. Más allá del hecho de que son moralmente inaceptables desde el momento en que separan la procreación del contexto integralmente humano del acto conyugal, estas técnicas registran altos porcentajes del fracaso. Este afecta no tanto a la fecundación como el desarrollo posterior del embrión, expuesto al riesgo de muerte por lo general en brevísimo tiempo. Además, se producen con frecuencia embriones en número superior al necesario para su implantación en el seno de la mujer; y estos así llamados 'embriones supernumerarios' son posteriormente suprimidos o utilizados para investigaciones que, bajo el pretexto del progreso científico o médico, reducen en realidad la vida humana a simple 'material biológico' del que se puede disponer libremente".

2) CRITERIOS FUNDAMENTALES PARA UN JUICIO MORAL: DOMUN VITAE.

Los valores fundamentales relacionados con las técnicas de procreación artificial humana son dos:

1. la vida del ser humano llamado a la existencia y
2. la originalidad con que esa vida es transmitida en el matrimonio.

El juicio moral sobre los métodos de procreación artificial tendrá que ser formulado a la luz de esos valores.

La vida física, por la que se inicia el itinerario humano en el mundo, no agota en sí misma, ciertamente, todo el valor de la persona, ni representan el bien supremo del hombre llamado a la eternidad. Sin embargo, en cierto sentido constituye el valor "fundamental", precisamente porque sobre la vida física se apoyan y se desarrollan todos los demás valores de la persona. La inviolabilidad del derecho a la vida del ser humano inocente "desde el momento de la concepción hasta la muerte" es un signo y una exigencia de la inviolabilidad misma de la persona, a la que el Creador ha concedido el don de la vida.

La procreación humana presupone la colaboración responsable de los esposos con el amor fecundo de Dios[9]; el don de la vida humana debe realizar en el matrimonio mediante los actos específicos y exclusivos de los esposos, de acuerdo con las leyes inscritas en sus personas y en su unión[10].

3) ¿Qué criterio moral se debe proponer acerca de la intervención del médico en la procreación

humana?

El acto médico **no** se debe valorar únicamente por su **dimensión técnica**, sino también y sobre todo por su finalidad, que es el bien de las personas y su salud corporal y psíquica. Los criterios morales que regulan la intervención médica en la procreación se desprenden de la dignidad de la persona humana, de su sexualidad y de su origen.

La medicina que desee ordenarse al bien integral de la persona debe respetar los valores específicamente humanos de la sexualidad. El médico está al servicio de la persona y de la procreación humana: no le corresponde la facultad de disponer o decidir sobre ellas.

El acto médico es respetuoso de la dignidad de las personas cuando se dirige a ayudar el acto conyugal, sea para facilitar su realización, sea para que el acto normalmente realizado consiga su fin.

Sucede a veces, por el contrario, que la intervención médica sustituye técnicamente al acto conyugal, para obtener una procreación que no es ni su resultado ni su fruto: en este caso el acto médico no está, como debería, al servicio de la unión conyugal, sino que se apropia de la función procreadora y contradice de ese modo la dignidad y los derechos inalienables de los esposos y de quien ha de nacer.

Las técnicas que provocan una disociación de la paternidad por intervención de una persona extraña a los cónyuges (donación del espermatozoides o del óvulo, préstamo de útero) son gravemente deshonestas. Estas técnicas lesionan el derecho del niño a nacer de un padre y una madre conocidos de él y ligados entre sí por el matrimonio. Quebrantan "su derecho a llegar a ser padre y madre exclusivamente el uno a través del otro"

Practicadas dentro de la pareja, estas técnicas son quizá menos perjudiciales, pero no dejan de ser moralmente reprobables. Disocian el acto sexual del acto procreador. El acto fundador de la existencia del hijo ya no es un acto por el que dos personas se dan una a otra, "confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos, e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y sobre el destino de la persona humana. Una tal relación de dominio es en sí contraria a la dignidad e igualdad que debe ser común a padres e hijos". "La procreación queda privada de su perfección propia, desde el punto de vista moral, cuando no es querida como el fruto del acto conyugal, es decir, del gesto específico de la unión de los esposos...solamente el respeto de la conexión existente entre los significados del acto conyugal y el respeto de la unidad del ser humano, consiente una procreación conforme con la dignidad de la persona"

Además hay que considerar también el caso de la práctica de estas técnicas con personas solteras o parejas de homosexuales. En estos caso se priva al hijo del derecho a ser educado por el complemento varón-mujer, de tal forma que consiga un desarrollo armónico de sus capacidades por la presencia familiar de ambos modelos.

4.- CONSECUENCIAS EPISTEMOLÓGICAS Y ONTOLÓGICAS.

La difusión de datos genéticos personales a terceras personas o a entidades (empresas, compañías de seguros, etc.) podría suponer un grave atentado a la intimidad y poner en peligro expectativas de la persona afectada, condicionando delicadas decisiones en diversos ámbitos (familiar, educativo, de salud, laboral, de seguros, etc.).

