

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia San Rafael

Año 50. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1998
Número 248. Volumen XXX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

CONVENIO RELATIVO

A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA

CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA	67
INFORME EXPLICATIVO DEL CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA	76

PROTOCOLO AL CONVENIO

DE DERECHOS HUMANOS Y BIOMEDICINA

SOBRE PROHIBICIÓN DE CLONAR SERES HUMANOS

PROTOCOLO ADICIONAL AL CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD HUMANA EN RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA SOBRE LA PROHIBICIÓN DE CLONAR SERES HUMANOS	98
INFORME EXPLICATIVO AL PROTOCOLO SOBRE PROHIBICIÓN DE LA CLONACIÓN DE SERES HUMANOS	100

Nuevas perspectivas en la atención psicogeriatrica

PRESENTACIÓN

Hno. Jesús Etayo	102
------------------	-----

LA DEMENCIA EN EL ANCIANO:

DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO

Joan Bertran	106
--------------	-----

LA ATENCIÓN PASTORAL

DEL ANCIANO ENFERMO PSICOGERIÁTRICO

Juan Bautista Llinares, O. H.	114
-------------------------------	-----

VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA

DE LAS DEMENCIAS:

EL EXAMEN DEL *ESTATUS MENTAL*

Jorge A. Cervilla	117
-------------------	-----

Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina

(Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996)

El Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, elaborado por el Consejo de Europa, fue firmado por los 40 países miembros y también por EE.UU., Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede, en Oviedo (España) el 4 de abril de 1997. La primera norma internacional sobre la materia aborda exhaustivamente el consentimiento informado, los ensayos clínicos, el derecho a la intimidad y los interrogantes de la genética.

CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA

LABOR HOSPITALARIA siempre ha apostado por la reflexión ética en torno a lo que significa el mundo de la salud. Nuestras páginas dan fe de ello a lo largo de su medio siglo de vida, si bien han sido los últimos diez años en los que el tema en cuestión ha adquirido mucha mayor importancia.

Desde el primer momento en que el Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu elaboró sus primeros protocolos, Labor Hospitalaria no dudó en publicarlos. Y lo hacía no con vocación de sentar cátedra, sino con la de estimular este tipo de reflexión y, al mismo tiempo, para aportar nuestro punto de vista sobre determinados temas candentes que habían requerido nuestra atención.

Hoy, afortunadamente, las cosas han cambiado sustancialmente. El debate bioético está de moda. Con todas las ventajas y los inconvenientes que andar de la mano de la moda lleva consigo aparejados. Ha penetrado en el mundo de la salud y, cómo no, ha implicado también a la propia sociedad que asume que los grandes interrogantes que hoy pone sobre la mesa la investigación, la ciencia y la propia asistencia médica, le afectan a ella misma.

Una muestra evidente de todo lo que venimos diciendo es el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, elaborado por el Consejo de Europa, y firmado por todos sus países miembros así como por Esta-

dos Unidos, Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede, en Oviedo el pasado 4 de abril de 1997.

Poco más tarde, el 6 de noviembre, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó el Protocolo al Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, sobre Prohibición de Clonar Seres Humanos. Una serie de acontecimientos referentes a la clonación, y de los que los medios de comunicación se hicieron amplio eco, llevaron a una reflexión específica sobre un campo tan prometedor como no exento de peligros.

LABOR HOSPITALARIA considera conveniente la publicación de ambos documentos, así como los correspondientes informes explicativos. Somos conscientes de la amplitud de todo este material, pero consideramos que merece la pena dada la importancia tanto de los temas abordados como de la autoridad moral de quien lo ha elaborado y aprobado.

PREÁMBULO

Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, signatarios del presente convenio,

Considerando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948;

Considerando el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950;

Considerando la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961;

Considerando el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 16 de diciembre de 1966;

Considerando el Convenio para la Protección de las Personas con respecto al tratamiento automatiza-

do de datos de carácter personal, de 28 de enero de 1981;

Considerando igualmente la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989;

Considerando que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardia y el fomento de los derechos humanos y de las libertades;

Conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina;

Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad;

Conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina;

Afirmando que los progresos en la biología y la medicina deben ser aprovechados en favor de las generaciones presentes y futuras;

Subrayando la necesidad de una cooperación internacional para que toda la Humanidad pueda beneficiarse de las aportaciones de la biología y la medicina;

Reconociendo la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas por la aplicación de la biología y la medicina y sobre las respuestas que deba darse a las mismas;

Deseosos de recordar a cada miembro del cuerpo social sus derechos y responsabilidades;

Tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética;

Decididos a adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona;

Han convenido lo siguiente:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1

Objeto y finalidad

Las partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Cada parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

Artículo 2

Primacía del ser humano

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o la ciencia.

Artículo 3

Acceso igualitario a los beneficios de la sanidad

Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso igualitario a los beneficios de una sociedad de calidad apropiada.

Artículo 4

Obligaciones profesionales y normas de conducta

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la experimentación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables a cada caso.

CAPÍTULO II

Consentimiento

Artículo 5

Regla general

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6

Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la

autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3 recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7

Protección de las personas que sufran trastornos mentales

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como de medios de elevación de recursos.

Artículo 8

Situaciones de urgencia

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9

Deseos expresados anteriormente

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el

momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

CAPÍTULO III

Vida privada y derecho a la información

Artículo 10

Vida privada y derecho a la información

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada.

3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2.

CAPÍTULO IV

Genoma humano

Artículo 11

No discriminación

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Artículo 12

Pruebas genéticas predictivas

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad o detectar una predisposición o susceptibilidad genética a una enfermedad con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13

Intervenciones sobre el genoma humano

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14

No selección de sexo

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo.

CAPÍTULO V

Experimentación científica

Artículo 15

Regla general

La experimentación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano.

Artículo 16

Protección de las personas que se someten a un experimento

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

- I. que no exista un método alternativo al experimentado con seres humanos de eficacia comparable,
- II. que los riesgos que pueda incurrir la persona no sean desproporciona-

dos con respecto a los beneficios potenciales del experimento,

- III. que el proyecto haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético,
- IV. que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección,
- V. que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado libre y explícitamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.

Artículo 17

Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

- I. que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos I a IV;
- II. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;
- III. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;
- IV. que la persona no exprese su rechazo al mismo.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos I, III, IV y V del apartado anterior, así como las

condiciones suplementarias siguientes:

- I. el experimento tenga por objeto, mediante una mejoría significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad, o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características;
- II. el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Artículo 18

Experimentación con embriones in vitro

1. Cuando la experimentación con embriones *in vitro* esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión.

2. Se prohíbe la creación de embriones humanos con fines de experimentación.

CAPÍTULO VI

Extracción de órganos y tejidos de donantes vivos para trasplantes

Artículo 19

Regla general

1. La extracción de órganos o de tejidos para trasplantes sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.

2. El consentimiento a que se refiere el artículo 5 deberá ser libre

y explícitamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.

Artículo 20

Protección de las personas incapacitadas para expresar su consentimiento a la extracción de órganos

1. No podrá procederse a ninguna extracción de órganos o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento conforme al artículo 5.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse si se cumplen las condiciones siguientes:

- I. si se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento,
- II. si el receptor es hermano o hermana del donante;
- III. si la donación es para preservar la vida del receptor,
- IV. si se ha dado explícitamente y por escrito la autorización prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 6, según la ley y de acuerdo con la autoridad competente,
- V. si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

CAPÍTULO VII

Prohibición del aprovechamiento y la utilización de una parte del cuerpo humano

Artículo 21

Prohibición del aprovechamiento

El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser fuente de aprovechamiento.

Artículo 22

Utilización de una parte extraída del cuerpo humano

Cuando una parte del cuerpo humano ha sido extraída en el curso de una intervención, sólo podrá conservarse y utilizarse con una finalidad distinta de aquella para la que hubiera sido extraída de conformidad con los procedimientos de información y de consentimiento adecuados.

CAPÍTULO VIII

Contravención de lo dispuesto en el Convenio

Artículo 23

Contravención de los derechos o principios

Las partes garantizarán una protección jurisdiccional con el fin de impedir o hacer cesar en breve plazo cualquier contravención ilícita de los derechos y principios reconocidos en el presente Convenio.

Artículo 24

Reparación de un daño injustificado

La persona que haya sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley.

Artículo 25

Sanciones

Las Partes deberán prever sanciones apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente Convenio.

CAPÍTULO IX

Relación del presente Convenio con otras disposiciones

Artículo 26

Restricciones al ejercicio de los derechos

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27

Protección más extensa

Ninguna de las disposiciones del presente Convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada parte para conceder una protección más extensa con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente Convenio.

CAPÍTULO X

Debate público

Artículo 28

Debate público

Las Partes en el presente Convenio se encargarán de que las cuestiones fundamentales planteadas por los avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en parti-

cular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.

CAPÍTULO XI

Interpretación y seguimiento del Convenio

Artículo 29

Interpretación del Convenio

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente Convenio, a solicitud de:

- El Gobierno de una de las Partes, una vez informadas las demás Partes,
- El Comité instituido por el artículo 32, en su composición restringida a los representantes de las Partes en el presente Convenio, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30

Informes sobre la aplicación del Convenio

Cualquier parte, a instancia del Secretario General del Consejo de Europa, proporcionará las explicaciones requeridas acerca del modo en que su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de todas las disposiciones del presente Convenio.

CAPÍTULO XII

Protocolos

Artículo 31

Protocolos

Podrán redactarse protocolos de conformidad con lo dispuesto en el

artículo 32, con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente Convenio.

Los protocolos quedarán abiertos a la firma de los signatarios del Convenio.

Serán sometidos a ratificación, aceptación o aprobación. Un signatario no podrá ratificar, aceptar o aprobar los protocolos sin haber ratificado, aceptado o aprobado el Convenio con anterioridad o simultáneamente.

CAPÍTULO XIII

Enmiendas al Convenio

Artículo 32

Enmiendas al Convenio

1. Las tareas encomendadas al *Comité* en el presente artículo y en el artículo 29 se llevarán a cabo por el Comité Director para la Bioética (CDBI) o por cualquier otro Comité designado a este efecto por el Comité de Ministros.

2. Sin perjuicio de las disposiciones específicas del artículo 29, todo Estado miembro del Consejo de Europa, así como toda Parte en el presente Convenio que no sea miembro del Consejo de Europa, podrá hacerse representar en el seno del Comité cuando éste desempeñe las tareas confiadas por el presente Convenio, y si dispone de voto en el mismo.

3. Todo Estado a que se refiere el artículo 33 o que haya sido invitado a adherirse al Convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34, que no sea parte en el presente Convenio, podrá designar un observador ante el Comité. Si la Comunidad Europea no es Parte, podrá designar un observador ante el Comité.

4. Con el fin de tener en cuenta los avances científicos, el presente

Convenio será objeto de un estudio en el seno del Comité en un plazo máximo de cinco años a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo, a intervalos que determinará el Comité.

5. Toda propuesta de enmienda al presente Convenio, así como toda propuesta de Protocolo o de Enmienda a un protocolo, presentada por una Parte, el Comité o el Comité de Ministros, será comunicada al Secretario General del Consejo de Europa y se transmitirá por mediación del mismo a los Estados miembros del Consejo de Europa, a la comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte, a todo Estado invitado a firmar el presente Convenio conforme a lo dispuesto en el artículo 33 y a todo Estado invitado a adherirse al mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 34.

6. El Comité examinará la propuesta no antes de dos meses a partir de que le haya sido transmitida por el Secretario General, conforme al párrafo 5. El Comité someterá a la aprobación del Comité de Ministros el texto adoptado por la mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Una vez aprobado, este texto será comunicado a las Partes para su ratificación, aceptación o aprobación.

7. Toda enmienda entrará en vigor, con respecto a las Partes que la hayan aceptado, el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que hayan comunicado al Secretario General su aceptación cinco Partes, comprendidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa.

Para toda Parte que lo acepte posteriormente, la enmienda entrará en vigor el primer día del siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que la mencionada Parte haya comunicado al Secretario General su aceptación.

CAPÍTULO XIV

Cláusulas finales

Artículo 33

Firma, ratificación y entrada en vigor

1. El presente Convenio queda abierto a la firma de los Estados miembros del Consejo de Europa, de los Estados no miembros que hayan participado en su elaboración y de la Comunidad Europea.

2. El presente Convenio será sometido a ratificación, aceptación o aprobación. Los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación se depositarán en poder del Secretario General del Consejo de Europa.

3. El presente Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha en que cinco Estados, que incluyan al menos a cuatro Estados miembros del Consejo de Europa, hayan expresado su consentimiento en quedar vinculados por el Convenio conforme a lo dispuesto en el apartado precedente.

4. Para todo consignatario que exprese posteriormente su consentimiento en quedar vinculado por el Convenio, el mismo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación.

Artículo 34

Estados no miembros

1. Una vez entrado en vigor el presente Convenio, el Comité de Ministros del Consejo de Europa podrá invitar a adherirse al presente Convenio, previa consulta a las Partes, a cualquier Estado no miembro del Consejo de Europa mediante una decisión adoptada por la mayoría prevista en el artículo 20, párra-

fo d), del Estatuto del Consejo de Europa, y por unanimidad de los votos de los representantes de los Estados Contratantes que tengan derecho a estar representados en el Consejo de Ministros.

2. Para todo Estado adherente, el Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito del instrumento de adhesión ante el Secretario General del Consejo de Europa.

Artículo 35

Aplicación territorial

1. Todo signatario, en el momento de la firma o en el momento del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación, podrá designar el territorio o territorios a los que se aplicará el presente Convenio. Cualquier otro Estado podrá formular la misma declaración en el momento de depositar su instrumento de adhesión.

2. Toda Parte, en cualquier momento posterior, podrá extender la aplicación del presente Convenio, mediante una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa, a cualquier otro territorio designado en la declaración y del que asuma las relaciones internacionales o para el que esté habilitado para adoptar decisiones. El Convenio entrará en vigor con respecto a este territorio el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la declaración por el Secretario General.

3. Toda declaración hecha en virtud de los dos apartados precedentes podrá ser retirada, en lo que se refiere a cualquier territorio designado en dicha declaración, mediante notificación dirigida al Secretario General. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de

tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 36

Reservas

1. Cualquier Estado y la Comunidad Europea podrá formular, en el momento de la firma del presente Convenio o del depósito del instrumento de ratificación, una reserva con respecto a una disposición particular del Convenio, en la medida en que una ley vigente en su territorio no sea conforme a dicha disposición. Las reservas de carácter general no se autorizan según los términos del presente artículo.

2. Toda reserva emitida conforme al presente artículo incluirá un breve informe de la ley pertinente.

3. Toda parte que extienda la aplicación del presente Convenio a un territorio designado en una declaración prevista en aplicación del apartado 2 del artículo 35, podrá formular una reserva para el territorio de que se trate, conforme a lo dispuesto en los apartados precedentes.

4. Toda parte que haya formulado la reserva indicada en el presente artículo podrá retirarla por medio de una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha de recepción por el Secretario General.

Artículo 37

Denuncia

1. Toda parte podrá denunciar el presente Convenio, en cualquier momento, mediante notificación dirigida al Secretario General del Consejo de Europa.

2. La denuncia surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la ex-

piración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario.

Artículo 38
Notificaciones

El Secretario General del Consejo de Europa notificará a los Estados miembros del Consejo, a la

Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte y a cualquier otro Estado que haya sido invitado a adherirse al presente Convenio:

- a) toda firma;
- b) el depósito de todo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión;
- c) toda fecha de entrada en vigor del presente Convenio, conforme a sus artículos 33 ó 34;
- d) toda enmienda o protocolo adoptado conforme al artículo 32, y la fecha en la que dicha enmienda o protocolo entren en vigor;
- e) toda declaración formulada en virtud de lo dispuesto en el artículo 35;
- f) toda reserva y toda retirada de reservas formuladas conforme a lo dispuesto en el artículo 36;
- g) cualquier otro acto, notificación o comunicación que tenga relación con el presente Convenio.



GRUPO GRIFOLS

Día a día con la salud

*Investigación y tecnología
aplicada para que nuestros
productos tengan la máxima
calidad y eficacia.*



MOVACO, S.A.
DELEGACIÓN NÓRESTE

C/ Jesús y María, 6 - 08022 Barcelona
Tél. 935 710 450 - Fax 934 185 043

**• HEMODERIVADOS • FLUIDOTERAPIA
• BANCO DE SANGRE • NUTRICIÓN CLÍNICA
• REACTIVOS • AUTOANALIZADORES
• DIAGNÓSTICO**



INFORME EXPLICATIVO DEL CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA

INFORME EXPLICATIVO DE LA CONVENCION PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGIA Y LA MEDICINA

Este Informe Explicativo del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina fue elaborado bajo la responsabilidad del Secretario General del Consejo de Europa, a partir de un proyecto preparado, a petición del Comité Director para la Bioética (CDBI), por Jean Michaud (Francia), presidente del CDBI. El informe tiene en cuenta las discusiones mantenidas en el seno del CDBI y del Grupo de Trabajo al que se le confió la elaboración del proyecto de Convenio; también tiene en cuenta las observaciones y propuestas realizadas por las Delegaciones.

El Comité de Ministros autorizó la publicación de este Informe Explicativo el 17 de diciembre de 1996.

El Informe Explicativo no es una interpretación autorizada del Convenio. No obstante, cubre los principales aspectos de los trabajos preparatorios y proporciona información para aclarar el objeto y propósito del Convenio y para entender mejor el alcance de sus disposiciones.

INTRODUCCIÓN

1. Desde hace varios años, el Consejo de Europa, a través del trabajo de la Asamblea Parlamentaria y del Comité *ad hoc* de expertos en Bioética (CAHBI) —ahora denominado Comité Director para la Bioética (CDBI)— se ha preocupado de

los problemas que afronta la humanidad a consecuencia de los avances de la medicina y la biología. Al mismo tiempo, una serie de países han llevado a cabo sus propios trabajos internos en estas materias, y sus trabajos continúan. Por tanto, hasta ahora se han emprendido dos tipos de intentos de aproximarse al tema, uno a nivel nacional y otro a nivel internacional.

2. Estos estudios son fruto, básicamente, de la observación y el interés: observación del desarrollo radical de la ciencia y sus aplicaciones a la medicina y la biología, campos que afectan directamente a las personas; interés por la naturaleza ambivalente de muchos de estos avances. Los científicos y médicos que se encuentran tras esos avances obran con fines dignos y con frecuencia los alcanzan. Pero algunos de estos avances están tomando o podrían tomar un rumbo peligroso, fruto de la distorsión de sus objetivos iniciales. La ciencia, con todas sus nuevas y amplias ramificaciones, presenta así un lado oscuro y uno luminoso, según cómo sea empleada.

3. En consecuencia, se ha hecho necesario asegurar que el lado benefactor prevalece a base de desarrollar la toma de conciencia de lo que está en juego y revisar constantemente todas sus posibles consecuencias. No cabe duda de que los comités de ética, otros organismos nacionales y los propios legislado-

res nacionales, así como las organizaciones internacionales, se han aplicado ya a esta tarea, pero sus esfuerzos se han visto limitados a un área geográfica determinada o han devenido incompletos al centrarse en aspectos particulares. Es cierto que los valores comunes son los más aplicados para fundamentar los diferentes documentos, opiniones y recomendaciones. Con todo, pueden surgir diferencias en relación a ciertos aspectos de los temas tratados. Incluso las simples definiciones pueden suscitar profundas diferencias.

EL PROYECTO DE UN CONVENIO

4. De esta manera, se ha visto claro que era necesario emprender un esfuerzo mayor para armonizar los estándares existentes. En 1990, durante su 17.ª Conferencia (Estambul, 5-7 de junio de 1990), los ministros europeos de Justicia, siguiendo la propuesta de Catherine Lalumière, Secretaria General del Consejo de Europa, adoptaron la Resolución N. 3 sobre bioética, que recomendó que el Comité de Ministros solicitase al CAHBI que examinase la posibilidad de preparar un convenio marco que «sentase las normas generales para la protección de la persona humana en el ámbito del desarrollo de las ciencias biomédicas». En junio de 1991, a partir del contenido de un informe presen-

tado por el doctor Marcelo Palacios en nombre del Comité de Ciencias y Tecnología (ver Doc. 6449), la Asamblea Parlamentaria, en su Recomendación 1160, recomendó que el Comité de Ministros «avance hacia un convenio marco formado por un texto principal con los principios generales y protocolos complementarios sobre aspectos específicos». En septiembre de ese año, el Comité de Ministros, presidido por Vincent Tabone, ordenó al CAHBI «preparar, en estrecha cooperación con el Comité Director para los Derechos Humanos (CDDH) y el Comité Europeo de Salud (CDSP) ...un Convenio marco, abierto a los Estados no miembros, que establezca las normas generales comunes para la protección de la persona humana en el ámbito de las ciencias biomédicas y protocolos a este Convenio, relativos, en una fase preliminar, a: trasplantes de órganos y el uso de sustancias de origen humano; investigación médica en seres humanos».

5. En marzo de 1992, el CAHBI, entonces ya CDBI, que ha sido presidido sucesivamente por Paula Kokkonen (Finlandia), el doctor Octavi Quintana (España) y Johanna Kits Nieuwenkam née Strom van 'SGravesande (Holanda), instituyó un Grupo de Trabajo para preparar el proyecto de Convenio, que ha sido presidido por el doctor Michael Abrams (Reino Unido). Hasta su prematuro fallecimiento, Salvatore Puglisi (Italia) fue miembro de este grupo, después de haber sido presidente del Grupo de Estudio creado para examinar la viabilidad del proyecto de Convenio.

6. En julio de 1994, se sometió a consulta pública y a dictamen de la Asamblea Parlamentaria una primera versión del proyecto de Convenio. Teniendo en cuenta su parecer [Opinión N. 184 de 2 de febrero de 1995, Doc. 7210] y otras posturas adoptadas, el CDBI aprobó un proyecto final el 7 de junio de 1996, remitido a la Asamblea Parlamentaria para que emitiese su opi-

nión. Ésta aprobó la Opinión N. 198 [26 de septiembre de 1996, Doc. 7622] a partir del informe presentado por Gian-Reto Plattner en nombre del Comité de Ciencia y Tecnología, y por Walter Schwimmer y Christian Daniel en nombre del Comité de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos y del Comité de Asuntos Sociales, de Salud y Familia, respectivamente. El Convenio fue aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996 [Alemania, Bélgica y Polonia se abstuvieron cuando el Comité de Ministros votó aprobar la Convención. Alemania, Bélgica e Irlanda se abstuvieron cuando el Comité de Ministros votó autorizar la publicación del informe explicativo]. El Convenio se abrió a la firma el 4 de abril de 1997.

ESTRUCTURA DEL CONVENIO

7. El Convenio establece sólo los principios más importantes. Otros estándares y cuestiones más detalladas deberán abordarse en protocolos adicionales. El Convenio, como un todo, facilitará así un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana tanto en las áreas desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo, en relación con las aplicaciones de la biología y la medicina.

COMENTARIOS A LAS DISPOSICIONES DEL CONVENIO

8. El título del instrumento es «Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina: Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina».

9. El término «derechos humanos» se refiere a los principios sentados en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950, que garantiza la protección de tales derechos. Ambos convenios comparten no sólo los mismos fundamentos, sino también mucho principios éticos y conceptos legales. Además, este Convenio desarrolla algunos de los principios consagrados en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales. El concepto de ser humano se ha escogido por su carácter general. El concepto de dignidad humana, que también se realza, constituye el valor esencial que se debe fomentar. Está en la base de la mayoría de los valores destacados en el Convenio.

10. La frase «aplicaciones de la biología y la medicina» se prefirió a la de «ciencias de la vida», al considerar a ésta demasiado amplia. Se emplea en el artículo 1 y restringe el alcance del Convenio a la medicina y biología humanas, excluyendo así la biología animal y vegetal en la medida en que no afecten a la medicina o biología humanas. El Convenio cubre, pues, todas las aplicaciones médicas y biológicas que afecten a los seres humanos, incluyendo las aplicaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de investigación.

Preámbulo

11. Diversos instrumentos internacionales proporcionan ya protección y garantías a los derechos humanos, tanto individuales como sociales: la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Convenio sobre los Derechos del Niño, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, la Carta

Social Europea. También son relevantes otros instrumentos de naturaleza más específica preparados por el Consejo de Europa, como el Convenio para la Protección de los Individuos respecto al Procesamiento Automatizado de Datos Personales.

12. Estos instrumentos deben completarse con otros textos de modo que se tengan en cuenta todas las consecuencias posibles de las acciones científicas.

13. Los principios consagrados por estos instrumentos continúan siendo la base de nuestra concepción de los derechos humanos; por eso son recordados al principio del preámbulo del Convenio, del que son la piedra angular.

14. Sin embargo, al comienzo del preámbulo era necesario tener en cuenta los avances reales de la medicina y la biología, indicando al mismo tiempo la necesidad de usarlos solamente para el beneficio de las generaciones presentes y futuras. Este interés ha sido afirmado a tres niveles:

- El primero es el del individuo que tenía que ser protegido de cualquier amenaza derivada del uso inadecuado de los avances científicos. Varios artículos del Convenio muestran el deseo de dejar claro ese lugar prioritario que debe ocupar el individuo: protección contra cualquier intervención ilegal en el cuerpo humano, prohibición del uso de todo o parte del cuerpo para obtener un beneficio económico, restricción del uso de las pruebas genéticas, etc.
- El segundo nivel se refiere a la sociedad. Además, en este campo concreto, y en mayor medida que en otros muchos, el individuo debe considerarse también como parte constitutiva de un cuerpo social que comparte determinados principios éticos y se rige por normas legales. Cuandoquiera que haya que tomar decisiones en relación a la aplicación de ciertos avances, la comunidad debe reconocerlos y respaldarlos. Ésta es la razón por la que el debate público es tan importante y se le concede un lugar

propio en el Convenio. Sin embargo, los intereses en juego no son todos iguales; tal y como se indica en el artículo 2, se han jerarquizado para reflejar la prioridad que en principio es inherente a los intereses del individuo en contraposición a los exclusivos de la ciencia o la sociedad. El adjetivo *exclusivo* deja claro que no se deben tampoco ignorar estos últimos; deben ir inmediatamente después de los intereses del individuo. Sólo en situaciones muy específicas, y bajo condiciones estrictas, tendrá prioridad el interés general, tal y como se define en el artículo 26.

- La tercera y última preocupación se refiere a la especie humana. Muchos de los logros actuales y futuros se basan en la genética. El avance en el conocimiento del genoma está abriendo nuevos caminos para influir o actuar sobre él. Este conocimiento ya permite un considerable avance en el diagnóstico y, a veces, en la prevención de un número de enfermedades cada vez mayor. Hay razones para esperar que también podría facilitar el hallazgo de soluciones terapéuticas. Sin embargo, no debe ignorarse el riesgo asociado al progresivo dominio de este terreno. No es ya el individuo o la sociedad la que puede estar en peligro, sino la misma especie humana. El Convenio insta medidas de seguridad, comenzando por el preámbulo, donde se hace referencia al beneficio de las generaciones futuras y de toda la humanidad, al tiempo que a lo largo del texto se disponen las garantías legales necesarias para proteger la identidad del ser humano.

15. El preámbulo hace referencia al desarrollo de la medicina y la biología, que debe emplearse sólo para el beneficio de las generaciones presentes y futuras, y no emprender caminos que contrariarían sus propios objetivos legítimos. Proclama el respeto debido al hombre como individuo y como miembro de la especie humana. Concluye que el progreso, el beneficio al hombre y la protección pueden aunar si se logra una conciencia pública a través de un instrumento internacional diseñado por el Consejo de Europa en coherencia con su vocación. Se hace hincapié en la nece-

sidad de una cooperación internacional para extender los beneficios de los avances a la humanidad en su conjunto.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1

Objeto y finalidad

16. Este artículo define el alcance y objeto del Convenio.

17. El fin del Convenio es garantizar los derechos y libertades fundamentales de todos y, en particular, su integridad, así como asegurar la dignidad e identidad de los seres humanos en este ámbito.

18. El Convenio no define el término *todos* (en francés, *toda persona*). Estas dos expresiones son equivalentes y se encuentran en las versiones inglesa y francesa del Convenio Europeo sobre Derechos Humanos, que tampoco los define. A falta de un acuerdo unánime sobre la definición de estos términos en los Estados miembros del Consejo de Europa, se decidió dejar a cada ley nacional que los defina a los fines de aplicar el presente Convenio.

19. El Convenio también emplea la expresión «ser humano» para afirmar la necesidad de proteger la dignidad e identidad de todos los seres humanos. Se reconoce la existencia de un principio aceptado universalmente según el cual la dignidad humana y la identidad del ser humano deben respetarse tan pronto como la vida comienza.

20. El segundo párrafo del artículo especifica que cada Parte adoptará las medidas necesarias para que su Derecho interno conceda eficacia a las disposiciones de este Convenio. Este párrafo indica que el Derecho interno de las Partes

se adaptará al Convenio. La conformación entre el Convenio y la ley nacional se alcanzará bien aplicando directamente las disposiciones del Convenio en el Derecho interno, bien aprobando la legislación necesaria para darles eficacia. Respecto a cada una de las disposiciones, cada Parte tendrá que determinar los medios precisos de acuerdo con sus normas constitucionales y la naturaleza de la disposición de que se trate. En este sentido, debe hacerse notar que el Convenio contiene cierto número de disposiciones a las que la ley nacional de muchos Estados concede la condición de directamente aplicables («self-executing provisions»). Éste es el caso, en particular, de las disposiciones que formulan derechos individuales. Otras disposiciones contienen principios más generales que pueden requerir la aprobación de una norma para adquirir eficacia en el Derecho interno.

Artículo 2

Primacía del ser humano

21. Este artículo afirma la primacía del ser humano sobre el solo interés de la ciencia o de la sociedad. Se da prioridad a la primera, que en principio debe tener preferencia sobre estos últimos en caso de conflicto. Uno de los campos importantes de aplicación de este principio es la investigación, tal y como se trata en las disposiciones del Capítulo V del Convenio.

22. El entero Convenio, cuyo fin es proteger los derechos humanos y la dignidad, se inspira en el principio de la primacía del ser humano, y todos sus artículos deben interpretarse bajo esa luz.

Artículo 3

Acceso igualitario a los beneficios de la sanidad

23. Este artículo define un objetivo e impone a los Estados la obligación de emplear sus mejores esfuerzos en alcanzarlo.

24. El fin es asegurar un acceso equitativo a la asistencia sanitaria según las necesidades médicas de la persona. [Otros textos internacionales, incluidos la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y la Carta Social Europea (1961), imponen obligaciones en este campo a los Estados que son parte de ellos]. «Asistencia sanitaria» significa los servicios de intervención diagnóstica, preventiva, terapéutica y rehabilitadora, diseñados para mantener o mejorar el estado de salud de una persona o aliviar su sufrimiento. Esta asistencia debe ser adecuada a la luz del progreso científico y estar sujeta a un continuo control de calidad.

25. El acceso a la asistencia sanitaria debe ser equitativo. En este contexto, *equitativo* significa en primer lugar la ausencia de discriminaciones injustificadas. Aunque no es sinónimo de igualdad absoluta, acceso equitativo implica la obtención efectiva de un nivel satisfactorio de cuidado.

26. Se exige a las Partes de este Convenio que den los pasos adecuados para alcanzar este fin en la medida en que los recursos disponibles lo permitan. El objeto de esta disposición no es constituir un derecho individual en el que las personas puedan apoyarse en un proceso legal contra el Estado, sino más bien estimular a éstos a que adopten las medidas necesarias en su política social para asegurar un acceso equitativo a la asistencia sanitaria.

27. Aunque los Estados realizan ya esfuerzos sustanciales para asegurar un nivel satisfactorio de asistencia sanitaria, su envergadura relativa depende en gran medida de los recursos disponibles. Así, las medidas que tomen los Estados pueden adoptar muchas formas y para alcanzar este fin se puede acudir a una amplia variedad de métodos.

Artículo 4

Obligaciones profesionales y normas de conducta

28. Este artículo se aplica a médicos y profesionales de la salud en general, incluidos los psicólogos, cuya labor con los pacientes en unidades clínicas y de investigación puede tener profundos efectos, y a los agentes sociales miembros de equipos implicados en la toma de decisiones o en la realización de intervenciones. Del término «obligaciones profesionales» se desprende que no afectan a otras personas que los profesionales de la salud llamados a realizar actos médicos, por ejemplo en una emergencia.

29. El término *intervención* debe entenderse en un sentido amplio; comprende todos los actos médicos, en particular las intervenciones practicadas con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, y los llevados a cabo en el ámbito de la investigación.

30. Toda intervención debe ser practicada de acuerdo con la ley general, completada y desarrollada por las normas profesionales. En algunos países, estas normas adoptan la forma de códigos de ética profesional (aprobadas por el Estado o por la profesión); en otros, códigos de conducta médica, legislación sobre salud, ética médica o cualquier otro medio de garantizar los derechos e intereses del paciente, y que pueden incluir el derecho a la objeción de conciencia profesional. Este artículo comprende tanto las normas escritas como las no escritas. Cuando haya contradicción entre diferentes normas, la ley proporcionará los medios para resolver el conflicto.

31. El contenido de las obligaciones profesionales y de las normas de conducta no es idéntico en todos los países. Los mismos deberes médicos varían ligeramente de una sociedad a otra. Sin embargo, los principios fundamentales de la

práctica de la medicina rigen por igual en todos los países. Los médicos, y en general, todos los profesionales que participan en el acto médico están sujetos a imperativos éticos y legales. Deben actuar con diligencia y competencia, y prestar una cuidadosa atención a las necesidades de cada paciente.

32. Tarea esencial de los médicos es no sólo curar a los pacientes, sino dar también los pasos necesarios para promover la salud y aliviar el dolor, teniendo en cuenta el bienestar psicológico del paciente. La competencia se determina básicamente según el conocimiento científico y la experiencia clínica propios de cada profesión o especialidad en un determinado momento. El estado actual del arte determina la conducta y habilidades profesionales que se deben esperar de un profesional sanitario en la realización de su trabajo. Paralelamente al progreso de la medicina, la *lex artis* cambia con los nuevos avances y elimina métodos que no reflejan ya el estado actual del arte. Con todo, se acepta que los estándares profesionales no prescriben necesariamente una línea de acción como la única posible: la práctica médica reconocida puede, pues, permitir varias formas posibles de intervención, dejando así cierta libertad de elección de los métodos y técnicas.

33. Por tanto, una determinada acción debe juzgarse a la luz del problema de salud específico que sufre un paciente determinado. En especial, cualquier intervención debe cumplir los criterios de relevancia y proporcionalidad entre el fin perseguido y los medios empleados. Otro factor importante en el éxito del tratamiento médico es la confianza del paciente en su médico. Esta confianza también determina los deberes del médico hacia el paciente. Un elemento importante de estos deberes es el respeto a los derechos del paciente. El respeto crea y aumenta la confianza mutua. La alianza terapéutica se reforzará

si los derechos del paciente se respetan por completo.

CAPÍTULO II

Consentimiento

Artículo 5

Regla general

34. Este artículo aborda el consentimiento y afirma a nivel internacional una norma ya ampliamente arraigada: nadie puede, en principio, ser forzado a someterse a una intervención sin su consentimiento. Los seres humanos, por tanto, deben ser capaces de dar o negar libremente su consentimiento a cualquier intervención sobre su persona. Esta regla deja clara la autonomía del paciente en su relación con los profesionales sanitarios y restringe el enfoque paternalista que podría ignorar el deseo del paciente. El término *intervención* se entiende en su más amplio sentido, tal y como ocurre en el artículo 4; es decir, comprende todos los actos médicos, especialmente las intervenciones practicadas con fines preventivos, diagnósticos, de tratamiento, rehabilitadores o de investigación.

35. El consentimiento del paciente se considera libre e informado si se otorga a partir de una información objetiva del profesional sanitario encargado de facilitarla sobre la naturaleza y las posibles consecuencias de la intervención prevista o de sus alternativas, sin presiones de nadie. El artículo 5, en su párrafo 2, cita los aspectos más importantes de la información que debe preceder a la intervención, pero no es una lista exhaustiva: el consentimiento informado puede exigir, según las circunstancias, elementos adicionales. Para que el consentimiento sea válido, la persona en cuestión debe haber sido informado sobre los datos relevantes de la intervención de que se trata. Esta información tiene que incluir el fin, la naturaleza y las consecuen-

cias de la intervención y los riesgos que comporta. La información sobre los riesgos que acarrea la intervención o sus alternativas debe comprender no sólo los riesgos inherentes al tipo de intervención de que se trate, sino también los riesgos referentes a las características individuales de cada paciente, derivados de la edad o de la concurrencia de otras patologías. Las peticiones de información adicional por parte del paciente deben ser respondidas adecuadamente.

36. Además, esta información debe ser suficientemente clara y formulada de una manera adecuada a la persona que va a someterse a la intervención. El paciente debe estar en condiciones que puede entender, de sopesar la necesidad o utilidad del fin y los métodos de la intervención frente a los riesgos, cargas o dolor que ésta supone.

37. El consentimiento puede adoptar diversas formas. Puede ser expreso o tácito. El consentimiento expreso puede ser verbal o escrito. El artículo 5, que es general y comprende situaciones muy diferentes, no impone una forma determinada. Ésta dependerá en gran medida de la naturaleza de la intervención. Hay acuerdo en que el consentimiento expreso sería inapropiado para muchos actos médicos rutinarios. Por tanto, el consentimiento es, con frecuencia, implícito, en tanto que la persona afectada está suficientemente informada. En algunos casos, sin embargo, como los procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasores, puede ser exigible el consentimiento expreso. Además, el consentimiento expreso y específico debe obtenerse para la participación en la investigación o la extracción de partes del cuerpo con fines de trasplante (ver artículos 16 y 19).

38. La libertad de consentir implica que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento

y que la decisión de la persona interesada debe respetarse una vez que ha sido completamente informada de sus consecuencias. Sin embargo, este principio no significa, por ejemplo, que la retirada del consentimiento del paciente durante una intervención deba respetarse siempre. Las normas de conducta y obligaciones profesionales, así como las reglas aplicables en tales casos de acuerdo con el artículo 4, pueden obligar al médico a continuar con la operación para evitar que la salud del paciente sufra un grave peligro.

39. Así, el artículo 26 del Convenio, el artículo 6 —relativo a la protección de las personas sin capacidad para consentir—, el artículo 7 —que aborda la protección de las personas con trastornos mentales— y el artículo 8 —que trata las situaciones de urgencia—, definen los casos en que el ejercicio de los derechos contenidos en este Convenio y, por tanto, la necesidad del consentimiento, pueden verse limitados.

40. La información es un derecho del paciente, pero tal y como prevé el artículo 10, debe respetarse el eventual deseo del paciente de no ser informado. Esto no elimina, sin embargo, la necesidad de pedir el consentimiento a la intervención propuesta al paciente.

Artículo 6

Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento

41. Algunos individuos pueden no tener capacidad para otorgar un consentimiento pleno y válido a la intervención, debido a su edad (menores) o a su incapacidad mental. Se hace, por tanto, necesario especificar las condiciones bajo las que puede llevarse a cabo una intervención en estas personas de modo que se asegure su protección.

42. La incapacidad para consentir a la que se refiere este artícu-

lo debe entenderse en el contexto de una intervención determinada. Sin embargo, se ha tenido en cuenta la diversidad de los sistemas legales en Europa: en algunos países, la capacidad del paciente para prestar el consentimiento debe verificarse en cada intervención, mientras en otros el sistema se basa en la institución de la incapacitación legal, en la que una persona puede ser declarada incapaz para consentir a uno o varios tipos de actos. Dado que el propósito del Convenio no es introducir un único sistema en toda Europa, sino proteger a las personas incapaces de prestar su consentimiento, parece necesaria la remisión que hace el texto al Derecho nacional: es la ley interna de cada país la que debe determinar si las personas tienen o no capacidad de consentir a una intervención, teniendo en cuenta la necesidad de privar a las personas de su capacidad de autonomía sólo en los casos en que su propio interés lo haga necesario.

43. Sin embargo, en orden a proteger los derechos fundamentales del ser humano, y en particular evitar la aplicación de criterios discriminatorios, el párrafo 3 enuncia las razones por las que un adulto puede ser considerado incapaz de consentir bajo la ley nacional, especialmente el trastorno mental, la enfermedad o un motivo similar. La expresión «motivo similar» se refiere a situaciones tales como los accidentes o el estado de coma, por ejemplo, en las que el paciente es incapaz de formular sus deseos o de comunicarlos (véase también el párrafo 57 sobre situaciones de emergencia). Si un adulto ha sido declarado incapaz, pero en un determinado momento no presenta una capacidad mental mermada (por ejemplo, porque su enfermedad mejora positivamente), debe, de acuerdo con el artículo 5, consentir personalmente.

44. Cuando una persona es manifiestamente incapaz de otorgar su

consentimiento, el Convenio establece el principio de protección según el cual, de acuerdo con el párrafo 1, la intervención debe ser para su beneficio directo. La excepción a esta regla es posible sólo en dos casos, cubiertos por los artículos 17 y 20 del Convenio, que tratan la investigación médica y la extracción de tejido regenerativo, respectivamente.

45. Tal y como se ha indicado antes, los párrafos segundo y tercero prescriben que cuando un menor (párrafo 2) o un adulto (párrafo 3) no tiene capacidad para consentir a una intervención, ésta debe ser realizada con el consentimiento de los padres que tengan la custodia del menor, su representante legal o la persona o institución designados por la ley. Sin embargo, en la medida en que sea posible, y con el ánimo de preservar la autonomía de las personas en las intervenciones que afectan a su salud, la segunda parte del párrafo 2 establece que la opinión de los menores debe considerarse un factor tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento. Esto significa que en ciertas situaciones, teniendo en cuenta la naturaleza y gravedad de la intervención así como la edad del menor y su capacidad para entender, la opinión del menor debe adquirir progresivamente más peso en la decisión final. Esto podría llevar incluso a la conclusión de que el consentimiento del menor debe ser necesario, o al menos suficiente, para algunas intervenciones. Nótese que lo dispuesto en el segundo sub-párrafo del párrafo 2 es coherente con el artículo 12 del Convenio de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que establece que «los Estados parte asegurarán que, cuando el niño sea capaz de formarse sus propios puntos de vista sobre el derecho a expresar tales puntos de vista libremente en todas las materias que le afecten, sus opiniones recibirán el peso proporcionado a su edad y madurez».

46. Además, no debe excluirse totalmente de las decisiones la participación de los adultos incapaces de consentir. Esta idea se refleja en la obligación de implicar al adulto en el proceso de autorización siempre que sea posible. Así será necesario explicarle el significado y las circunstancias de la intervención y obtener entonces su opinión.

47. El párrafo 4 de este artículo paralelamente al artículo 5 sobre el consentimiento en general, estableciendo que se debe informar adecuadamente sobre las consecuencias y riesgos implícitos a la persona o institución cuya autorización se exija para acometer la intervención.

48. De acuerdo con el párrafo 5, la persona o institución interesada pueden retirar su autorización en cualquier momento, siempre que se haga en interés de la persona incapaz de consentir. Los médicos u otros profesionales sanitarios se deben en primer lugar a su paciente y forma parte de sus obligaciones profesionales (artículo 4) actuar en interés del paciente. De hecho, constituye un deber del médico proteger al paciente de las decisiones tomadas por una persona o institución habilitada para ello que no se ajusten al interés del paciente; en este sentido, la ley nacional debe facilitar las vías de recurso adecuadas. La subordinación del consentimiento (o de su retirada) al interés del paciente está en sintonía con el objetivo de proteger al paciente. Mientras que la persona capaz de expresar su consentimiento tiene el derecho de retirarlo libremente, aun cuando esto parezca contrario a su interés, no se aplica tal derecho a una autorización otorgada por mediación de otra persona, que es válida sólo si se emite en interés de ese tercero que es el afectado.