Hoeffel, citado por Nielsen (1996) ha ilustrado vívidamente de la pérdida de la intimidad genética de la siguiente manera: "Imagínense una sociedad en la que las autoridades tuvieran archivadas muestras de tejidos y fluidos de toda la comunidad, y un banco de datos del perfil de ADN de cada persona. Imagínense entonces que, no sólo los agentes del orden, sino también las compañías de seguros, empleadores, escuelas, agencias de adopción y muchas otras organizaciones, pudieran tener acceso a esos archivos de acuerdo con su "necesidad de conocer datos" o acreditando que dicho acceso se realiza "en interés público". Imagínense a continuación que se pudiera negar a una persona empleos, seguros, adopción, atención sanitaria y otros servicios y

prestaciones sociales basándose en la información contenida en su perfil de ADN, como una enfermedad genética, la herencia genética o la idea subjetiva de alguien de lo que es un "defecto" genético".

Habría que distinguir, sin embargo, entre la difusión de información en el ámbito familiar y la difusión de esa misma información a entidades corporativas. En el primer caso nos podemos encontrar con situaciones en las que podría prevalecer el derecho de familiares a conocer datos genéticos de un individuo afectado por alguna enfermedad genética, con objeto de evitar peligros y adoptar medidas responsables. De cualquier manera, este ámbito familiar es menos susceptible de ser regulado por leyes.

Si entramos en el campo de la ontología vemos que estos nuevos avances científicos nos dejan cuatro valoraciones importantes:

- Clarificación conceptual y epistemológica, suministrando elementos (siquiera parciales y provisionales) que ayudan a resolver ciertos problemas o a arrinconar ciertos pseudoproblemas o polémicas como triviales o irrelevantes.
- Justificación de propuestas y alternativas, proponiendo procedimientos y métodos de discusión racional e intersubjetiva, dando argumentos válidos al menos en determinados contextos culturales y momentos históricos.
- Plantear nuevas cuestiones filosóficas (como p.ej., el rediseño tecnológico de la naturaleza humana o la dirección de nuestra propia evolución).
- Aportar nueva luz o perspectivas renovadas a viejos problemas (como p.ej., el debate determinismo-libertad, el valor de la vida humana, valor y uso de la naturaleza).

6.- CONCLUSIÓN.

Para concluir debemos hacer hincapié en que, no cabe duda que los adelantos científicos en el campo de la medicina son asombrosos. La electrónica ha permitido la investigación de los fenómenos de la naturaleza hasta horizontes nunca antes imaginados. Un campo apasionante es el de la bioquímica aplicada a la genética. Los experimentos y los logros son sencillamente prodigiosos.

Resultado de todo esto, es la posibilidad de lograr, por ejemplo, que una mujer aparentemente estéril geste un hijo por medio de la "inseminación artificial" o de reproducir un ser vivo exactamente igual a otro, por medio de la "clonación".

Todos los actos humanos entran en el ámbito de la moral: pueden ser buenos, malos o indiferentes. Somos responsables de nuestros actos por el hecho de ser racionales. Un toro no es culpable si embiste o un perro si muerde.

Pero tenemos que tener muy en cuenta a donde nos llevan esos adelantos, y si realmente todos haremos una buena utilización de ellos, ya que si nos centramos en la fecundación artificial; Podríamos decir que todos los matrimonios son aptos para ese tipo de reto?

Lo que es cierto, es que hay que tener un gran cuidado porque de lo que estamos hablando es de vidas humanas, y una mala utilización atentaría contra los derechos humanos de esas personas.

7.- BIBLIOGRAFIA

– Taboada Leonor. La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro. Ed.Icaria. Barcelona 1986

– Junquera de Estéfani, Rafael. Reproducción asistida, filosofía ética y filosofía jurídica. Ed.Tecnos. Madrid 1998

– Perez, Marina. La filiación derivada de las técnicas de la reproducción asistida. Madrid : Centro de Estudios Registrales, 2002

– Domingo, María. Las técnicas pro creativas y el derecho de familia : incidencia de la reproducción asistida en el matrimonio canónico. Madrid:civitas, 2002.

Practica de Estructuras Científicas

5º Humanidades.

personas solteras, homosexuales, etc

Fernando MONGE, Persona humana y Procreación artificial, Pamplona, 1988

Fernando MONGE, Persona humana y Procreación artificial, Pamplona, 1988

Esta diferenciación viene dada por Leonor Taobada, La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro. Ed.Icaria. Barcelona 1986

Juan XXIII, Enc. *Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961)

Pío XII, Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos, 29 de setiembre 1949

(CDF, instr. "Donum vitae" 58).

(cf CDF, instr. "Donum vitae" 82).

(CDF, instr. "Donum vitae" 74.76).