49. No se consideró necesario declarar en este artículo el derecho a impugnar las decisiones del representante legal sobre la autorización

o la negativa a autorizar una intervención. En los términos estrictos de los párrafos 2 y 3 de este artículo, la intervención sólo podrá llevarse a cabo «con la autorización de su representante o de la autoridad o persona o institución designadas por la ley», lo que implica en sí mismo la posibilidad de apelar ante una institución o autoridad en la forma prevista por la ley nacional.

Artículo 7

Protección de las personas que sufren trastornos mentales

50. Este artículo trata la cuestión específica del tratamiento a pacientes que sufren trastornos mentales. De una parte, constituye una excepción a la regla general del consentimiento en personas capaces de expresarlo (artículo 5) [en el caso de personas incapaces de expresar su consentimiento, la autorización para el tratamiento, según su significado en este contexto, puede justificarse bajo el artículo 6, párrafo 3], pero cuya capacidad para decidir sobre un determinado tratamiento está seriamente mermada por su disfunción mental. De otra parte, garantiza la protección de estas personas al limitar el número de casos en los que pueden ser sometidas al tratamiento de su trastorno mental sin su consentimiento, sujetando tales intervenciones a condiciones específicas. Por otra parte, este artículo no se aplica a las situaciones de urgencia mencionadas en el artículo 8.

51. La primera condición es que la persona debe sufrir un trastorno mental (en francés, *trouble mental*). Para que este artículo sea aplicable, es preciso que exista una merma de las facultades mentales de la persona.

52. La segunda condición es que tal intervención sea necesaria para tratar específicamente esa disfunción mental. El médico debe pedir el consentimiento del paciente,

en la medida en que sea posible, para cada tipo de intervención, y su asentimiento o rechazo debe ser seguido. El rechazo a consentir a una intervención sólo puede ser ignorado bajo las circunstancias prescritas por la ley y siempre que no intervenir comporte un grave daño a la salud del individuo (o a la salud y seguridad de otros). En otras palabras, si la persona capaz de consentir rechaza una intervención no dirigida al tratamiento de su enfermedad mental, su oposición debe ser respetada de la misma forma que se haría con otros pacientes capaces de consentir.

53. Ciertos Estados tienen leyes sobre el tratamiento de pacientes con enfermedad mental de naturaleza grave que están obligatoriamente internados o se encuentran en una urgencia que pone en peligro sus vidas. Estas normas permiten la intervención para ciertas situaciones de gravedad, como el tratamiento de una enfermedad somática grave en un paciente psicótico o también para ciertas urgencias médicas (por ejemplo, apendicitis aguda, o sobredosis de medicación o el caso de una mujer con enfermedad psicótica severa que ha tenido una rotura del embarazo ectópico). En tales casos, la legislación permite un tratamiento para salvar la vida, en la medida en que el médico implicado crea que es adecuado proceder así. El procedimiento está cubierto por el artículo 6 (protección de las personas que no tienen capacidad para expresar su consentimiento) o el artículo 8 (situaciones de urgencia).

54. La tercera condición es que, sin el tratamiento de su enfermedad mental, es probable que se produzca un daño a la salud del paciente. Tal riesgo existe, por ejemplo, cuando una persona sufre tendencias suicidas y, en consecuencia, constituye un peligro para sí misma. El artículo comprende sólo el riesgo para la salud del propio paciente, mientras que el artículo 26 permite que los pacientes sean tratados contra su

voluntad para proteger los derechos y libertades de otras personas (por ejemplo, en el caso de un comportamiento violento). De una parte, el artículo protege, pues, la salud de la persona (en la medida en que se permite el tratamiento del trastorno mental sin consentimiento cuando su omisión dañaría seriamente la salud de la persona) y, de otra, se protege su autonomía (desde el momento en que el tratamiento sin consentimiento se prohíbe cuando su omisión no implica un serio riesgo para su salud).

55. El último requisito es que las condiciones de protección sentadas por las leyes nacionales sean respetadas. El artículo especifica que estas condiciones deben incluir supervisión y control adecuados, y procedimientos de impugnación tales como la mediación de la autoridad judicial. Este requisito es comprensible desde el momento en que se trata de que será posible realizar una intervención en una persona que no ha consentido; es por tanto necesario proporcionar un sistema que proteja adecuadamente los derechos de esa persona. En esta línea, la Recomendación R(83)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa relativa a la protección legal de las personas afectadas por un trastorno mental que las convierte en pacientes involuntarios establece una serie de principios que deben ser respetados durante el tratamiento y el internamiento psiquiátricos. Deben también mencionarse la Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría de 10 de julio de 1983 y sus versiones revisadas, la Declaración de Madrid de 25 de agosto de 1996, así como la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria 1235 (1994) sobre Psiquiatría y Derechos Humanos.

Artículo 8

Situaciones de urgencia

56. En las urgencias, los médicos pueden verse enfrentados a con-

flictos de deberes entre sus obligaciones de proporcionar asistencia y la de obtener el consentimiento del paciente. Este artículo permite al médico actuar inmediatamente en tales situaciones sin esperar a que el paciente o, en su caso, su representante legal, puedan dar su consentimiento adecuadamente. Dado que se separa de la regla general sentada en los artículos 5 y 6, se acompaña de ciertas condiciones.

57. Primero, esta posibilidad se limita a las urgencias que impiden al médico obtener un consentimiento apropiado. El artículo se aplica tanto a personas que son capaces como a las que no lo son, de hecho o de derecho, de prestar su consentimiento. Un ejemplo que puede ponerse es el del paciente en coma que es incapaz de dar su consentimiento (véase también el párrafo 43), o el del facultativo que no puede contactar con el representante legal de un incapacitado, que normalmente tendría que autorizar la intervención urgente. Sin embargo, incluso en situaciones de urgencia, los profesionales sanitarios deben hacer los esfuerzos razonables para tratar de determinar qué es lo que el paciente querría.

58. A continuación, la posibilidad se limita exclusivamente a las intervenciones médicas necesarias que no pueden ser retrasadas. Las intervenciones cuyo aplazamiento es aceptable se excluyen de este supuesto. Sin embargo, tal posibilidad no queda sólo reservada para las intervenciones vitales.

59. Por último el artículo especifica que la intervención debe realizarse para el beneficio directo del individuo afectado.

Artículo 9

Deseos expresados anteriormente

60. Mientras que el artículo 8 elimina la necesidad del consentimiento en urgencias, este artículo está diseñado para los casos en que

las personas con capacidad de entender hayan expresado con anterioridad su consentimiento (ya sea asentimiento o rechazo) en relación a situaciones previsibles en las que ya no se encontraría en condiciones de expresar su opinión sobre la intervención.

61. El artículo comprende, por tanto, no sólo las urgencias a las que se refiere el artículo 8, sino también las situaciones en las que el individuo ha previsto que podría ser incapaz de dar su consentimiento válido, por ejemplo, en el caso de una enfermedad progresiva como la demencia senil.

62. El artículo establece que cuando las personas hayan expresado con anterioridad sus deseos, éstos deben tenerse en cuenta. Con todo, tener en cuenta los deseos expresados con anterioridad no significa que deban seguirse necesariamente. Por ejemplo, cuando los deseos se expresaron mucho tiempo antes de la intervención y la ciencia haya avanzado desde entonces, puede no haber fundamento para respetar la opinión del paciente. Así, el facultativo debe, en la mayor medida posible, estar persuadido de que los deseos del paciente se aplicarían a la situación actual y que son aún válidos, teniendo en cuenta especialmente el avance técnico de la medicina.

CAPÍTULO III

Vida privada y derecho a la información

Artículo 10

Vida privada y derecho a la información

63. El párrafo primero establece el derecho a la privacidad de la información en el ámbito de la salud, reafirmando por tanto el principio introducido en el artículo 8 del Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y reiterado en el Convenio

para la Protección de los Individuos respecto al Procesamiento Automatizado de Datos Personales. Debe señalarse que, bajo el artículo 6 de este último Convenio, los datos personales referentes a la salud constituyen una categoría especial de datos y, como tales, están sujetos a reglas especiales.

64. Sin embargo, son posibles ciertas restricciones a la privacidad por alguna de las razones y bajo las condiciones previstas en el artículo 26.1. Por ejemplo, la autoridad judicial puede ordenar que se realice un test para identificar al autor de un crimen (excepción basada en la prevención del crimen) o para determinar la filiación (excepción basada en la protección de los derechos de otros).

65. La primera frase del párrafo segundo dispone que los individuos están legitimados para conocer cualquier información recogida acerca de su salud, si desean saberla. Este derecho es de importancia fundamental en sí mismo, pero también condiciona el ejercicio efectivo de otros derechos como el de consentir establecido en el artículo 5.

66. El «derecho a saber» de una persona comprende toda la información recogida sobre su salud, y a un diagnóstico, un pronóstico o cualquier otro dato relevante.

67. El derecho a saber va de la mano con el «derecho a no saber», establecido en la segunda frase del párrafo segundo. Los pacientes pueden tener sus propias razones para desear no conocer ciertos aspectos de su salud. Debe respetarse un deseo de este tipo. El ejercicio por parte del paciente del derecho a no saber tal o cual circunstancia relativa a su salud no se considera un obstáculo a la validez de su consentimiento a una intervención; por ejemplo, puede consentir válidamente a la extracción de un quiste a pesar de no desear conocer su naturaleza.

68. En algunas circunstancias, el derecho a saber o a no saber puede restringirse en interés del propio paciente o de otros, con base en el artículo 26.1; por ejemplo, para proteger los derechos de un tercero o de la sociedad.

69. En consecuencia, el último párrafo del artículo 10 señala que en casos excepcionales las leyes nacionales pueden fijar restricciones al derecho a saber o a no saber en interés de la salud del paciente (por ejemplo, un pronóstico de muerte que si se transmitiese inmediatamente al paciente podría empeorar sensiblemente su estado). En algunos casos, el deber médico de proporcionar información, que también está previsto en el artículo 4, entra en conflicto con el interés de la salud del paciente. La ley nacional debe resolver estos conflictos, teniendo en cuenta el bagaje social y cultural. La ley nacional puede justificar —en su caso, bajo control judicial— que el médico retenga a veces parte de la información o, en cualquier caso, que la revele con cautela («necesidad terapéutica»).

70. Además, puede ser de vital importancia para el paciente conocer ciertos aspectos relativos a su salud, aun cuando haya expresado el deseo de no conocerlos. Por ejemplo, el conocimiento de que tiene una predisposición a cierta enfermedad puede ser la única forma de permitirle tomar las medidas potencialmente eficaces (preventivas). En este caso, el deber del médico de proporcionar la asistencia, tal y como establece el artículo 4, puede entrar en conflicto con el derecho del paciente a no saber. También podría ser adecuado informar a un individuo de que sufre una condición concreta cuando exista un riesgo no sólo para esa persona, sino también para otros. Aquí corresponde también a la ley nacional señalar si el médico puede, a la luz de las circunstancias del caso, hacer una excepción al derecho a no saber. Al mismo tiempo, ciertos aspectos re-

lativos a la salud de una persona que ha manifestado el deseo de no conocerlos pueden ser de especial importancia para una tercera persona, como en el caso de una enfermedad o condición transmisible a otros. En tal caso, la posibilidad de prevención del riesgo al tercero puede, a partir del artículo 26, hacer que su derecho adquiera precedencia sobre el derecho del paciente a la intimidad recogido en el párrafo 1 y sobre el derecho a no saber sentado en el párrafo 2. En cualquier caso, el derecho a no saber de la persona afectada puede oponerse al interés de otra en ser informada y los intereses de estas dos personas deben ser equilibrados por el Derecho interno.

CAPÍTULO IV

Genoma humano

71. La ciencia genética ha experimentado cambios radicales en los últimos años. En la medicina humana, aparte del sector farmacéutico, hay otras áreas a las que puede aplicarse, principalmente: pruebas genéticas, terapia génica y la dilucidación científica de las causas y los mecanismos de las enfermedades.

72. Las pruebas genéticas son exámenes médicos dirigidos a detectar o descartar la presencia de una enfermedad hereditaria o la predisposición a tal enfermedad en una persona, analizando directa o indirectamente su herencia genética (cromosomas, genes).

73. El fin de la terapia génica es corregir los cambios de la herencia genética humana que pueden derivar en enfermedades hereditarias. La diferencia entre la terapia génica y el análisis del genoma radica en el hecho de que este último no modifica la herencia genética sino que simplemente estudia su estructura y sus relaciones con los síntomas de la enfermedad. En teoría, hay dos formas distintas de terapia génica. La terapia génica somática trata de

corregir los defectos genéticos de las células somáticas y producir un efecto que se limita a la persona tratada. Si fuese posible emprender la terapia génica en células germinales, no se curaría la enfermedad de la persona cuyas células se tratan, dado que la corrección sería realizada en células cuya única función es transmitir información genética a las generaciones futuras.

Artículo 11

No discriminación

74. La elaboración del mapa del genoma humano, que avanza rápidamente, así como el desarrollo de las pruebas genéticas asociadas a esta tarea, es probable que proporcionen avances sustanciales en la prevención de enfermedades y en la administración de tratamientos. Con todo, las pruebas genéticas suscitan también considerables preocupaciones. Entre las más extendidas figura la preocupación de que las pruebas genéticas, que pueden detectar una enfermedad actual o la predisposición o susceptibilidad a una enfermedad genética, se conviertan en medios de selección y discriminación.

75. El principio fundamental establecido en el artículo 11 es que se prohíbe cualquier forma de discriminación contra un individuo por razón de su herencia genética.

76. De acuerdo con el artículo 14 del Convenio Europeo sobre Derechos Humanos, el disfrute de los derechos y libertades reconocidos en el Convenio debe garantizarse sin discriminación por ningún motivo, como el sexo, la raza, el color, la lengua, la religión, las opiniones políticas o de otro tipo, el origen nacional o social, la pertenencia a una minoría nacional, la propiedad, el nacimiento o cualquier otra condición. El artículo 11 añade a esta lista la herencia genética de una persona. La prohibición de discriminación se aplica así a todas las áreas

incluidas en el campo de aplicación de este Convenio. Esta noción incluye también la no discriminación por razón de la raza, tal y como la entiende el Convenio de Naciones Unidas sobre la eliminación de cualquier forma de discriminación racial y ha sido interpretada por el comité del Convenio (CERD).

77. Si el término discriminación tiene normalmente connotaciones negativas en francés, no ocurre necesariamente así en inglés (donde se debe usar la expresión «discriminación ilícita o negativa»). No obstante, se ha decidido mantener el mismo término en ambos idiomas, como ocurre en el Convenio Europeo de Derechos Humanos y en la jurisprudencia del Tribunal. Discriminación, pues, debe entenderse, tanto en francés como en inglés, como la discriminación ilícita o negativa. En particular, no puede prohibir medidas positivas que puedan adoptarse con el fin de restablecer un cierto equilibrio en favor de aquellos en desventaja a causa de su herencia genética.

Artículo 12

Pruebas genéticas predictivas

78. El progreso de los estudios en genética humana se ha producido de un modo particularmente notable en los diez últimos años. Los avances en este campo hacen ahora posible identificar con mucha mayor precisión que antes a quienes son portadores de genes específicos para enfermedades que dependen de un solo gen (por ejemplo, la fibrosis quística, la hemofilia, la enfermedad de Huntington, la retinitis pigmentosa, etc.) y también a quienes portan genes que pueden aumentar su riesgo de desarrollar enfermedades mayores a lo largo de su vida (como patologías coronarias, el cáncer o la enfermedad de Alzheimer). Hasta ahora, era posible identificar a quienes estaban destinados o tenían muchas probabilidades de desarrollar ciertas enfermedades que dependen de un solo gen a par-

tir de un modelo mendeliano claro de herencia o a través de la identificación de características fenotípicas (a través ya de la observación clínica, ya de pruebas bioquímicas de laboratorio estandarizadas) que permiten adoptar medidas para prevenir la aparición de la enfermedad. Los avances en genética han proporcionado técnicas mucho más sofisticadas y precisas para detectar ciertas enfermedades. Sin embargo, la identificación de un determinado gen anormal no significa necesariamente que el portador desarrollará la enfermedad, ni predice el modelo o la gravedad que ésta adquirirá.

79. Las técnicas modernas también han hecho posible identificar genes que contribuyen al desarrollo de enfermedades mayores al cabo de los años, y a las que contribuyen también otros genes y factores ambientales y de estilo de vida. También ha sido posible identificar en el pasado algunos de estos factores de riesgos determinados genéticamente a través de la identificación de características fenotípicas. La probabilidad de que los individuos desarrollen la enfermedad a lo largo de su vida es, sin embargo, mucho menos cierta que en el caso de enfermedades asociadas a un único gen, desde el momento en que la probabilidad de que así ocurra depende de factores ajenos al control del individuo (por ejemplo, otras características genéticas), así como de factores que pueden ser modificados por los individuos de manera que se alteraría el riesgo (por ejemplo, la dieta, el tabaquismo, el estilo de vida, etc.).

80. Las pruebas predictivas de ciertas enfermedades genéticas pueden aportar beneficios considerables a la salud de un individuo al permitirle adoptar a tiempo un tratamiento preventivo u ofrecerle la posibilidad de disminuir el riesgo modificando su comportamiento, estilo de vida o ambiente en el que se desenvuelve. Esto, sin embargo, no es posible hoy en muchas enfermeda-

des determinadas genéticamente. El derecho a saber, así como el derecho a no saber y el consentimiento informado, son, por tanto, de particular importancia en este campo, dados los problemas que claramente suscitan los test predictivos de enfermedades genéticas para las que actualmente no hay un tratamiento efectivo. Un factor que complica aún más esta cuestión es que las pruebas predictivas de enfermedades genéticamente determinadas pueden tener también implicaciones para los miembros de la familia y la descendencia de la persona que se ha sometido a la prueba. Es esencial desarrollar normas de conducta profesionales en este campo. [El Comité de Ministros del Consejo de Europa ha adoptado dos recomendaciones sobre el cribaje: la Recomendación R(90)13 sobre el cribaje genético prenatal, el diagnóstico genético prenatal y el consejo genético; y la Recomendación R(92)3 sobre las pruebas genéticas y el cribaje con fines de salud).

81. La situación es aún más complicada con las pruebas predictivas de enfermedades graves de aparición tardía, cuando en el momento actual no hay tratamiento disponible. El cribaje de enfermedades graves de aparición tardía debe ser excepcional, incluso cuando esté vinculado a la investigación científica: supondría una tensión excesiva sobre la libre participación y sobre la privacidad de los individuos.

82. Los problemas particulares asociados a las pruebas predictivas hacen necesario limitar estrictamente su aplicación a fines de salud para el individuo. La investigación científica, de igual manera, debe llevarse a cabo en el ámbito del desarrollo de un tratamiento médico y para reforzar nuestra capacidad de prevenir la enfermedad.

83. El artículo 12, como tal, no supone limitación alguna al derecho a realizar intervenciones diagnósti-

cas en la fase embrionaria para detectar si el embrión es portador de características hereditarias que producirán una grave enfermedad en el futuro niño.

84. Dado que es patente que es posible el recurso a las posibilidades de las pruebas genéticas fuera del ámbito de la asistencia sanitaria (por ejemplo, en el caso de un examen médico previo a un contrato laboral o de aseguramiento) es importante distinguir claramente entre los fines de salud para el beneficio del individuo, de una parte, y los fines que sirven a intereses de terceros, que pueden ser comerciales, de otra.

85. El artículo 12 prohíbe llevar a cabo pruebas predictivas por razones distintas de las de salud o de investigación sanitaria, incluso con el asentimiento de la persona implicada. Por tanto, se prohíbe realizar pruebas genéticas predictivas como parte de los exámenes médicos previos al empleo, siempre que no sirvan a la salud del individuo. Esto significa que, en circunstancias concretas, cuando trabajar en un determinado medio pueda tener consecuencias perjudiciales para un individuo a causa de su predisposición genética, se le podrán ofrecer pruebas genéticas sin perjuicio de la obligación de mejorar las condiciones de trabajo. La prueba debe ser empleada claramente en interés de la salud del individuo. También debe respetarse el derecho a no saber.

86. La prueba predictiva genética realizada en el caso de un contrato de trabajo o de seguro, en tanto en cuanto no esté específicamente orientada a la salud, constituye una intromisión desproporcionada en el derecho a la intimidad del individuo. La compañía de seguros no está facultada para condicionar la suscripción o la modificación de una póliza de seguros a tener un test genético predictivo. Ni tampoco podrá rechazar la suscripción o modificación de tal póliza por el hecho

de que el solicitante no se ha sometido a un test, pues la suscripción de la póliza no puede condicionarse a la práctica de un acto ilegal.

87. Sin embargo, la ley nacional puede permitir la práctica de pruebas predictivas de enfermedades fuera del ámbito sanitario por alguna de las razones y bajo las condiciones previstas en el artículo 26.1 del Convenio.

88. De acuerdo con el artículo 5, el test genético sólo puede realizarse una vez que la persona afectada haya dado su consentimiento libre e informado. El artículo 12 añade una condición complementaria: la prueba debe acompañarse del consejo genético adecuado.

Artículo 13

Intervenciones sobre el genoma humano

89. El progreso de la ciencia, en particular en el conocimiento del genoma humano y sus aplicaciones, ha abierto perspectivas muy positivas, pero también interrogantes e incluso grandes temores. Mientras que los avances en este campo pueden proporcionar un gran beneficio a la humanidad, su empleo abusivo puede poner en peligro no sólo al individuo, sino a la especie en sí misma. El miedo mayor es la modificación intencionada del genoma humano para producir individuos o grupos con ciertas características o cualidades seleccionadas. En el artículo 13, el Convenio proporciona la respuesta, en diversas formas, a estos temores.

90. En todo caso, la intervención que trate de modificar el genoma humano debe realizarse con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Se prohíben las intervenciones dirigidas a la modificación de características genéticas que no están asociadas a una enfermedad. Dado que la terapia génica celular somática se encuentra actual-

mente en fase de investigación, su aplicación puede permitirse sólo si cumple con las normas de protección previstas en el artículo 15 y siguientes.

91. Se prohíben las intervenciones que traten de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes. Así pues, no se permiten en particular la modificación de espermatozoides u óvulos para la fecundación. La investigación médica dirigida a introducir modificaciones en los espermatozoides u óvulos no destinados a la fecundación sólo se permitirá *in vitro* y con la aprobación de la correspondiente institución ética o legal.

92. El artículo no prohíbe las intervenciones de tipo somático que podrían tener efectos secundarios no deseados en la línea germinal. Tal puede ser el caso, por ejemplo, de ciertos tratamientos de cáncer por radio o quimioterapia, que pueden afectar al sistema reproductor de la persona que se somete al tratamiento.

Artículo 14

No selección del sexo

93. La reproducción médicamente asistida incluye la inseminación artificial, la fecundación *in vitro* y cualquier técnica que tenga el mismo efecto, esto es, que permite la reproducción fuera del proceso natural. De acuerdo con este artículo, no se permite el uso de una técnica de reproducción médicamente asistida para elegir el sexo del futuro niño, excepto si se trata de evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo.

94. Corresponde al Derecho interno determinar, según los procedimientos empleados en cada Estado, la gravedad de la enfermedad hereditaria ligada al sexo. En algunos países las autoridades políticas o administrativas, los comités nacionales de ética, los comités *ad hoc* o las corporaciones profesionales han dictado guías de actuación so-

bre esta materia. En cualquier caso, es necesario el consejo genético adecuado a las personas implicadas.

CAPÍTULO V

Investigación científica

Artículo 15

Regla general

95. La libertad de investigación científica en la biología y la medicina se justifica no sólo por el derecho de la humanidad a conocer, sino también por los considerables avances que sus resultados pueden proporcionar en términos de salud y bienestar.

96. Con todo, tal libertad no es absoluta. En la investigación médica, está limitada por los derechos fundamentales de los individuos recogidos en particular por las disposiciones del Convenio y por otras normas legales que protegen al ser humano. En esta línea, debe señalarse que el primer artículo del Convenio especifica que su fin es proteger la dignidad y la identidad del ser humano y garantizar a cada uno, sin discriminación, el respeto a su integridad así como a otros derechos y libertades fundamentales. Cualquier investigación tendrá, pues, que observar estos principios.

Artículo 16

Protección de las personas que se presten a un experimento

97. Este artículo sienta las condiciones para toda investigación en seres humanos. Estas condiciones están fundamentalmente inspiradas en la Recomendación R(90)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre investigación médica en el ser humano.

98. La primera condición es que no debe haber alternativa de eficacia comparable a la investigación en humanos. En consecuencia, no se

permite la investigación si se pueden obtener resultados comparables por otros medios. No se autoriza un método invasor si se pueden emplear con eficacia similar otros métodos menos invasores o no invasores.

99. La segunda condición es que el riesgo corra la persona no sea desproporcionado a los beneficios potenciales de la investigación.

100. La tercera condición es la necesidad de un examen independiente de la calidad científica de la investigación, así como de sus aspectos éticos, que incluirá su aceptabilidad legal, social y económica. El examen de estos últimos aspectos debe ser realizado por comités de ética independientes y multidisciplinarios.

101. El párrafo IV subraya la obligación de informar previamente a la persona de sus derechos y garantías legales, por ejemplo el derecho a retirar libremente su consentimiento en cualquier instante.

102. El párrafo V refuerza las condiciones instauradas en el artículo 5 sobre el consentimiento. En el ámbito de la investigación, el consentimiento implícito es insuficiente. Por esta razón, el artículo exige no sólo el consentimiento libre e informado de la persona, sino que se otorgue expresa y específicamente, y por escrito. La expresión «consentimiento específico» debe entenderse en el sentido de que el consentimiento se otorga a una intervención concreta realizada en el marco de la investigación.

Artículo 17

Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento

Párrafo 1

103. Este primer párrafo del artículo establece un principio en re-

lación con la investigación en la persona que no tiene capacidad para consentir: la investigación debe beneficiar en potencia a la salud de la persona afectada. El beneficio debe ser real y seguirse de los eventuales resultados de la investigación, y el riesgo no debe ser desproporcionado al beneficio potencial.

104. Más aún, para permitir tal investigación no debe haber sujeto alternativo con capacidad plena. No es suficiente que no haya ningún voluntario con capacidad. El recurso a la investigación en personas sin capacidad para consentir debe ser, científicamente, la única posibilidad. Esto se aplicará, por ejemplo, a la investigación dirigida a mejorar la comprensión del desarrollo de los niños, o a mejorar el conocimiento de enfermedades que afectan específicamente a estas personas, como las enfermedades infantiles o ciertos trastornos psiquiátricos como la demencia en los adultos. Tal investigación sólo puede llevarse a cabo en los niños o adultos afectados, respectivamente.

105. La protección de las personas sin capacidad para consentir también se refuerza por la exigencia de que la autorización prevista en el artículo 6 se otorgue específicamente y por escrito. También se estipula que tal autorización puede retirarse libremente en cualquier momento.

106. La investigación no debe llevarse a cabo si la persona implicada se opone. En el caso de menores o niños muy pequeños es necesario evaluar su actitud teniendo en cuenta su edad y madurez. La norma que prohíbe la realización de investigaciones contra la voluntad del sujeto refleja, respecto a la investigación, el interés por la autonomía y la dignidad del individuo en todas las circunstancias, incluso cuando la persona es legalmente incapaz de dar su consentimiento. Esta disposición constituye también un modo de garantizar que la carga de la in-

vestigación es aceptada por la persona en todo momento.

Párrafo 2

107. El párrafo 2 prevé, excepcionalmente, la posibilidad de prescindir de la regla del beneficio directo bajo ciertas condiciones muy estrictas y las normas de protección que la ley nacional prescriba. Si tal investigación se prohibiese de modo absoluto, se haría imposible el progreso en la batalla para mantener y mejorar la salud y para combatir las enfermedades que afectan sólo a los niños, a los disminuidos psíquicos o a las personas que sufren demencia senil. El entero colectivo de afectados puede beneficiarse de este tipo de investigación.

108. Además de las condiciones generales para investigar en personas sin capacidad para expresar su consentimiento, es preciso cumplir una serie de condiciones complementarias. De este modo, el Convenio hace posible que estas personas disfruten de los beneficios de la ciencia en la lucha contra la enfermedad al tiempo que garantiza la protección individual de la persona que se somete a la investigación. Las condiciones exigidas implican que:

- No hay otro método de eficacia comparable a la investigación en humanos para lograr resultados válidos para el tipo de pacientes afectados, ni es posible una investigación de eficacia comparable en personas capaces de prestar consentimiento informado;
- la investigación tiene como fin contribuir a la obtención final de resultados que aporten un beneficio a la persona implicada o a otras personas de la misma categoría de edad, o afectados por la misma enfermedad o trastorno o que se encuentren en el mismo estado, a través de mejoras sensibles en la comprensión científica del estado, enfermedad o trastorno del individuo;
- la investigación comporta un riesgo mínimo y una carga mínima para el individuo afectado (por ejemplo,

muestras de sangre; ver párrafos 111 y 113).

- el proyecto de investigación no sólo tiene calidad científica, sino que es ética y legalmente aceptable y ha recibido la aprobación previa de las instituciones competentes;
- el representante de la persona, o la autoridad o persona o institución designadas por la ley ha dado su autorización (representación adecuada del interés del paciente);
- la persona afectada no se opone (el deseo del afectado prevalece y es siempre decisivo);
- la autorización para la investigación puede ser retirada en cualquier momento y en cualquier etapa del proyecto de investigación.

109. Una de las primeras condiciones complementarias es que la investigación es probable que mejore la comprensión científica del estado, enfermedad o trastorno de la persona y que obtenga, en última instancia, resultados que beneficien la salud de la persona que se somete a la investigación o la salud de las personas de su misma categoría. Esto significa, por ejemplo, que un menor puede participar en un experimento sobre una enfermedad que él sufre aunque no se vaya a beneficiar de sus resultados, si queda claro que la investigación podría aportar un beneficio sensible a otros niños que sufren la misma enfermedad. En el caso de menores sanos que se someten a la investigación es obvio que el resultado sólo podrá beneficiar a otros niños. En los casos en los que menores sanos participan en la investigación, es claro que lo hacen para obtener resultados que beneficien a otros niños; sin embargo, tal investigación bien puede arrojar un beneficio final a los niños sanos que toman parte en ella.

110. La investigación sobre «el estado del individuo» puede cubrir, respecto a la investigación en niños, no sólo enfermedades o anomalías peculiares de la infancia o ciertos aspectos de las enfermedades co-

munes que son específicas de la infancia, sino también el desarrollo normal del niño cuando tal conocimiento sea necesario para entender estas enfermedades o anomalías.

111. Mientras que el artículo 16.II limita la investigación en general al establecer un criterio de proporcionalidad riesgo/beneficio, el artículo 17 establece requisitos más estrictos para la investigación que no beneficia directamente a las personas que no tienen capacidad de dar su consentimiento, especialmente el de que comporte riesgos y cargas mínimas para el afectado. Además, sólo respetando estas condiciones se logrará que la investigación realizada sin consentimiento se convierta en una instrumentalización de estas personas contraria a su dignidad. Por ejemplo, tomar una muestra de sangre de un niño comporta generalmente un riesgo mínimo y puede considerarse, pues, aceptable.

112. Los avances diagnósticos y terapéuticos que benefician a los niños enfermos dependen en gran medida de nuevos conocimientos relativos a la biología normal del organismo humano y exigen la investigación de funciones vinculadas a la edad y el desarrollo de los niños normales antes de que puedan aplicarse al tratamiento de niños enfermos. Más aun, la investigación pediátrica se interesa no sólo por el diagnóstico y tratamiento de estados patológicos graves sino también por el mantenimiento y la mejora del estado de salud de niños que no están enfermos, o que sólo lo están ligeramente. En esta línea, debe hacerse mención de la profilaxis por vacunación o inmunización, medidas relativas a la dieta y tratamientos preventivos, cuya eficacia, especialmente en términos de coste y posibles riesgos, exige con urgencia una evaluación mediante estudios científicamente controlados. Cualquier restricción basada en la exigencia de un «beneficio potencial directo» para las personas que se so-

meten a la prueba haría estos estudios imposibles en el futuro.

113. Como ejemplos, cabe mencionar los siguientes campos de investigación, en el supuesto de que se cumplan todas las condiciones antes mencionadas (incluidas la de que sea imposible obtener los mismos resultados a través de una investigación llevada a cabo en personas capaces, y la de riesgo y cargas mínimos):

- a) respecto a los niños: sustitución de los exámenes radiológicos o mediante técnicas invasoras por los de escáner, análisis de muestras incidentales de sangre de neonatos sin problemas respiratorios para establecer el contenido de oxígeno necesario para los niños prematuros; descubrimiento de las causas y mejora del tratamiento de la leucemia en niños (por ejemplo, tomando una muestra de sangre);
- b) respecto a los adultos que no tienen capacidad de consentir: investigación en pacientes en cuidados intensivos o en coma para mejorar la comprensión de las causas del coma o del tratamiento intensivo.

114. Los ejemplos antes mencionados de investigación médica no pueden calificarse de tratamiento rutinario. En principio, carecen de beneficio terapéutico directo para el paciente. Sin embargo, pueden ser éticamente aceptables si se cumplen las condiciones de protección estricta que se derivan del efecto combinado de los artículos 6, 7, 16 y 17.

Artículo 18

Investigación in vitro

115. El primer párrafo del artículo 18 remarca la necesidad de proteger el embrión en el marco de la investigación: cuando la ley nacional permita la investigación de embriones *in vitro*, la ley debe asegurar una protección adecuada del embrión.

116. El artículo no adopta una postura sobre la admisibilidad del

principio de investigación sobre embriones *in vitro*. Sin embargo, el párrafo 2 del artículo prohíbe la creación de embriones humanos con el fin de investigar sobre ellos.

CAPÍTULO VI

Extracción de órganos y tejidos de donantes vivos para trasplantes

Artículo 19

Regla general

117. Los trasplantes de órganos son técnicas médicas que ayudan a salvar, prolongar o hacer mucho más fácil la vida de personas que sufren ciertos trastornos graves. El propósito de este capítulo es establecer un marco para proteger al donante vivo en la extracción de órganos (en particular, hígado, riñón, pulmón, páncreas) o tejido (por ejemplo, la piel). Las disposiciones de este capítulo no se aplican a las transfusiones de sangre.

118. De acuerdo con el primer principio del texto, los órganos o tejidos deben extraerse de donantes muertos y no de vivos siempre que sea posible. La extracción de órganos o tejidos de donantes vivos siempre representa un riesgo para los donantes, aunque sólo sea por la anestesia a la que a veces tienen que someterse. Esto implica que los órganos de personas vivas no deben usarse cuando se disponga de un órgano adecuado procedente de una persona muerta.

119. La segunda condición en el caso de donantes vivos es que no exista un método terapéutico alternativo de eficacia comparable. A la vista del riesgo que comporta cualquier extracción de órganos, no hay justificación para acudir a ella si hay otro medio de facilitar el mismo beneficio al receptor. El trasplante debe ser, por tanto, necesario en el sentido de que no hay otra solución

que produzca similares resultados, tales como el tratamiento *convencional* o los tejidos de origen animal, los cultivos de tejido o los tejidos trasplantados del propio receptor. A este respecto, no se considera que la diálisis proporcione resultados —en términos de calidad de vida del paciente— comparables a los obtenidos mediante el trasplante de riñón.

120. Para que un órgano pueda ser extraído, es preciso el consentimiento expreso y específico del donante, de acuerdo con el artículo 5 del Convenio. Más aun, el artículo 19.2 dispone que este consentimiento debe ser específico y otorgado en forma escrita o ante una institución oficial, de modo que las condiciones establecidas en el artículo 5 se tornan más estrictas para esta intervención en particular. La institución oficial implicada puede ser un tribunal o un notario, por ejemplo.

121. La extracción de órganos sólo puede ser realizada para beneficio terapéutico del receptor y cuando la necesidad era conocida antes de la extracción. El tejido, por su parte, puede ser almacenado en bancos de tejido para necesidades futuras (debe hacerse hincapié que esto afecta, en la mayoría de los casos, a tejido no usado, por ejemplo, el extraído después de una intervención; véase el artículo 22); en este caso son aplicables las disposiciones de la Recomendación R(94)1 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre los Bancos de Tejidos Humanos.

Artículo 20

Protección de personas sin capacidad para consentir a la extracción de órganos

122. El artículo 20 se refiere específicamente a las cuestiones relativas a la extracción de órganos o tejidos de personas incapaces de dar consentimiento. El principio es que esta práctica está prohibida.

123. Sólo en circunstancias muy excepcionales pueden admitirse excepciones a esta regla, y sólo en el caso de extracción de tejido regenerable. A efectos de este artículo, tejido regenerable es aquel capaz de reconstituir su masa y sus funciones tras una extracción parcial. Estas excepciones están justificadas por el hecho de que el tejido de la médula ósea en particular sólo puede trasplantarse entre personas genéticamente compatibles, normalmente hermanos y hermanas.

124. Si en el momento actual el trasplante de médula ósea entre hermanos y hermanas es la situación más relevante de cuantas cumplen con la condición de este artículo, la fórmula «tejido regenerable» toma en cuenta futuros avances de la medicina.

126. El párrafo 2 permite, por tanto, la extracción de médula ósea de un menor en beneficio de su hermano o hermana. El principio de ayuda mutua entre parientes de primer grado, sujeto a ciertas condiciones, puede justificar una excepción a la prohibición de extracción, encaminada a proteger a las personas incapaces de otorgar su consentimiento. Esta excepción a la regla general está cualificada por una serie de condiciones estipuladas en el artículo 20 para proteger a la persona incapaz de otorgar su consentimiento, que pueden ser completadas por la legislación nacional. También se aplican las condiciones del artículo 19, párrafo 1.

126. La primera condición es la ausencia, dentro de límites razonables, de un donante compatible capaz de consentimiento.

127. Asimismo, sólo se autoriza la extracción a condición de que, en ausencia de donante, la vida del receptor esté en peligro. No hace falta decir que los riesgos para el donante deberán ser aceptables; también se aplican las normas de conducta profesional del artículo 4, especial-

mente en lo que se refiera al equilibrio entre riesgo y beneficio.

128. También se exige que el beneficiario sea hermana o hermano. Esta restricción pretende impedir que tanto la familia como los médicos se excedan en la búsqueda de un donante a cualquier precio, aun cuando el grado de parentesco sea lejano y las probabilidades de éxito en el trasplante no sean muy altas por incompatibilidad de tejidos.

129. Además, en conexión con el artículo 6, se necesita la autorización del representante de la persona incapaz de consentimiento o la autorización de la autoridad o institución previstas por la ley antes de llevar a cabo la extracción (ver punto 38 para la retirada). También se exige la aceptación de la institución competente mencionada en el artículo 20, párrafo IV. La intervención de esta institución (que puede ser un tribunal, un organismo cualificado profesionalmente, un comité de ética, etc.) pretende garantizar que la decisión que se adopte sea imparcial.

130. Por último, la extracción puede no llevarse a cabo si el donante potencial presenta cualquier objeción. Como en el caso de la investigación, esta oposición, presentada en cualquier forma, es decisiva y debe observarse siempre.

Artículo 21

Prohibición del aprovechamiento

131. Este artículo aplica el principio de la dignidad humana establecido en el preámbulo y en el artículo 1.

132. El artículo afirma que el cuerpo humano y sus partes, como tales, no deben generar un aprovechamiento económico. Bajo esta disposición los órganos y tejidos, incluida la sangre, no deben ser

comprados o vendidos o generar cualquier ganancia financiera a la persona a quien se le han extraído o a un tercero, sea un individuo o una corporación como, por ejemplo, un hospital. Sin embargo, los actos técnicos (toma de muestras, pruebas, pasteurización, fraccionamiento, purificación, almacenamiento, cultivo, transporte, etc.) que se realizan a partir de ellos sí pueden legitimar una remuneración razonable. Así, este artículo no prohíbe la venta de productos médicos que contengan tejido humano que ha sido sometido a un proceso de elaboración, pues no se vende el tejido como tal. De este modo, este artículo no impide que la persona a quien se ha extraído un órgano o tejido reciba una compensación equitativa por los gastos que ha sufrido o las pérdidas de ingreso (por ejemplo, a raíz de la hospitalización), siempre que esa compensación no constituya una remuneración.

133. Esta disposición no afecta a productos como el pelo o las uñas, que son productos de desecho, y cuya venta no atenta contra la dignidad humana.

134. La cuestión de la patente no tiene relación con este artículo, que no se ha redactado con la intención de aplicarlo a la patentabilidad de las invenciones biotecnológicas. Tal es la complejidad del problema de las patentes que fue necesario un detallado estudio antes de elaborar una legislación. [Véanse los términos similares que emplea la respuesta provisional de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Recomendación n. 1213 sobre los avances en biotecnología y la agricultura cuando se refiere a la cuestión de las patentes sobre invenciones biotecnológicas]. Si tal estudio llegó a la conclusión de que era deseable regular la materia, tal regulación debe incorporar principios y normas adaptados a su naturaleza específica. En este sentido, debe hacerse notar que la Comunidad Europea ha elaborado una pro-

puesta de directiva [Propuesta para una Directiva del Parlamento Europeo y el Consejo sobre la protección legal de las invenciones biotecnológicas, COM (95) 661 final] que contiene los principios de acuerdo con los cuales «el cuerpo humano y sus elementos en estado natural no se considerarán inventos patentables».

Artículo 22

Utilización de una parte extraída del cuerpo humano

135. En el curso de las intervenciones, por ejemplo las quirúrgicas, suelen extraerse partes del cuerpo humano. El fin de este artículo es asegurar la protección de los individuos en relación a las partes de su cuerpo extraídas de esta manera y almacenadas o empleadas para fines distintos de los que motivaron su extracción. Tal disposición es particularmente necesaria porque es posible obtener mucha información sobre el individuo a partir de cualquier parte de su cuerpo por pequeña que sea (por ejemplo, sangre, pelo, hueso, piel, órganos). Incluso si la muestra es anónima, el análisis puede arrojar información sobre la identidad.

136. Esta disposición establece así una regla coherente con el principio general del consentimiento recogido en el artículo 5, de modo que las partes del cuerpo extraídas durante una intervención con un fin determinado no pueden almacenarse o emplearse con un objeto distinto a menos que se cumplan las condiciones pertinentes que rigen la información y el consentimiento.

137. El proceso de información y consentimiento puede variar de acuerdo con las circunstancias, permitiendo así cierta flexibilidad, dado que no se requiere sistemáticamente el consentimiento expreso de la persona para usar partes de su cuerpo. Así, a veces no será posible, o será muy difícil, encontrar de nuevo a las personas para pedirles su

consentimiento. En algunos casos, será suficiente que el paciente o su representante, que han sido debidamente informados (por ejemplo, por medio de folletos entregados en el hospital a las personas implicadas) no se opongan expresamente. En otros casos, dependiendo de la naturaleza de la utilización que se vaya a dar a las partes extraídas, será necesario el consentimiento expreso y específico, especialmente cuando se recoja información sensible sobre individuos identificables.

CAPÍTULO VIII

Contravención de lo dispuesto en el Convenio

Artículo 23

Contravención de los derechos o principios

139. Este artículo exige a las Partes que prevean la posibilidad de acciones judiciales para impedir o poner fin a cualquier infracción de los principios instaurados en el Convenio. Por tanto, cubre no sólo las infracciones que ya han comenzado y siguen su curso, sino la amenaza de infracción.

140. La protección judicial debe ser apropiada y proporcionada a la infracción o las amenazas de infracción de los principios. Tal es el caso, por ejemplo, de los procedimientos iniciados por el Ministerio Fiscal en caso de infracciones que afecten a varias personas incapaces de defenderse por sí mismas, en orden a poner fin a la violación de sus derechos.

142. La protección judicial que exige el Convenio se aplica sólo a las infracciones o amenazas ilegales. La razón de este adjetivo calificativo es que el propio Convenio permite, en su artículo 26.1, restricciones al libre ejercicio de los derechos que reconoce.

Artículo 24

Reparación del daño injustificado

143. Este artículo establece el principio de que cualquier persona que ha sufrido un daño injustificado derivado de una intervención tiene derecho a una compensación justa. El Convenio emplea la expresión «daño injustificado» porque en medicina algunos daños, como la amputación, son inherentes a la intervención terapéutica.

144. La naturaleza justificada o injustificada del daño tendrá que ser determinada a la luz de las circunstancias de cada caso. La causa del daño debe ser una intervención en su más amplio sentido, ya adopte la forma de acto o de omisión. La intervención puede constituir o no un delito. Para tener derecho a la compensación es preciso que el daño sea resultado de la intervención.

145. Las condiciones de compensación y el procedimiento para reconocerla son prescritos por la ley nacional. En muchos casos, ésta establece un sistema de responsabilidad personal basado ya en la culpa o en la noción de riesgo o en la responsabilidad estricta. En otros casos, la ley puede proporcionar un sistema colectivo de compensación con independencia de la responsabilidad individual.

146. Respecto a la compensación justa, debe hacerse referencia al artículo 50 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que permite al Tribunal declarar la satisfacción justa a la parte dañada.

Artículo 25

Sanciones

147. Dado que el fin de las sanciones previstas en el artículo 25 es garantizar el cumplimiento de las disposiciones del Convenio, deben ajustarse a ciertos criterios, especialmente los de necesidad y proporcionalidad. En consecuencia, para medir la oportunidad y deter-

minar la naturaleza y alcance de la sanción, la ley nacional debe prestar especial atención al contenido e importancia de la disposición que se debía cumplir, la gravedad de la infracción y la envergadura de sus posibles repercusiones para el individuo y la sociedad.

CAPÍTULO IX

Relación del presente Convenio con otras disposiciones

Artículo 26

Restricciones al ejercicio de los derechos

Párrafo 1

148. Este artículo enuncia las únicas excepciones posibles a los derechos y normas de protección contenidas en el Convenio en general, sin perjuicio de las restricciones específicas que uno u otro artículo pueda implicar.

149. El artículo se hace eco de lo dispuesto en el artículo 8, párrafo 2, del Convenio Europeo de Derechos Humanos. No todas las excepciones recogidas en el artículo 8.2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos se consideran relevantes para el presente Convenio. Las excepciones definidas en el artículo tratan de proteger los intereses colectivos (seguridad pública, prevención del crimen y protección de la salud pública) o los derechos y libertades de otras.

150. El aislamiento obligatorio, cuando sea necesario, del paciente que sufre una enfermedad infecciosa grave, es el ejemplo típico de excepción por razones de salud pública.

151. La persona que, a causa de un trastorno mental, puede ser una fuente de daño grave a otros puede, de acuerdo con la ley, ser sometida a medidas de confinamiento o trata-

miento sin su consentimiento. En este caso, además de los supuestos contemplados en el artículo 7, la restricción puede aplicarse con objeto de proteger los derechos y la libertad de otras personas.

152. La protección de los derechos de otras personas puede también justificar, por ejemplo, una orden judicial para que se practique una prueba para establecer el parentesco.

153. También puede justificarse el uso de evaluaciones genéticas (pruebas de ADN) para la identificación de personas incurso en una investigación criminal.

154. Ciertas legislaciones prevén el tratamiento psiquiátrico ordenado por un tribunal del acusado que, de faltar tal tratamiento, no estaría en condiciones de someterse al juicio, con el objeto de permitir al acusado una defensa adecuada. Tal tratamiento impuesto por orden judicial, con las garantías adicionales precisas, puede considerarse relevante a los efectos del artículo 26, que se refiere principalmente a las medidas necesarias para la administración de justicia con todas las garantías («prevención del crimen») que, en una sociedad democrática, incluyen la defensa del acusado.

155. La protección de la salud del paciente no se menciona en este párrafo como uno de los factores que justifican excepciones a las disposiciones del Convenio en general. Para hacer más claro su alcance, parece preferible definir esta excepción en las disposiciones que aluden a ella expresamente. El artículo 7, por ejemplo, especifica las condiciones en que los individuos que sufren trastornos mentales pueden, sin su consentimiento, recibir un tratamiento en el caso de que, de no hacerlo, su salud podría verse sensiblemente afectada.

156. Además, no se incluyen entre las excepciones generales a

que se refiere el primer párrafo de este artículo la defensa del bienestar económico del país, del orden público o de la moral y la seguridad nacional, a diferencia de lo que ocurre con el artículo del Convenio Europeo de Derechos Humanos. No parece conveniente someter, en el contexto de este Convenio, el ejercicio de derechos fundamentales especialmente vinculados a la protección de los derechos de la persona en el ámbito de la salud, al bienestar económico del país, al orden público, a la moral o a la seguridad nacional.

157. Al aspecto económico se hace referencia, sin embargo, en el artículo 3 mediante las palabras «recursos disponibles»; con todo, en el significado de este artículo, esta noción no representa una razón para permitir excepción alguna a los derechos garantizados en otras disposiciones del Convenio.

158. La guerra y el conflicto armado se han excluido también como posibles fuentes de excepciones. Sin embargo, esto no significa impedir que la ley adopte medidas específicas en el ejército dirigidas a la protección de la salud pública en ese contexto concreto.

159. No debe considerarse que las razones mencionadas en el artículo 26.1 justifiquen una excepción absoluta a los derechos garantizados por el presente Convenio. Para ser admisibles, las restricciones deben ser prescritas por la ley y ser necesarias en una sociedad democrática para proteger el interés colectivo en cuestión o los intereses individuales, esto es, los derechos y la libertad de los otros. Estas condiciones deben interpretarse a la luz de los criterios establecidos en esta materia por la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. En particular, las restricciones deben reunir los criterios de necesidad, proporcionalidad y subsidiariedad, teniendo en cuenta las condiciones sociales y culturales

propias de cada Estado. La expresión «prescritas por la ley» debe interpretarse de acuerdo con el significado que habitualmente le da el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, esto es, que no se exige una ley formal y que cada Estado puede adoptar la forma de norma interna que considere más apropiada.

Párrafo 2

160. Las restricciones establecidas en el primer párrafo del artículo no se aplican a las disposiciones recogidas en el segundo párrafo. Esto afecta a las siguientes disposiciones: artículo 11 (no discriminación), artículo 13 (intervenciones sobre el genoma humano), artículo 14 (no selección de sexo), artículo 16 (protección de las personas que se someten a un experimento), artículo 17 (protección de las personas que no tienen capacidad de expresar su consentimiento), artículos 19 y 20 (extracción de órganos de donante vivo para trasplante) y artículo 21 (prohibición de aprovechamiento).

Artículo 27

Protección más extensa

161. En cumplimiento de este artículo, las Partes pueden aplicar reglas de protección más amplia que las contenidas en el Convenio. En otras palabras, el texto sienta las normas comunes que los Estados deben cumplir, mientras les permite proporcionar una protección mayor del ser humano y los derechos humanos respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

162. Es posible que surjan conflictos entre varios derechos establecidos por el Convenio, por ejemplo, entre el derecho de libertad de investigación del científico y los derechos de la persona que se somete a ella. Sin embargo, la expresión «protección más extensa» debe interpretarse a la luz del propósito del Convenio tal y como lo define el artículo 1, principalmente la protec-

ción del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. En el ejemplo citado, cualquier protección estatutaria adicional puede significar simplemente una mayor protección para la persona que se somete a la investigación.

CAPÍTULO X

Debate público

Artículo 28

Debate público

163. El propósito de este artículo es animar a las Partes a suscitar una conciencia mayor entre el público sobre las cuestiones fundamentales que suscita la aplicación de la biología y la medicina. Se debe averiguar en la mayor medida posible cuáles son los puntos de vista de la sociedad respecto a los problemas que le afectan en conjunto. A este fin, se recomienda la discusión y la consulta públicas apropiadas. La palabra *apropiada* permite a las Partes seleccionar libremente los procedimientos más adecuados. Por ejemplo, los Estados pueden establecer comités éticos y recurrir a la enseñanza de la ética en medicina, biología y salud, destinada tanto a profesionales de salud como a los docentes y el público en general.

CAPÍTULO XI

Interpretación y seguimiento del Convenio

Artículo 29

Interpretación del Convenio

164. Este artículo permite la posibilidad de solicitar al Tribunal Europeo de Derechos Humanos un dictamen sobre cuestiones legales relativas a la interpretación del Convenio. El dictamen no hará referencia directa a ningún proceso judicial en curso.

165. El Convenio no concede *per se* a los individuos el derecho a abrir procesos ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sin embargo, los hechos que constituyan infracción de los derechos recogidos en el presente Convenio pueden enjuiciarse bajo el Convenio Europeo de Derechos Humanos si constituyen también una violación de los derechos recogidos en tal Convenio.

Artículo 30

Informes sobre la aplicación del Convenio

166. De acuerdo con el modelo del artículo 57 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, este artículo estipula que cualquier Parte, a petición de la Secretaría General del Consejo de Europa, debe proporcionar una explicación del modo en que su Derecho interno asegura la ejecución efectiva de cualquiera de las disposiciones del Convenio.

CAPÍTULO XII

Protocolos

Artículo 31

Protocolos

167. El convenio establece principios válidos para todas las aplicaciones de la biología y la medicina en seres humanos. Este artículo dispone la redacción de protocolos que contengan normas sobre áreas específicas. Dado que el propósito de los protocolos es desarrollar los principios recogidos en el Convenio, sus disposiciones no deben separarse de aquéllos. En concreto, no pueden establecer normas que otorguen a los seres humanos una protección menor a la resultante de los principios del Convenio.

168. Para poder firmar o ratificar un protocolo, el Estado debe haber firmado o ratificado previa o simultáneamente el Convenio. Por

otro lado, los Estados que hayan firmado o ratificado el Convenio no estarán obligados a firmar o ratificar sus protocolos.

CAPÍTULO XIII

Enmiendas al Convenio

Artículo 32

Enmiendas al Convenio

169. Las enmiendas al Convenio deben ser examinadas por el CDBI o por cualquier otro Comité designado por el Comité de Ministros. De esta forma, todo Estado miembro del Consejo de Europa y cada Parte del Convenio que no sea miembro del Consejo de Europa tendrá derecho a votar las enmiendas propuestas.

170. Este artículo prevé que el Convenio debe ser reexaminado no más tarde de los cinco años desde su entrada en vigor, y después, en intervalos que determine el Comité encargado de la revisión.

CAPÍTULO XIV

Cláusulas finales

Artículo 33

Firma, ratificación y entrada en vigor

171. Aparte de los Estados miembros del Consejo de Europa, pueden firmar el Convenio los siguientes Estados, que participaron en su elaboración: Australia, Canadá, Santa Sede, Japón y Estados Unidos de América.

Artículo 35

Territorios

172. Dado que esta disposición se refiere fundamentalmente a los territorios de ultramar, se decidió que iría claramente contra la filoso-

fía del Convenio que cualquier Estado excluyera de la aplicación de este instrumento a partes de su territorio principal, por lo que no habría necesidad de sentarlo explícitamente en el Convenio.

Artículo 36

Reservas

173. Este artículo, a partir del modelo del artículo 64 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, permite reservas respecto a cualquier disposición particular del Convenio, en la medida en que una ley en vigor no esté en conformidad con la disposición.

174. El término ley no implica que se exija una ley formal (por ejemplo, en algunos países las corporaciones profesionales dictan sus propios códigos deontológicos, que son aplicables a sus miembros en tanto en cuanto no contradigan las normas estatales). Sin embargo, de acuerdo con el párrafo 1, no se permite la reserva de carácter general, es decir, expresada en términos demasiado vagos o amplios que impidan determinar su significado y alcance exactos.

175. Además, de acuerdo con el párrafo 2, cualquier reserva contendrá un breve informe sobre la ley en cuestión; este informe constituye un factor probatorio y contribuye a la seguridad jurídica, y no es un requisito exclusivamente formal, sino una condición sustancial (confróntese Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Caso Belilos, § 55 y 59).

176. Se decidió que cualquier declaración, incluso descrita como interpretativa, realizada por un Estado o la Comunidad Europea relativa a cualquier disposición del Convenio, que trate de modificar las obligaciones que se derivan de tal disposición para el Estado declarante, debe reunir, para ser válida, los requisitos establecidos en el artículo 36.

Protocolo al Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, sobre prohibición de clonar seres humanos

PROTOCOLO ADICIONAL AL CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD HUMANA EN RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA SOBRE LA PROHIBICIÓN DE CLONAR SERES HUMANOS

El 6 de noviembre de 1997, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó este Protocolo al Convenio de Bioética que prohíbe la clonación de seres humanos.

Los Estados miembros del Consejo de Europa, los otros Estados y la Comunidad Europea, firmantes de este Protocolo adicional al Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano en relación con la aplicación de la biología y la medicina,

Teniendo en cuenta los avances científicos en el campo de la clonación de mamíferos, en particular a través de la división embrionaria y la transferencia nuclear;

Conscientes del progreso que algunas técnicas de clonación pueden suponer en sí mismas para el conocimiento científico y sus aplicaciones médicas;

Considerando que la clonación de seres humanos puede llegar a ser una posibilidad técnica;

Teniendo presente que la división embrionaria puede suceder de modo natural y que a veces resulta en el nacimiento de gemelos genéticamente idénticos;

Considerando, sin embargo, que la instrumentalización de los seres humanos a través de la creación delibe-

rada de seres humanos genéticamente idénticos es contraria a la dignidad humana y constituye, así, un abuso de la biología y la medicina;

Considerando también las graves dificultades de orden médico, psicológico y social que tal práctica biomédica deliberada podría acarrear para los sujetos involucrados en ella;

Considerando el fin del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, en particular el principio mencionado en su artículo 1, cuyo fin es proteger la dignidad e identidad de todos los seres humanos;

Han acordado lo que sigue:

Artículo 1

Se prohíbe cualquier intervención que tenga por objeto crear un ser humano genéticamente idéntico a otro, ya sea vivo o muerto.

A los efectos de este artículo, la expresión ser humano «genéticamente idéntico» a otro ser humano significa compartir con otro la misma carga nuclear genética.

Artículo 2

No se podrán hacer derogaciones de este protocolo al amparo del párrafo 1 del artículo 26 del Convenio.

Artículo 3

Entre las Partes, las disposiciones de los artículos 1 y 2 de este Protocolo se considerarán artículos adicionales del Convenio y las dis-

posiciones del Convenio se les aplicarán coherentemente.

Artículo 4

Este protocolo se abrirá a la firma de los firmantes del Convenio. Está sujeto a ratificación, aceptación o aprobación. Un Firmante no podrá ratificar, aceptar o aprobar este Protocolo si previa o simultáneamente no ha ratificado, aceptado o aprobado el Convenio. Los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación se depositarán ante el Secretario General del Consejo de Europa.

Artículo 5

1. Este protocolo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses tras la fecha en que cinco Estados, incluidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa, hayan expresado su consentimiento a obligarse por el Protocolo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4.

2. Respecto a todo firmante que a partir de ese momento exprese su consentimiento a obligarse por él, el Protocolo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses tras la fecha en que se deposite el instrumento de ratificación, aceptación o aprobación.

Artículo 6

1. Tras la entrada en vigor de este Protocolo, cualquier Estado

que se haya adherido al Convenio podrá hacerlo también a este Protocolo.

2. La adhesión se efectuará mediante el depósito, ante el Secretario General del Consejo de Europa, de un instrumento de adhesión, que entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses tras la fecha del depósito.

Artículo 7

1. Cualquier Parte puede denunciar este Protocolo en cualquier momento, mediante notificación dirigida al Secretario General del Consejo de Europa.

2. La denuncia será efectiva el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses tras la fecha de recepción de tal notificación al Secretario General.

Artículo 8

El Secretario General del Consejo de Europa notificará a los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a todos los Firmantes, a toda Parte y a cualquier otro Estado invitado a adherirse al Convenio:

- a) toda firma;
- b) el depósito de cualquier instrumento de ratificación, aceptación o aprobación, o adhesión;
- c) toda fecha de entrada en vigor de este Protocolo, de acuerdo con los artículos 5 y 6;
- d) cualquier otro acto, notificación o comunicación relativa al Protocolo.

INFORME EXPLICATIVO AL PROTOCOLO SOBRE PROHIBICIÓN DE LA CLONACIÓN DE SERES HUMANOS

1. Este protocolo se construye sobre algunas disposiciones del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, en especial las siguientes: el artículo 1, que prevé que las Partes de este Convenio protegerán la dignidad e identidad de todos los seres humanos y garantizarán a cada uno, sin discriminación, el respeto a su integridad y otros derechos y libertades fundamentales en relación con la aplicación de la biología y la medicina; el artículo 13, que dispone que cualquier intervención que trate de modificar el genoma humano sólo puede realizarse con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos y sólo si su fin no es introducir modificaciones en el genoma de los descendientes; el artículo 18.1, que asegura la protección de embrión *in vitro* en el marco de la investigación, y el artículo 18.2 que prohíbe la creación de embriones con fines de investigación.

2. La clonación de células y tejido se considera en todo el mundo como una técnica biomédica valiosa, que resulta éticamente aceptable. Sin embargo, hay diferentes puntos de vista sobre la aceptabilidad ética de la clonación de células indiferenciadas de origen embrionario. Con independencia de las diferentes actitudes existentes hacia tales técnicas de clonación, las normas instauradas en el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina antes citado forman nítidas barreras contra el empleo abusivo de embriones humanos, dado que el artículo 18 exige que se garantice su protección adecuada y prohíbe su creación con fines de investigación. Por tanto, es preciso distinguir entre tres situaciones: la clonación de cé-

lulas como técnica, el uso de células embrionarias en técnicas de clonación, y la clonación de seres humanos, por ejemplo mediante el empleo de las técnicas de división embrionaria y transferencia nuclear. Mientras la primera situación es completamente aceptable desde el punto de vista ético, la segunda debe ser examinada en el protocolo sobre protección del embrión. Las consecuencias de la tercera situación, esto es, la prohibición de clonar seres humanos, queda dentro del ámbito de este protocolo.

3. La clonación deliberada de seres humanos es una amenaza a la identidad humana, pues supone renunciar a la protección mínima contra la predeterminación de la constitución genética humana por un tercero. Otras razones éticas que apoyan la aprobación de la clonación de seres humanos se basan en primer lugar en la dignidad humana, que sufre el peligro de la instrumentalización mediante la clonación artificial humana. Incluso si en el futuro se diese una situación que, en teoría, permitiese excluir la instrumentalización de la prole clonada artificialmente, esta circunstancia no se considera una razón suficiente para justificar éticamente la clonación de seres humanos. Dado que la recombinación genética que se produce de modo natural es probable que origine más libertad para el ser humano que una configuración genética predeterminada, es en interés de todas las personas el mantener la naturaleza esencialmente aleatoria de la composición de sus propios genes.

4. Este protocolo no adopta una postura específica sobre la admi-

bilidad de clonar células y tejidos con fines de investigación que deriven en aplicaciones médicas. Sin embargo, puede decirse que la clonación como técnica biomédica es una herramienta importante para el desarrollo de la medicina, especialmente para el desarrollo de nuevas terapias. Las disposiciones de este protocolo no se entenderán como una prohibición de las técnicas de clonación en biología celular.

5. Sin embargo, el protocolo engloba claras barreras contra cualquier intento de producir artificialmente seres humanos genéticamente iguales. El protocolo no afecta a la estimulación hormonal para tratar la infertilidad en mujeres y que puede derivar en el nacimiento de gemelos. Explícitamente restringe la identidad genética a compartir la misma carga nuclear genética, lo que significa que se prohíbe cualquier intervención por técnicas de división embrionaria o transferencia nuclear que traten de crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano, ya sea vivo o muerto.

6. En conformidad con el enfoque adoptado en la preparación del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, se ha decidido dejar a la ley nacional el definir el alcance de la expresión «ser humano» a los fines de aplicación del presente Protocolo.

7. El término *nuclear* significa que sólo los genes del núcleo —no los mitocondriales— se tienen en cuenta respecto a la identidad, lo que explica por qué la prohibición de clonar seres humanos también

cubre todo método de transferencia nuclear que trate de crear seres humanos idénticos. La expresión «la misma carga nuclear genética» tiene en cuenta el hecho de que durante el desarrollo algunos genes pueden sufrir mutación somática. Así los gemelos monocigóticos desarrollados a partir de un solo huevo compartirán la misma carga nuclear

genética, pero pueden no ser idénticos al 100 por cien respecto a todos sus genes. Es importante hacer notar que el Protocolo no trata de discriminar en modo negativo alguno a los gemelos monocigóticos naturales.

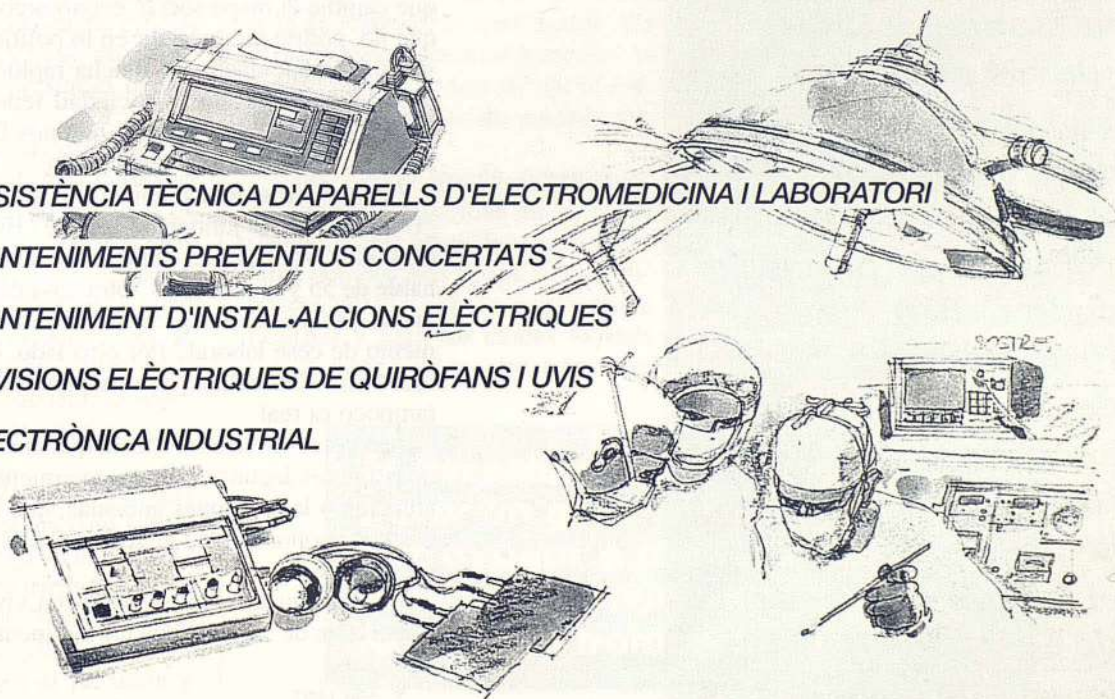
8. Este protocolo es un paso importante en la elaboración de dispo-

siciones claras, éticas y legales, en el campo de la medicina reproductiva. Junto con las disposiciones de los artículos 1, 13, 14 y 18 del Convenio, engloba importantes principios éticos que deben formar la base de los sucesivos desarrollos de la biología y la medicina en este campo no sólo hoy, sino también en el futuro.

Labotron
Societat Anònima

LABOTRON, S.A.
Villaruel, 178 - 08036 Barcelona
Telèfon (93) 322 94 13
Fax (93) 419 91 84

ASSISTÈNCIA TÈCNICA D'APARELLS D'ELECTROMEDICINA I LABORATORI
MANTENIMENTS PREVENTIUS CONCERTATS
MANTENIMENT D'INSTAL·LACIONS ELÈCTRIQUES
REVISIONS ELÈCTRIQUES DE QUIRÒFANS I UVIS
ELECTRÒNICA INDUSTRIAL



NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA

Presentación

HNO. JESÚS ETAYO
Superior Provincial

Abrimos un apartado dedicado a las jornadas que se celebraron el 28 de mayo de 1997 en Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental, de Sant Boi de Llobregat (BCN), con las palabras que sirvieron para inaugurar el acto por parte del superior provincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, hermano Jesús Etayo. Las jornadas fueron organizadas por el Equipo de Pastoral de Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental.

Buenos días a todas y a todos los presentes a esta Jornada de reflexión y estudio sobre *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriatrica*, organizado por el Equipo de Pastoral de Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental.

El tema es muy actual debido por una parte al gran colectivo que hoy representan en nuestra sociedad las personas mayores, los ancianos, con todas sus circunstancias entre las que hemos de incluir los problemas de salud mental, y por otra parte debemos encuadrar esta Jornada dentro del Día del Enfermo que la Iglesia española ha celebrado este año*, cuyo tema central ha sido *El anciano enfermo*.

Efectivamente, vivimos en una sociedad cuyos índices de natalidad están en los mínimos, y en la que gracias al gran crecimiento de la esperanza de vida, hay un fuerte aumento de personas mayores. Esto sin duda hace que cambie el mapa social, económico, asistencial y por qué no, podría también ser en lo político. Y este cambio se está produciendo con mucha rapidez, en pocos años relativamente. Toda la sociedad tenemos que darnos cuenta de ello, y es evidente que nos falta tomar mucha conciencia de esta nueva situación.

Los criterios de ancianidad no siempre están claros. ¿Dependen de la jubilación laboral? Es evidente que no. Cada vez ésta llega en edades más jóvenes: 65, 60, ya se hable de 55 y menos años. Otra cosa distinta es ¿qué significa e implica a las personas cuando les llega ese momento de cese laboral? Por otro lado, con frecuencia se identifica al anciano con una persona enferma, lo cual tampoco es real.

Sea como fuere es evidente que nuestra sociedad vive unas fuertes lagunas en el conocimiento, la acogida y la atención a las personas ancianas, que hoy supongo tendremos la oportunidad de reflexionar y conocer con más profundidad.

La persona anciana en sí misma vive una etapa muy importante de su vida, que normalmente coincide con su

* Año 1997.

jubilación laboral, que está quizás más predispuesta a vivir dificultades en su salud —sin que ello suponga efectivamente estar enfermo—, y que tiene por delante una vida, que durará lo que dure, para seguir creciendo como persona, para hacer cosas que en otra época no pudo, para aportar su experiencia y sabiduría a los demás y en definitiva para culminar con plenitud su vida, rodeado de los suyos, dando gracias a Dios, si es creyente, por el regalo de la vida y su contenido, o incluso sufriendo con el mismo Dios, las situaciones y sufrimientos si los hubiere.

Desgraciadamente, no siempre esto es así. Es necesario hacer un gran esfuerzo por ayudar a nuestros

viajero próximo de un futuro que no se valora, se teme o no se cree.

Ante esta realidad, nuestra sociedad y nuestra cultura tiene hoy el reto de ayudar y atender dignamente la vida, máxime cuando está limitada por la enfermedad, de las personas ancianas, que viven una etapa trascendental de su existencia. Es cierto que se hacen esfuerzos en la medicina y en diversas instituciones públicas y privadas por ello, que sin embargo son claramente insuficientes.

Con frecuencia todo el peso recae en las familias, que sin embargo, encuentran dificultades para ofrecer con dignidad muchas veces los cuidados elementales y el espacio de afecto y dignidad que le evita el de-

su atención y por supuesto menos recursos.

Dentro del Día del Enfermo de este año¹, la Iglesia quiere hacer una llamada a la sociedad y a ella misma, a tomar conciencia de esta situación, a reflexionar sobre ella y a proponer nuevas actitudes ante estas personas a la vez que solicitar mejores condiciones y recursos para su digna atención y cuidado. Desea también agradecer a todas las familias, profesionales e instituciones que trabajan en favor de los ancianos enfermos, y sobre todo quiere lanzar un mensaje de esperanza para los propios ancianos y ancianos enfermos con el fin de ayudarles a asumir y vivir con plenitud esta etapa tan importante de su vida.

Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental es una institución de la Orden Hospitalaria, y por tanto de la Iglesia. Por ello se suma a esta apuesta de la Iglesia, especialmente en el difícil campo de la salud mental. Creo que la labor que la Iglesia, la Orden y en concreto este Centro realizan en el campo de la psicogeriatría es tradicionalmente considerable. Sin embargo, es necesario empeñarnos por mejorar cada día, descubriendo cómo acoger, ayudar y atender mejor a estas personas en colaboración con las familias y con otras instituciones públicas y privadas.

Esta jornada de hoy es una pequeña y sencilla aportación más, que deseo sea muy provechosa para todos. Valorar al hombre en todas sus dimensiones es fundamental para una adecuada atención, con la particularidad de que son personas ancianas. Esto hace que existan muchos detalles a tener en cuenta en lo

1. El pasado año, el Día del Enfermo se dedicó a *Los ancianos enfermos*.

Nuestra sociedad vive unas fuertes lagunas en el conocimiento, la acogida y la atención a las personas ancianas

mayores a asumir y vivir los últimos tramos de su vida desde esta perspectiva. Y eso nos exige en primer lugar cambiar los esquemas a los demás, superando las ideas de que los ancianos ya no sirven, no producen, sólo gastan y por ello no es necesario ni rentable prestarles demasiada atención.

Si es así con los ancianos sanos, la realidad es mucho más dura con los que sufren la enfermedad. Los ancianos cuando están enfermos también sufren. Viven con miedos y angustias su realidad como el resto de las personas, en ocasiones no saben cómo afrontar su situación y con frecuencia se encuentran solos y desprotegidos hasta por sus propios familiares.

La cultura actual no favorece una justa valoración del anciano y menos cuando está enfermo. Él es memoria de la precariedad y de la provisionalidad de la existencia, símbolo del pasado que ya no cuenta, improductivo en el presente y

sarraigo de la institucionalización. Sobre ella pesan, a veces de forma insostenible, la falta de instituciones, la imposibilidad de una adecuada atención en el propio domicilio y la marginación ambiental. En otros casos, lamentablemente, la misma familia se desentiende afectiva y efectivamente del anciano enfermo.

Todo esto se agrava, si hablamos de ancianos afectados en su salud mental, y que específicamente es el tema que hoy nos ocupa, lo cual dificulta mucho más la convivencia familiar y para los cuales existen menos instituciones adecuadas para

Es necesario hacer un gran esfuerzo por ayudar a nuestros mayores a asumir y vivir los últimos tramos de su vida

asistencial, en lo funcional, en lo estructural, en lo psicosocial y en lo espiritual.

Sé que no es fácil, pero hemos de hacerlo. Trabajar en equipo, de forma interdisciplinar favorecerá mucho la atención de estas personas, dando calor, ternura y afecto, además de todos los demás cuidados. En este sentido creo que la atención espiritual ocupa en esta etapa de la vida un papel muy importante, si bien todos los gestos y

**Valorar al hombre
en todas sus dimensiones
es fundamental
para una adecuada atención**

atenciones que se les hacen son expresión de las atenciones y dedicación que Jesucristo tuvo con los enfermos.

Termino agradeciendo a los organizadores esta Jornada y reitero mi deseo de que sea de mucho provecho para todos. Gracias.

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

La demencia en el anciano: de la sospecha al diagnóstico

JOAN BERTRAN

Servicio de Medicina Interna.
Hospital San Rafael. Barcelona

Los problemas derivados al diagnóstico de demencia no son exclusivos de la edad avanzada, pero en el anciano representan un problema específico y distinto de las otras edades. En este artículo se destaca la complejidad pero también la necesaria corrección en el diagnóstico para conseguir después una correcta atención sanitaria, social y personal del anciano.

INTRODUCCIÓN

Estudiamos primero algunos aspectos relacionados con la ancianidad. Una gran mayoría de personas, sean ancianas o no, piensan en la infelicidad que supone el proceso de envejecimiento y la vejez misma. Por ejemplo, Cicerón (siglo I a. de C.) describe la vejez de la siguiente forma: «Aparta de las actividades de la vida diaria, disminuye la fortaleza física, priva de los placeres y, en especial, acerca a la muerte». Si analizamos el contenido, vemos que algunas de las afirmaciones de Cicerón corresponden, no a la vejez propiamente dicha, sino a la situación de demencia en la ancianidad. Por ejemplo, el sentirse apartado de las actividades no es propio tan sólo del anciano, sino relacionado con alguien que sufre un proceso de enfermedad mental. La privación de los placeres también podríamos considerarla como derivada de estar apartado y al no poder valorar, al sentirse desconectado de la propia vida, de las vivencias y de los demás.

No comentaremos la disminución de la fuerza física, porque sí forma parte de la vejez, pero se puede ayudar en ese proceso y no comentaremos tampoco el hecho de que la vejez acerca a la muerte. Esta cercanía de la muerte sólo puede constatarse en distintas situaciones. El anciano elaborará el proceso de duelo.

Conviene revisar ahora el concepto de demencia a través de la historia. El primer texto escrito que incluye por primera vez la palabra demencia se remonta al año 1800, cuando el cirujano francés Pinel habla de la enajenación mental, considerándola «una desviación mórbida del pensamiento», describiendo cuadros de manía y de melancolía, es decir, la psicosis maníaco-depresiva. Relata el proceso de abolición del pensamiento organizado y lo nombra como demencia o idiotismo.

Pocos años después, en 1814, Esquirol escribe textualmente: «El demente se ve privado de capacidades. Es un rico que se ha vuelto pobre. El idiota siempre vivió en el infortunio y la miseria».

Por tanto, Pinel «Ortografía» considera que existe pensamiento, pero se ha perdido su organización y equipara el demente al idiota. Esquirol establece que el demente ha perdido algunas capacidades que tenía previamente. En cambio, el idiota es aquel que nace privado de ciertas capacidades mentales y, no dispuso nunca de un pensamiento organizado.

LA ANCIANIDAD

Estudiamos la información recogida en el *Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población en España*, de 1996, que recoge datos referentes a la ancianidad, al envejecimiento y a la valoración social del anciano y de su entorno.

Un primer aspecto a considerar es la evolución de la población española respecto al porcentaje de ancianos que la integran. Esta proporción es creciente y se debe a la mejora de la calidad de vida y de la asistencia sanitaria, que supone una mayor supervivencia.

Destaca el amplio incremento experimentado en los años 50, 60 y 70 en la población española, que coincide con el desarrollo de la asistencia sanitaria en España y el aumento de la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Partiendo del año 1950, con una población de casi 28 millones de habitantes, el 7,2 % eran ancianos de más de 65 años. En el año 80, la población era de 37.600.000 habitantes, con un 11,2 % de la población de más de 65 años. Sólo en 20 años más, la proyección estadística para el año 2001 sitúa a la población española en cerca de 41 millones de habitantes, pero con el 15 % de población anciana. Esto significa un importante incremento del número de ancianos y señala la necesidad de servicios y recursos disponibles para su atención.

Veamos cómo se le llama al anciano: en la misma fuente se discute cuál es el calificativo más apropiado para referirse a los mayores de más de 65 años. El 50 % de toda la población considera que el calificativo más adecuado es mayores; el 20 %, tercera edad; un 18 %, ancianos, y el 7 %, considera que es mejor llamarles viejos; mientras, un 4 % se reserva para otros nombres todos cariñosos, relacionados con los ancianos.

Otro aspecto social a valorar es el momento en que la sociedad considera a una persona mayor, que significa incluirle en la ancianidad.

En el envejecimiento psicológico se constata la disminución de percepción de los hechos y de los conceptos

Un 20 % de la población considera que se es mayor a partir de los 71 a los 75 años, un 17 % considera que se es mayor entre los 66 y los 70 años de edad, mientras que un 12 % de la población considera que se es mayor entre los 61 y los 65 años de edad. Sin embargo, una parte significativa de la muestra estudiada, superior al 25 %, considera que el ser anciano no depende de la edad, es decir, valora que se es mayor cuando se cumplen una serie de requisitos, principalmente, de actitud y de comportamiento, sin relacionarlos con la edad más o menos avanzada. Seguramente la mayoría de la población piensa que el anciano lo es de espíritu.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento psicológico ha sido el objetivo de numerosos autores a lo largo del tiempo. El estudio de los doctores Bermejo y Del Ser demuestra la evolución de algunas de las funciones neuropsicológicas durante el envejecimiento. Estos autores consideran que la personalidad no se modifica sustancialmente. Para ellos la inteligencia cristalizada, o procesos de elaboración inteligente establecidos, no se modifica, la inteligencia fluida disminuye, es decir, se reduce la plasticidad para aprender nuevas técnicas y nuevos procesos de razonamiento inteligente. En cuanto a la memoria, la primaria y de evocación, la de los recuerdos pasados, no se modifica; mientras, la memoria sensorial, que sería la visual, auditiva, etc. y, sobre todo, la de fijación, que corresponde a la memoria inmediata, sí que disminuyen realmente. En el enve-

jecimiento psicológico se constata la disminución de percepción de los hechos y de los conceptos. Además, se enlentece el tiempo de reacción.

Por una parte, aparece un severo deterioro que condiciona la personalidad del anciano de una forma especial. Por otra, la estimulación favorece que no se deterioren los procesos cognitivos, y la cercanía de la muerte marca la actitud y el planteamiento vital del anciano. Estos tres aspectos modifican y modelan la personalidad del anciano, haciendo especialmente interesante su estudio.

Los procesos fisiológicos del envejecimiento provocan cambios en el funcionamiento del organismo y cuando estos cambios afectan al cerebro generan cambios neuropsicológicos que provocarán las manifestaciones clínicas de demencia. El deterioro fisiológico se produce por factores externos o internos aunque suelen sumarse ambos.

Entre los factores externos al individuo destacamos los cambios climáticos, en especial en los climas muy fríos o muy calurosos, que causan cambios en la termorregulación. No hay que olvidar ciertos tóxicos como el alcohol, el tabaco y los fármacos, que influirán sobre el funcionamiento hepático y pulmonar, así como sobre el tubo digestivo, etc. Otro factor exógeno son las radiaciones, ya sean las que recibimos con interés biomédico o la llamada radiación cósmica, de gran actualidad. Interesa comentar el detrimento psicológico y la importancia de las situaciones de estrés.

Entre los factores endógenos o internos podemos destacar todas las alteraciones en los distintos neurotransmisores y los cambios anatómicos, macroscópicos y microscópicos.

Entre los aspectos macroscópicos, encontramos la dilatación de los ventrículos cerebrales, la atrofia de las circunvoluciones cerebrales y la presencia de zonas de reblandecimiento de origen vascular: los infartos cerebrales. Todos ellos influyen en el proceso de envejecimiento cerebral y en la pérdida de las funciones neuropsicológicas.

Del estudio al microscopio tiene interés señalar las distintas lesiones: las placas seniles, los cuerpos de Hirano. Algunos procesos biológicos se pueden observar al microscopio, como las degeneraciones neuronales, la degeneración neurofibrilar y la degeneración granulo-vascular.

Estos aspectos microscópicos sólo tienen relevancia por cuanto suelen acompañar alguno de los diagnósticos de demencia si ha sido posible realizar la biopsia cerebral o la autopsia, una vez ha fallecido el paciente.

Nos ocupamos ahora del deterioro neuropsicológico del anciano:

- a) Observamos una motricidad disminuida, es decir, el anciano se mueve mucho menos, apareciendo el retraimiento social, accidentes y caídas, que pueden dar origen a grandes invalideces.
- b) El lenguaje se encuentra muy reducido. Se contempla un uso de conceptos mucho más restringido, disminuye de manera respetable el número de palabras en uso y pierde la riqueza y la elasticidad en la construcción sintáctica.
- c) Grave alteración de la memoria, particularmente en la fijación, para recordar acontecimientos y situaciones recientes; se ocupa su espacio por la memoria de evocación de situaciones y de recuerdos muy antiguos, que suelen resultar incoherentes con el entorno actual.
- d) Se observan numerosos cambios en el sueño, con disminución del número total de horas de sueño, aumento del número y de la calidad de la vigilia, etc. Son pacientes que duermen menos, porque despiertan a menudo y casi por completo. Por ello, disminuye la duración de las

fases llamadas de sueño REM, que corresponde al sueño más profundo o reparador, que proporciona la sensación de descanso después del sueño nocturno. Por tanto, esta reducción de las horas de sueño y el empeoramiento de su calidad, da lugar a la somnolencia diurna y escasa capacidad de respuesta.

- e) Aparecen disfunciones sensoriales, entre ellas, las auditivas. Consisten en la pérdida de audición y su calidad, provocando reacciones paranoides, con agresividad hacia la familia y hacia el entorno por sospecha de autorreferencia. Otra disfunción sensorial es la visual, con dificultad para conseguir una buena visión cercana, que suele impedirles la lectura, y disminuir su interés por el entorno, la información, etc. Pueden llegar a aislarse para no manifestar sus dificultades visuales.

Debemos mencionar la disminución de los sentidos del gusto y del olfato, con peligro de utilizar productos tóxicos, como por ejemplo: la lejía, detergentes, etc.; y porque provocan la pérdida del hedonismo, ya que no pueden degustar platos cocinados, oler ciertas colonias y perfumes, etc.

Hay también pérdida significativa del tacto, en relación con otras enfermedades como la diabetes. También se altera la sensación cinestésica, con mayor sensibilidad para marearse en los trayectos en coche o en cualquier otro medio de transporte.

Otras disfunciones sensoriales valorables consisten en la disminución de la capacidad de discriminar el dolor. El paciente no puede captar más que un dolor muy intenso, y le puede ser bastante difícil describir su ubicación, pudiendo generar falsos diagnósticos e incluso incredulidad por parte del facultativo.

Destacamos el área psicosocial, donde se producen otros fenómenos. Hay un cambio en la forma de vida, y en la organización de los horarios y un cambio de rol social. El anciano que se jubila pasa de ser el cabeza de familia a la clase pasiva. Es una de las causas de los estados amotivacionales que vemos en los ancianos.

Se produce también la marginación social por cuestiones económicas, por imposibilidad de movilización o de utilizar el transporte público. La automarginación se genera por cansancio, por dificultad de aceptación de la nueva autoimagen, etc.

Además, hay autores que consideran se producen otras incidencias destacables, como por ejemplo, la disminución de la imaginación, la menor capacidad para tareas nuevas, una menor actividad sexual...

En este punto debemos señalar la importancia de la atención integral al proceso de envejecimiento. Debe existir un área sanitaria y un área social que actúen sobre el anciano para favorecer su acceso a la rehabilitación de las capacidades perdidas. Debe facilitarse la prevención primaria de las enfermedades que puedan afectar al anciano y debe evitarse su marginación para conseguir una auténtica calidad de vida.

LA DEMENCIA

Motivo de consulta

La consulta suele ser solicitada ocasionalmente por parte del paciente, pero en la mayoría de los casos ha sido sugerida y obligada por parte de los familiares, convivientes o no con el paciente. Entre los distintos motivos de consulta encontramos los trastornos del comportamiento, que suelen ser casi siempre detectados por el entorno del paciente.

También las dificultades de memoria y sus múltiples manifestaciones desencadenan la consulta, ya sea por parte del propio paciente, que le parece notar fallos, ya sea por los familiares, que se quejan de los trastornos que ello comporta.

Otras veces, el motivo de consulta es la aparición de un estado depresivo con entrecimiento de las funciones superiores y de las actividades de la vida diaria; éste suele ser un motivo propiciado por la fa-

milia. También es motivo de consulta, la aparición de una afectación neurológica.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse entre cuatro entidades clínicas: el olvido benigno de la vejez, el síndrome confusional agudo, la demencia propiamente dicha y la pseudodemencia.

Cualquiera de estos cuatro cuadros principales pueden confundirse unos con otros, por presentar algunos signos o algunos síntomas comunes a varios de ellos.

Estudiamos el olvido benigno de la vejez. Consiste en el olvido de diversas actividades y funciones de la vida diaria; el paciente se da perfecta cuenta de lo que le ocurre y, éste es un dato fundamental para su diagnóstico diferencial con la demencia.

Suele ser el propio paciente quien realiza la consulta, con cierta frecuencia ayudado por sus familiares. Este cuadro se conoce en la literatura, preferentemente la anglosajona, por las siglas AAMI (age associated memory impairment) que significa fallo de memoria asociado a la edad. No tiene mayor trascendencia.

La identificación de este diagnóstico nos obliga a tranquilizar al paciente y a sus familiares, explicando se trata de un trastorno sin mayores consecuencias y que puede aliviarse con el uso de una agenda y notas sueltas para recordar lo necesario.

Dentro de este grupo benigno, se incluye el síndrome del atardecer o de la puesta de sol, donde los pacientes, en especial hospitalizados, al atardecer y coincidiendo con menor actividad en el centro hospitalario, y la marcha de las visitas, presentan trastornos confusionales o pseudodepresivos, relacionados con ese horario concreto.

No tiene relación con la demencia, ni otros trastornos más graves de la conducta. Tan sólo permanecer en compañía conocida es suficiente

La cercanía de la muerte marca la actitud y el planteamiento vital del anciano

para que el paciente se reoriente. Es conveniente devolver al anciano a su ambiente habitual para que desaparezca esta desorientación.

El síndrome confusional agudo o delirium, según la clasificación de DSM-IV incluye trastornos parecidos al síndrome de la puesta de sol, pero que duran varios días. Suelen presentarse en forma de agitación, a veces psicomotriz, a veces de agresividad y con la sensación subjetiva de estar perdido. La agresión es su mecanismo de defensa.

Su causa orgánica nos permite predecir su evolución, ya que un tratamiento adecuado del trastorno vegetativo o del trastorno bioquímico, es suficiente para que desaparezca la clínica. Es el trastorno típico que genera cuadros de agitación. El tratamiento, mediante neurolépticos por vía intramuscular, o por vía oral a dosis altas, sólo resuelve parcialmente el conflicto, porque horas después puede aparecer otro cuadro similar. Así, es necesario detectar el trastorno biológico que motiva este síndrome, iniciar un tratamiento sedante suave y programar lo más pronto posible el alta hospitalaria para conseguir la vuelta del paciente a su entorno.

La demencia y la pseudodemencia son el objetivo de los párrafos siguientes.

Semiología

La semiología de la demencia, es decir, los signos y síntomas que la acompañan, es muy amplia y su conocimiento nos permite orientar el diagnóstico. El punto a describir es la evaluación cognitiva, que contempla ocho ítems distintos: lenguaje, memoria de orientación espacial, control de las actividades mentales y actividades prácticas y visuo-espaciales,

reconocimiento de objetos, cálculo, atención y nivel de conciencia.

Todos estos factores requieren una valoración atenta. El primero de ellos lo podemos estimar de una forma más simple, pues es fácil valorar la fluidez y continuidad del lenguaje, así como su significado. La orientación espacial y la memoria tienen una cierta dificultad en su exploración. El comportamiento y el control de las actividades mentales son bastante evidentes. Las actividades prácticas y visuo-espaciales exigen una exploración más compleja. El reconocimiento de objetos se basa en la vista, el tacto, y el tacto a ciegas. En cuanto al cálculo, es necesario evaluar bien el tipo de cálculo, tener en cuenta la escolarización previa y la práctica posterior. La atención y la conciencia son fáciles de estimar también.

Entre otros signos psicológicos de demencia cuenta el equilibrio psíquico, basado en la evaluación de la afectividad, la organización de la personalidad y del carácter, los contenidos del pensamiento y las conductas fundamentales de comportamiento.

En la afectividad es necesario valorar el grado de ansiedad y/o depresión que presenta el paciente, los cambios de carácter, especialmente los más notorios o aquellos incongruentes con su historia vital. La presentación de los contenidos del pensamiento y la presencia de alucinaciones visuales, auditivas, o ambas, y el mantenimiento de las conductas fundamentales: el autocuidado, la autoestima, la atención a las necesidades básicas, etc.; son otros aspectos a tener en cuenta.

La principal valoración es la evolución en el tiempo de las afectaciones psicológicas y neurológicas que aparezcan. La encuesta familiar

aporta detalles primordiales sobre la conducta y síntomas del paciente.

Es necesaria la valoración objetiva del paciente anciano. Disponemos de varios tests que nos ayudan en la evaluación cognitiva y del equilibrio psíquico, así como su evolución en el tiempo.

Para la valoración cognitiva contamos con diversos test mentales, siendo el más usado el MMSE: Mini-Mental State Examination de Folstein, (Mini-Examen Cognitivo) validado en España en 1976 por Lobo y colaboradores, que nos permite detectar de una forma amplia, aunque poco específica, el trastorno cognitivo.

En la demencia ya instaurada es más útil el estudio de su evolución mediante la aplicación de la escala GDS: Global Deterioration Scale (Escala de Deterioro Global) de Reisberg, descrita en 1983, que valora el deterioro de la persona y de las actividades de la vida diaria. Nos permite predecir el pronóstico en la demencia tipo Alzheimer.

Otras escalas utilizadas son la de Hamilton o la de Zung para el estudio de la ansiedad y depresión. Ambos factores modifican la evolución de la demencia. Nos permiten detectar los estados emocionales anómalos que enmascaran o complican la evolución de la demencia y su diagnóstico.

Es necesaria alguna apreciación de las actividades de la vida diaria, a través de la escala de Barthel o la escala de Katz que nos permiten valorar el grado de anatomía y la necesidad de cuidados.

Sin embargo, el instrumento fundamental en el diagnóstico de demencia es el uso del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido ampliamente por DSM-IV, publicado y desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría, siendo aceptado posteriormente por la OMS para incluirlo en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión. Este manual define los criterios básicos para definir una demencia.

Estos criterios diagnósticos se basan en la presencia de múltiples déficit cognitivos, pérdida de memoria, menor dificultad para el aprendizaje, mayor dificultad para el recuerdo, alteraciones en la expresión, en el desarrollo de tareas manipulativas, en el reconocimiento de personas y objetos y se altera la ejecución de maniobras sencillas. Junto a ello, hay un deterioro significativo de la actividad laboral o social respecto a la que se realizaba previamente.

El inicio siempre es gradual, la pérdida continua y los déficit no aparecen sólo en la fase de delirio, sino que permanecen a pesar de que el paciente no esté en una fase reconocida como delirium.

Una de las condiciones es la ausencia de explicación psiquiátrica, sin antecedentes de psicosis, trastornos afectivos ni otras alteraciones psíquicas conocidas.

Entre las causas neurológicas de la demencia hallamos la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson y la corea de Huntington. Además, el hematoma subdural crónico, la hidrocefalia normotensiva y el tumor cerebral, son causas con origen en el cerebro. La enfermedad de Alzheimer, cuya etiología no conocemos, produce una grave afectación neurológica y es la causa más frecuente.

Entre las causas generales de demencia, sin afectación directa cerebral o neurológica, sino de otros sistemas o aparatos del organismo, encontramos el hipotiroidismo, el déficit de ácido fólico, de vitamina B₁₂ y otras vitaminas, la hipercalcemia, la infección sifilítica tardía y el virus de inmunodeficiencia humana.

El abuso de diversas sustancias psicotrópicas puede dar como resultado final también el desarrollo de una demencia.

El abanico de causas de demencia es muy amplio, pero es recomendable llegar a un diagnóstico. Aunque conocemos la mayoría de las causas de demencia, sabemos de su sintomatología, su desarrollo

y evolución posterior, es necesario estudiar los cerebros de los pacientes que fallecen con el diagnóstico de demencia, para hallar la referencia clínica.

DELIRIUM

El delirium es uno de los cuadros más frecuentes en la clínica diaria, en especial en pacientes hospitalizados. Es el cuadro que con mayor frecuencia se confunde con las manifestaciones de demencia. El delirium según los criterios establecidos por el DSM-IV, es la alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio en las funciones cognitivas, que no se explica por el desarrollo de una demencia.

Entre los criterios definitorios del delirium se halla la alteración de conciencia con problemas de atención, el cambio cognitivo o tan sólo una alteración perceptiva.

Su duración puede ser de horas o días, con fluctuaciones incluso durante el día. El punto álgido es demostrar la relación causa-efecto entre la enfermedad biológica básica y/o el consumo o abstinencia de una determinada droga. El tratamiento del delirium es el tratamiento de la enfermedad que ha dado lugar a su aparición.

PSEUDODEMENCIA

La pseudodemencia es un trastorno importante, porque presenta alguno de los síntomas o signos exploratorios de la demencia. La gran diferencia estriba en la posibilidad de tratamiento, en el caso de la pseudodemencia.

Para su descripción nos interesan los criterios de Wells: Respecto al curso clínico, en la pseudodemencia puede señalarse un inicio preciso, su progresión es rápida, la familia es consciente de su severidad y suelen describirse antecedentes de enfermedad psiquiátrica en el paciente afectado.

Cabe señalar la importancia de la atención integral al proceso de envejecimiento

Por el contrario, en la demencia el inicio siempre es insidioso y nunca puede precisarse con seguridad; la evolución suele ser lenta, hay poca conciencia de enfermedad por parte de todos y no suele haber una historia psiquiátrica previa.

Entre los hallazgos clínicos, el paciente suele quejarse de su deterioro y suele ser muy consciente de él. No suele empeorar por las noches. En cambio en la demencia, el paciente raramente se queja de sus pérdidas y de su deterioro evolutivo, siendo muchas veces indiferente a él y acostumbra a empeorar por las noches.

Entre los hallazgos cognitivos, el paciente con pseudodemencia suele dar respuestas habituales *no sé*, con afectación de la memoria reciente pero también de la lejana y con variabilidad en la respuesta ante tareas de similar dificultad.

El anciano demente se esfuerza en dar una respuesta, aunque no lo consiga, tiene más afectada la memoria reciente y mantiene la posibilidad de recordar hechos de su pasado. La respuesta a tareas de complejidad parecida es mucho más homogénea que la del pseudo demente.

El tratamiento de la pseudodemencia es el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica de base que ha dado lugar al cuadro.

FAILURE TO THRIVE

Éste es un síndrome que aparece en la literatura médica mundial, referido a los ancianos. Se había descrito en niños y adolescentes internados en cuidados intensivos, y se definía como la imposibilidad de progreso, de mejoría.

El anciano con *failure to thrive* se describe como el individuo con una

pérdida gradual de la función física o cognitiva asociada a pérdida de peso, pérdida de apetito y abandono de las actividades sociales. Incluye la tendencia al aislamiento y a la depresión observada en ancianos, más frecuentemente cuando están enfermos.

Se describen como predisponentes de esta situación clínica, el envejecimiento y la malnutrición. Como factores desencadenantes encontramos enfermedades comunes: gripe, un cuadro catarral, etc. También la diabetes, las alteraciones del tiroides, una demencia o un cuadro de delirium, el alcoholismo, algunos fármacos, las dificultades para la deglución, los cuadros depresivos y el aislamiento social. Las causas de origen social tienen especial relevancia. En resumen, se refiere a la imposibilidad de adaptarse a la nueva situación que vive el anciano.

Creemos que es interesante esbozar la posibilidad de considerar *failure to thrive* como manifestación cognitiva que pueda confundirse con el diagnóstico de demencia.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Quisiéramos destacar el sustancial papel que puede jugar un buen diagnóstico de demencia, con la discriminación, mediante el diagnóstico diferencial, de los demás cuadros asociados, resaltando la necesaria rigurosidad de los criterios diagnósticos, para poder establecer el pronóstico y el tratamiento posterior.

BIBLIOGRAFÍA

ACANFORA, D., BOLLELLA, O. F., CERIello, A., CIABURRI, F., LANZI-

LLO, T., PAPA, A., RENGO, F., SCOGNAMIGLIO, P. y TROJANO, L.: *Congestive heart failure and cognitive impairment in the elderly*. 1995; 20: 63-8.

AMADUCCI, L., BRAYNE, C., BROE, T., BURNS, A., CLARK, S., COPELAND, J., DICKENS, B., EASTWOOD, R., EVANS, I., GOATE, A., HACHINSKI, V., HENDERSON, S., HORTON, R., JOLLES, J., MORRIS, J., RITCHIE, K., ROSES, A., ROSSOR, M., SCHELLENBERG, G., SHARP, D., SKOOG, I., STORANDT, M., TALLIS, R., WHITEHOUSE, P.: *The challenge of the dementias*. *Lancet*, 1996; 347: 1303-7.

ANCOLI-ISRAEL, S., GEVIRTZ, R., LOVELL, B. B.: *Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects*. *Psychiatry Res.*, 1995; 57: 7-12.

BARKLEY, C., BRAYNE, C., GEHLHAAR, E., GILL, C., GIRLING, D. M., HUPPERT, F. A., O'CONNOR, D. W. y PAYKEL, E. S.: *Incidence of clinically diagnosed subtypes of dementia in an elderly population. Cambridge project for later life*. *Br. J. Psychiatry*, 1995; 167: 255-62.

BJERTNESS, E., CANDY, J. M., EDWARDS, J. A., INCE, P. G., MCARTHUR, F. K. y TORVIK, A.: *Neuropathological diagnoses in elderly patients in Oslo: Alzheimer's disease, Lewy body disease, vascular lesions*. 1995; 6: 162-68.

BRAYNE, C., CHI, L. Y., HARRINGTON, C. R., HUPPERT, F. A., O'CONNOR, D. W., PAYKEL, E. S., WISCHIK, C. M. y XUEREB, J. H.: *Apolipoprotein E genotype in the prediction of cognitive decline and dementia in a prospectively studied elderly population*. *Dementia*, 1996; 7: 169-74.

BENNETT, H., FRASER, G. E. y SINGH, P. N.: *Variables associated with cognitive function in elderly California Seventh-day Adventists*. *Am. J. Epidemiol.*, 1996; 143: 1181-90.

BERKMAN, L. F., KASL, S. V. y MORITZ, D. J.: *Cognitive functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample*. *Am. J. Epidemiol.*, 1995; 141: 41-9.

BONAIUTO, S., GALLUZZO, L., GIANANDREA, E., MELE, M.: *Survival and dementia: A 7-year follow-up of an Italian elderly population*. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 1995; 20: 105-13.

BUTTERS, N., ERNESTO, C., GALASKO, D.,

- PEAVY, G. M., SALMON, D. P., SAMUEL, W., TAYLOR, K. I. y THAL, L.: *Neuropsychological assessment of severely demented elderly. - The severe cognitive impairment profile.* Arch. Neurol., 1996; 53: 367-72.
- CALLAHAN, C. M., HENDRIE, H. C. y TIERNEY, W. M.: *Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients.* Ann. Intern. Med., 1995; 122: 422-29.
- CARDINALI, L., CECCHETTI, R., PALUMBO, B., PARNETTI, L., REBOLDI, G., SANTEUSANIO, F. y SENIN, U.: *Dexamethasone suppression test in elderly patients with dementia of Alzheimer type, vascular dementia and stroke: a re-evaluation of its applicability.* Arch. Gerontol. Geriatr., 1995; 21: 205-14.
- CARNAZZO, G., CORRAO, G., MAUGERI, D., MOTTA, M., RESTUCCIA, S., SEMINARA, G. y SORACE, S.: *Cognitive impairment in the elderly diabetics.* Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl., 1996; 5: 43-6.
- CLEMENT, L., CONGDON, N., FRIEDMAN, D., HUMPHREY, J., NATADISASTRA, G., SEVERNS, M., SOMMER, A. y WU, L.-S.-F.: *Pupillary and visual thresholds in young children as an index of population vitamin A status.* Am. J. Clin. Nutr., 1995; 61: 1076-82.
- COCKING, S., FOY, A., HALLIDAY, J., HENRY, D., KELLY, J. y O'CONNELL, D.: *Benzodiazepine use as a cause of cognitive impairment in elderly hospital inpatients.* J. Gerontol., 1985; 50A: M99-M106.
- COMMENGES, D., DARTIGUES, J. F., JACQMIN-GADDA, H. y LETENNEUR, L.: *Silica and aluminium in drinking water and cognitive impairment in the elderly.* Epidemiology, 1996; 7: 281-5.
- COOPER, C., GALE, C. R. y MARTYN, C. N.: *Cognitive impairment and mortality in a cohort of elderly people.* BMJ, 1996; 312:608-11.
- CRAIG, A., CUMMINGS, J. L., FAIRBANKS, L. A., LEVY, M. L. y MILLER, B. L.: *Alzheimer disease and frontotemporal dementias. - Behavioral distinctions.* Arch. Neurol., 1996; 53: 687-90.
- CHOU, P., FUH, J. L., LARSON, E. B., KUO, B. I., LIN, K. N., LIU, C. Y., LIU, H. C., TENG, E. L. y WANG, S. J.: *The informat questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQ-CODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population.* 1995; 45: 92-6.
- DOBKOWSKI, W., ELIASZIW, M., GANAPATHY, S., HERRICK, I. A., KIRKBY, J., KOMAR, W. y MOOTE, C. A.: *Postoperative cognitive impairment in the elderly-Choice of patient-controlled analgesia opioid.* Anaesthesia, 1996; 51: 356-60.
- EBLY, E. M., HOGAN, D. B. y PARHAD, I. M.: *Cognitive impairment in the nondemented elderly: Results from the Canadian Study of Health and Aging.* Arch. Neurol., 1995; 52: 612-9.
- EDITORIAL: *Dealing with deception.* Lancet, 1996; 347: 843.
- ERICSSON, K., FORSELL, L. G., HOLMÉN, K., VIITANEN, M. y WINBLAD, B.: *Copying and handwriting ability in the screening of cognitive dysfunction in old age.* Arch. Gerontol. Geriatr., 1996; 22: 103-21.
- FABBO, A. y VALENTI, G.: *Subclinical hypothyroidism in the elderly.* Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl., 1996; 5: 585-92.
- FERRIER, C., PATEL, S. y PLASKOW, J.: *Effect of systemic ingestion of vitamin and trace element dietary supplements on the stability of the precorneal tear film in normal subjects.* Adv. Exp. Med. Biol., 1994; 350: 285-8.
- FIELD, T. S., GLYNN, R. J., HENNEKENS, C. H., STÜRMER, T. y TAYLOR, J. O.: *Aspirin use and cognitive function in the elderly.* Am. J. Epidemiol., 1996; 143: 683-91.
- FOSTER, R. G. y PROVENCIO, I.: *Circadian rhythms in mice can be regulated by photoreceptors with cone-like characteristics.* Brain Res., 1995; 694: 183-90.
- GAO, C. L. y KATZ, M. L.: *Vitamin A incorporation into lipofuscin-like inclusions in the retinal pigment epithelium.* Mech. Ageing Dev., 1995; 84: 29-38.
- GOTTFRIES, C.-G.: *Clinical classification of dementias.* Arch. Gerontol. Geriatr., 1995; 21: 1-11.
- HEROD, B., MEYER, J. S., MORTEL, K. F. y THORNBURY, J.: *Education and occupation as risk factors for dementias of the Alzheimer and ischemic vascular types.* Dementia, 1995; 6: 55-62.
- HOHSHAKY, Y., MIYAGI, K., SAKURAI, I. y SATOH, T.: *Walking exercise and improved neuropsychological functioning in elderly patients with cardiac disease.* J. Intern. Med., 1995; 238: 423-8.
- HUSSAIN, A., KVALE, G. y ODLAND, M.: *Diagnosis of night blindness and serum vitamin A level: A population-based study.* Bull. World Health Organ., 1995; 73: 469-76.
- KANOFSKY, J. D.: *Thiamin status and cognitive impairment in the elderly.* J. Am. Coll. Nutr., 1996; 15: 197-8.
- LACHS, M. S. y SARKISIAN, C. A.: *Failure to thrive in older adults.* Ann. Intern. Med., 1996; 124: 1072-8.
- VERNON, S. A.: *Vitamin A deficiency. Use non-invasive dark adaptometry to screen children and adolescents.* BMJ, 1995; 311: 124.

BancSabadell



La atención pastoral del anciano enfermo psicogeriátrico

JUAN BAUTISTA LLINARES, O.H.

*Equipo de pastoral
de Sant Joan de Déu -
Serveis de Salut Mental (Sant Boi)*

La atención pastoral en psicogeriatría está condicionada a la propia situación somática y psicológica del anciano.

En esta exposición se hace hincapié en esta dimensión trascendente o espiritual, presentando un modelo de atención pastoral dirigida a dos tipos de personas: el anciano que se demencia y el enfermo mental anciano.

Dentro de nuestra filosofía asistencial concebimos que, desde un punto de vista antropológico, toda persona humana posee **cuatro dimensiones** diferenciadas:

- Una **dimensión somática o corporal** como vehículo que nos pone en contacto con el mundo exterior. Óbviamente, no somos y existimos sin cuerpo.
- Una **dimensión psíquica** que constituye todo el mundo del intelecto, de los sentimientos y las emociones.
- Una **dimensión social** constituida por el conjunto de nuestras relaciones interpersonales.
- Una **dimensión espiritual** que ocupa el mundo de los valores trascendentes y a la vez tan íntimos e inmanentes, que forman parte del núcleo de la identidad de la persona. La *religión* supone esta misma dimensión, pero canalizada, expresada y vivida en el sí de una religión concreta (cristiana, budista, mahometana...).

Las cuatro dimensiones son necesarias y esenciales en la persona. Están interrelacionadas hasta el punto que cualquier disfunción que se produzca en alguna parte de ellas, a la hora de plantearnos la asistencia desde una concepción integral de la misma, deben estar todas ellas contempladas y asistidas.

El proceso de envejecer y enfermar constituye una situación crítica para el equilibrio existencial del ser humano.

Por ello, la atención pastoral debe de poseer una *sensibilidad especial para la situación específica del anciano psicogeriátrico*. Debemos de tener en cuenta que el anciano ha vivido y se ha formado en una etapa histórica donde la religión estaba a la orden del día, podríamos decir en una época de *cristiandad*, y en un *tipo de religiosidad concreta que debemos de procurar respetar* en la medida de lo posible.

El anciano ha sufrido o sufre una serie de pérdidas o cambios en todas sus dimensiones antropológicas, que hemos citado anteriormente: deterioro corporal, reducción significativa de sus relaciones interpersonales, cambios cerebrales, etc.; por ello, no forcemos también el privarles de su espiritualidad, negándoles o no facilitándoles medios para poder expresarla.

Toda persona posee cuatro dimensiones necesarias y esenciales: corporal, psíquica, social y espiritual

En todo caso, la atención pastoral no debe limitarse a la sacramentalización, sino ampliarse a un ámbito grupal y a una relación de ayuda personal al enfermo psicogeriatrico.

En primer lugar, me parece que debemos de tener presente una serie de factores que nos pueden ayudar a favorecer la comunicación con el enfermo psicogeriatrico:

- Que la aproximación sea amistosa y siempre de frente; evitando lateralidades.
- Identificarse cuando nos acercamos dándole la mano como señal de amistad.
- Que el trato sea lo más natural posible.
- Hay que procurar estimular su atención y la memoria, así como la orientación.
- Infundirle ánimo frecuentemente dándole sensación de seguridad.
- Tratar de evitar ruidos ambientales.
- Las conversaciones deben de ser sencillas con preguntas cortas.
- Asegurarse siempre que ha comprendido el mensaje que le queremos transmitir.
- Saber escuchar dando tiempo a la respuesta, no presentando ansiedad por ella.

Por supuesto para ejercer la atención pastoral es necesario intentar adquirir y ejercitar una serie de actitudes y cualidades propias de los agentes de pastoral en psicogeriatrica, no es que debamos de ser perfectos... pero a ello hay que tender:

1. Actitud de escucha: Una escucha activa, saber descubrir lo que hay detrás de las palabras y de los gestos.

2. Capacidad de observación: Permite conocer con más realismo la situación del paciente, de su familia, sus necesidades, la realidad social que le envuelve.

3. Temperamento equilibrado: Serenidad emocional, es decir, equilibrio interior y dominio de sus sentimientos y emociones personales. Así evitará que el enfermo psicogeriatrico le envuelva en sus problemas.

4. Sensibilidad: Esta cualidad ayudará a establecer una relación empática con los pacientes psicogeriatricos (el ponerse en lugar del otro), con sus familiares, con los sanitarios, con la sociedad.

5. Amabilidad: Respeto ante la forma de ser, pensar y hacer del paciente. Si es así, ellos, los familiares, los sanitarios, el resto de compañeros de trabajo se sentirán a gusto.

6. Sentido común: Flexibilidad al tiempo que firmeza. Iniciativa. Espíritu de servicio y entrega. Acogedor. Humilde. Constante. Puntual. Sincero. Amable. Discreto. Alegre. Sentido del humor. Dispuesto a aprender y dejarse enseñar. Esperanzado. Emprendedor. Sencillo. Servidor de la verdad y la unidad. Dialogante, experto en humanidad y tolerancia.

7. Espíritu crítico que busca las causas, evalúa la realidad y trata de poner remedios.

8. Persona de fe, vivida y celebrada. Vida de oración. *Ilusionado* por implantar y vivir el Reino de Dios en el mundo de los ancianos psicogeriatricos.

9. Formado: Muy conveniente que tenga o trate de adquirir una formación elemental en psiquiatría, geriatrica, psicopatología, psicología del anciano enfermo. También formación básica cristiana, teológica, bíblica, moral...

10. Persona dada al estudio y a la reflexión para prepararse cada vez mejor al cumplimiento de su misión (*reflexión-acción-reflexión*).

En las actividades pastorales de grupo, hay unos aspectos generales que debemos de tener en cuenta al anunciar el evangelio a pacientes psicogeriatricos:

- Lo ideal sería hacerlo en *grupos reducidos*, teniendo en cuenta el grado de deterioro de los mismos y el tiempo: según el nivel de deterioro, de 20 minutos a tres cuartos de hora. Seguimiento semanal.

- **Crear ambiente.** Una ubicación que ayude a crear grupo. Cuidar el lugar por medio de decoración para situar el tiempo pastoral, si no hay un lugar especial.

- Practicar una rutina consistente en la *información básica* sobre el día, mes, año, lugar y tiempo pastoral.

- Los ancianos con confusión tienen una atención corta y una memoria limitada. Es necesaria una *estimulación constante* para mantener su interés y cooperación.

- La *repetición constante* es necesaria. Debe ser variada. Ante la problemática del deterioro sensorial, se pueden usar *métodos polisensoriales* (vista, oído...) para

La atención pastoral debe poseer una sensibilidad especial para la situación específica del anciano psicogeriatrico

Debemos favorecer la comunicación con el enfermo psicogeriátrico

reforzar el mensaje, esto supone emplear medios audiovisuales (vídeos, filmas...).

– Es preciso *dirigirse alternativamente al grupo y a cada miembro*.

– El paciente puede estar confuso y solitario, pero no es un niño. Sus conocimientos y *experiencias están enterradas y es preciso restaurarlas*.

– El agente de pastoral debe conocer y *usar el nombre* de los demás. Los pacientes escogidos tienen que ser capaces de hacer un grupo.

– El agente de pastoral necesita usar la imaginación y la iniciativa para *captar e involucrar a los pacientes*.

– Que el paciente perciba en el agente de pastoral, desde el inicio de la sesión al final de la misma, *cercanía* hecha de gestos, incluso contacto físico y una actitud a través de la cual se sienta respetado, querido y valorado.

– Comenzar la nueva sesión recordando o haciendo una *síntesis del día anterior*.

– *Escucharle*: provocar espacios de tiempo para que el paciente anciano formule sus angustias, dudas, esperanzas, temores...

– A la hora de elegir contenidos de las sesiones tener en cuenta las *necesidades espirituales* del paciente anciano:

– Necesidad de ser reconocido como persona.

– Necesidad de encontrar un sentido a la vida.

– Necesidad de respuesta a los interrogantes fundamentales.

– Necesidad de confesar su propia fe y sentirse integrado en el grupo a través de su pertenencia a la misma confesión.

– Necesidad de reconciliación.

– Necesidad de continuidad de un más allá.

– Este punto precisa ser formulado adecuadamente, pues es muy rico. El agente de pastoral procurará extraer de los contenidos religiosos, ideas para *aplicar a la vida y al entorno actual o pasado del paciente*.

– Estar *atento al conocimiento del sentimiento religioso* del paciente psicogeriátrico. Puede ser útil aprenderse oraciones antiguas y rezarlas con ellos, que a los pacientes llegan a serenarles el espíritu.

Y finalmente en un *nivel sacramental* y entre otros sacramentos, para abreviar, podemos citar:

1. Tenemos que el *sacramento de la penitencia o reconciliación*, su celebración constituye, para muchos ancianos, una oportunidad profundamente salvífica y terapéutica. Les ayuda a integrar el pasado, a verlo con otros ojos, a confiarlo a la misericordia de Dios, a reconciliarse con la muerte y abrirse a la esperanza. Es también una oportunidad para que el sacerdote y el agente de pastoral sean vehículo de la misericordia.

El sacramento de la reconciliación puede ser lugar de acogida y de pacificación, lugar para la bendición y la gracia, campo propicio para la restauración profunda de la persona (autoestima, amistad con Dios).

2. En la *eucaristía*, sacramento por excelencia, es el signo del encuentro: de Dios con los hombres y de los hombres entre sí. Para los ancianos enfermos, representa el encuentro con su comunidad, la comunión con sus hermanos, fortaleza para la debilidad, entrega confiada en manos de Dios como ofrenda de la propia vida, unión con Cristo, anticipo del banquete final.

2. La *unción de enfermos* es el sacramento específico para el tiempo de la enfermedad y de la ancianidad; expresión de Dios que viene al encuentro de la fragilidad humana, y de la solidaridad de la comunidad. Es signo de vida y no de muerte. Le ayuda a vivir cristianamente el último atardecer de su vida, le da fuerzas para sobrellevar la enfermedad y sus limitaciones. Infunde paz y serenidad, refuerza la esperanza.

En la lista de asistentes he visto que muchos de ustedes no trabajan directamente en la atención religiosa, sino en una asistencia directa con el anciano, yo les rogaría que favorecieran también, en la medida de lo posible, y a las personas que lo demanden, esta dimensión espiritual que posee el anciano, porque la asistencia no sólo se puede quedar en una atención física, sino que hay que tener en cuenta las otras dimensiones de la persona, para que sea realmente una asistencia integral para que ayude al anciano a vivir lo más feliz posible.

Valoración psiquiátrica de las demencias: el examen del *estatus mental*

JORGE A. CERVILLA

Profesor asociado de Psiquiatría
(Universidad de Londres).
Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental
(Sant Boi)
y Fundació A.C.E. (Barcelona)

La valoración psiquiátrica constará, como en cualquier otro paciente psiquiátrico, de valoración del aspecto y comportamiento, del lenguaje, del humor, del contenido del pensamiento, de la percepción, del estado cognitivo y de la capacidad de introspección del paciente en cuanto a su enfermedad. En este artículo se tratan aspectos de dichas áreas de valoración, especialmente relevantes en los sujetos con demencia.

APARIENCIA Y COMPORTAMIENTO

La apariencia del paciente nos puede dar pistas diagnósticas como la presencia de errores al vestirse (zapatos distintos, dos chaquetas, mangas mal medidas, etc.). A veces su actitud no parece conducir a la consecución de un fin, puede parecer desorientado o dubitativo o incapaz de mantener la atención, puede parecer estar respondiendo a experiencias perceptivas anormales, etc. El comportamiento del paciente con demencia es frecuentemente agitado y la valoración de dicha agitación puede resultar esencial al planear la acción terapéutica. La valoración se puede realizar tanto por observación directa como a través de los testimonios de personal de enfermería o de familiares. Existen múltiples instrumentos diagnósticos útiles para una valoración exhaustiva de la agitación en pacientes ancianos, entre los más ampliamente usados se encuentran el Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield del que existe una versión validada en castellano (Cervilla et al., 1995) y la versión española del Present Behavioural Examination (Examen del Comportamiento Actual, también traducido por nosotros y en proceso de validación).

LENGUAJE

Se ha de valorar la presencia de posibles alteraciones motoras del lenguaje como la disartria, hipofonía, parafasias (sustitución de palabras o grupos de palabras), paragramatismos (alteración u omisión en la construcción gramatical, p. ej., lenguaje telegráfico) y las alteraciones perseverativas del lenguaje (ecolalia, palilalia). Como ha señalado Simms (1990), la perseveración (la repetición excesiva e iterativa de una palabra o respuesta más allá de cuando deja de ser apropiada) es posiblemente un indicador patognomónico de patología orgánica cerebral. Puede ser útil explorar también el lenguaje automático, como los días de la semana o el alfabeto. Si existen fenómenos afásicos, conviene fenomenológicamente distinguir si son fluentes (débito de palabras normal) o no fluentes (débito de palabras disminuido).

La valoración se puede realizar tanto por observación directa como a través de los testimonios de personal de enfermería o de familiares

La comprensión del lenguaje debe explorarse independientemente de sus aspectos motores, lo cual puede hacerse a través de instrucciones simples como pedirle al paciente que se levante, que coja un objeto o que señale diversos objetos al ser nombrados por el clínico.

Con frecuencia la dificultad de encontrar la palabra adecuada aparece en estadios precoces de la demencia (Cummings y Benson, 1983). Esto se explora señalando objetos que el paciente debe ir nombrando. Asimismo, la fluencia verbal del sujeto debe siempre explorarse al ser sus alteraciones una indicación de lesión frontal. Para medir la fluencia verbal del individuo se puede usar un test simple de función frontal como es el de pedir al paciente que enumere tantos animales (o prendas de ropa, nombres de chica, etcétera) como recuerde durante un minuto. Es normal ser capaz de enumerar 10-12 palabras, lo cual raramente ocurre en el demente.

La evaluación del lenguaje es esencial en las demencias, pero es preciso anotar que mientras los trastornos como la afasia son comunes en ciertas demencias, también hay cuadros afásicos sin demencia. No obstante, en presencia de un estado demencial, la afasia, al ser signo cortical, será un elemento útil para distinguir entre demencia cortical y subcortical.

HUMOR

El humor del paciente con demencia puede a veces reflejar su carencia de control sobre su emotividad manifiesta mediante el síntoma de labilidad afectiva en el cual se pasa bruscamente del llanto incon-

trolado a la risa y la euforia. A veces, no obstante, el paciente muestra jocosidad pueril (moria). También es frecuente la superficialidad del afecto. Un aspecto muy importante, y a veces pasado por alto, es la coexistencia de depresión que en el anciano puede estar oculta por una sintomatología cognitiva más conspicua. Frecuentemente, las depresiones en el anciano se muestran a través del síndrome orgánico de la depresión (estreñimiento, lentitud o retardo psicomotriz, anorexia, pérdida de peso, etc.). Los sentimientos hipocondríacos son también una presentación frecuente de la depresión en el anciano. Se debe preguntar al paciente si es capaz de disfrutar de las cosas habituales (la ausencia de esta capacidad se conoce como anhedonia). Finalmente, ha de valorarse la ideación suicida, especialmente en fases incipientes del proceso demencial.

PENSAMIENTO

La valoración de la psicopatología del pensamiento puede ser complicada en el paciente con demencia, especialmente en sus estados más avanzados. No obstante, se ha de hacer un esfuerzo en detectar la presencia de obsesiones, fobias y pensamientos o delirios de culpabilidad, erotomaníacos, paranoicos, hipocondríacos, etc. Cummings y Benson (1993, Cummings; Benson, D. [1993], Organic delusions: phenomenology, anatomical correlations and review: *British Journal of Psychiatry*, 146, 184-197) propusieron cuatro tipos de delirios típicos del paciente demente (delirios persecutorios simples, delirios per-

secutorios complejos, delirios de grandeza y delirios asociados con déficits neurológicos específicos) y sugirieron que la calcificación idiomática de los ganglios basales podría estar implicada en su génesis. Estos autores también sugirieron que la presencia, o la detección, del delirio puede ser más frecuente cuanto menos deteriorado cognitivamente está el individuo con demencia.

PERCEPCIÓN

Las alteraciones perceptivas son frecuentes en los individuos con patología orgánica cerebral y, en muchas ocasiones, son la base para su comportamiento anormal. Al explorar la percepción, el clínico ha de valorar la presencia de distorsiones de la percepción (cambios en la intensidad, en la calidad o en la forma espacial de la percepción) y la presencia de ilusiones y/o alucinaciones.

Las alucinaciones que sufren los enfermos con demencia suelen ser auditivas o visuales. La presencia de alucinaciones visuales en un paciente psiquiátrico es característica de patología orgánica (aunque también se da, con menor frecuencia, en esquizofrenia y en estados maníacos). No obstante, ha de tenerse en cuenta que la presencia de alucinaciones visuales se ha asociado también a la presencia de patología ocular y con el síndrome de Charles Bonnet, tal y como han señalado Berrios y Brooks (1984; Berrios, G.; Brooks, P. [1984], Visual hallucinations and sensory delusions in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 144, 662-664). Este síndrome es una alucinosis visual que se presenta en el anciano en ausencia de trastorno de la conciencia, en pacientes que no presentan delirium, demencia u otra patología orgánica detectable, a pesar de que muchos casos presentan visión reducida. Asimismo, es típico de los pacientes con demencia el cometer errores de la identificación, tales como el sig-

no del espejo, consistente en no identificarse como uno mismo al mirarse en el espejo y, consecuentemente, entablar conversación con su propia imagen reflejada.

VALORACIÓN COGNITIVA

Este aspecto de la exploración psiquiátrica es esencial en la valoración del paciente en el que se sospecha un cuadro de demencia. En la valoración cognitiva es básico cubrir, al menos, las siguientes áreas básicas: Orientación; atención y concentración; memoria; capacidad de emplear instrumentos de uso común (praxis); lenguaje; capacidad de reconocer objetos (gnosis), y funciones integradoras superiores, tales como la capacidad de abstracción y el juicio. Veremos ahora un resumen de la sistemática que se puede seguir para una exploración cognitiva. Para una descripción mucho más detallada se aconseja el magnífico libro de Hodges, *Valoración cognitiva para clínicos*, recientemente traducido al castellano.

La *orientación* está frecuentemente afectada en las demencias, normalmente en conjunción con alteración de la memoria. Durante el proceso de desorientación progresiva del demente, se sigue la siguiente secuencia: primero se pierde la orientación temporal, luego la espacial y, finalmente, la temporal. Para poner de manifiesto la presencia de desorientación temporal en un demente, se puede pedir al paciente que nos diga qué día de la semana es, cuál es el mes o la fecha del calendario. La orientación espacial se explora preguntando al paciente el nombre del lugar donde se lleva a cabo la entrevista, de la ciudad, del país, cuál es la planta del edificio, etc. Finalmente, la desorientación personal se pone de manifiesto al no ser capaz el individuo de reconocer a personas que le deberían ser familiares (prosopagnosia) o incluso el rol de las mismas

La valoración cognitiva es esencial en la valoración del paciente en el que se sospecha un cuadro de demencia

(no sabe que somos un médico, enfermera, etc.).

Hemos visto algunos aspectos de la exploración del *lenguaje*. Es esencial comprobar que el paciente conserva intacta su capacidad de nombrar objetos de dificultad creciente. Como se ha indicado, un fallo de esta función es frecuentemente el primer síntoma de una demencia incipiente. En cuanto a la capacidad de entendimiento del lenguaje, se puede probar pidiendo al paciente que acarree acciones sencillas siguiendo nuestras instrucciones, por ejemplo, doblar un papel por la mitad y dejarlo sobre la mesa.

Este test será también útil para valorar la presencia de dificultades en la *praxis* que se puede explorar más detalladamente mediante la copia de dibujos de dificultad creciente. Un ejemplo frecuentemente usado por diversos tests neuropsicológicos es de pedir al paciente que dibuje un reloj incluyendo los números y ajustando las manillas a una hora determinada. Un fallo en esta función da pie a las apraxias.

La capacidad de reconocimiento de objetos, *gnosis*, puede explorarse poniéndole al paciente varias monedas en la mano mientras tiene los ojos cerrados y pidiendo que las identifique por tacto, o mostrándole caras de famosos a nombrar, o imágenes de objetos tomadas desde ángulos inusuales, etc. Estas pruebas ponen de manifiesto la presencia de agnosias.

La capacidad de *concentración* y la *atención* del sujeto puede valorarse indirectamente durante el curso de la entrevista, o de un modo más específico, pidiéndole que realice tareas como la de restar sucesivas veces 3 ó 7 a un número dado inicialmente, o pedirle que cuente hacia atrás, o

deletree una palabra hacia atrás, etc. La capacidad de *abstracción* puede explorarse pidiendo al enfermo que describa conceptos de abstracción creciente (p. ej., puente, idea, etc.), o que nos explique qué tienen en común una silla con una mesa, un tigre con un león, etc.

Un aspecto esencial, por su relevancia diagnóstica y por su importancia para el individuo, es la valoración de la *memoria*. La memoria inmediata puede estar conservada durante las etapas iniciales de la demencia y se valora mediante pedir al paciente que repita un número creciente de dígitos (es normal ser capaz de recordar al menos 7 dígitos) y con esta evaluación se ve si el paciente tiene preservada la capacidad de registro. La memoria de hechos recientes, o capacidad de retener más allá de un minuto una información, se deteriora paulatina y claramente en los demenciados. Su exploración suele hacerse pidiendo al paciente que recuerde un nombre y una dirección unos minutos después de haberle hecho repetir este material. A veces, es más conveniente pedir que se recuerde algo más sencillo como tres objetos comunes. En todo caso conviene entretener al paciente con otras tareas antes de solicitarle que evoque el material. Para el material visuo-espacial se señalan varios objetos de la habitación que el paciente debe recordar después o se le hace copiar de memoria un dibujo simple.

Con respecto a la memoria remota existe la idea de que se cumple la llamada ley de Ribot, es decir, se olvida primero y más intensamente lo reciente y más tarde y con menor gravedad lo antiguo. No obstante, estos aspectos se comentan en deta-

lle en el capítulo de psicopatología de la memoria, en el cual se exponen los recursos semiotécnicos pertinentes. Un trastorno relativamente frecuente (15 %) en las demencias es la confabulación en la cual el paciente responde con datos erróneos, a veces verídicos pero mal ordenados, y otras veces recitando historias que no ocurrieron realmente. Es frecuente en estos pacientes que respondan que sí conocen al médico que están viendo por primera vez cuando éste les pregunta si se cono-

cen de antes. Se ha dicho que este fenómeno es más típico de fases incipientes de la demencia y que se corresponde con un intento del enfermo de compensar su olvido de lo que realmente pasó.

INSIGHT

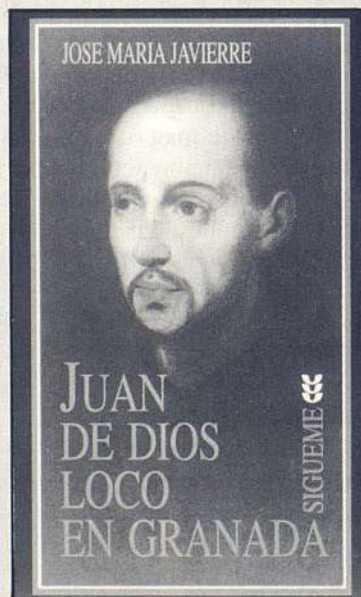
Se explora aquí la idea que el propio paciente tiene de su enfermedad desde un punto de vista directo (preguntándole que cree que

le pasa) e indirectamente (sacando conclusiones de la información obtenida durante la entrevista). Dicha valoración puede ser útil a la hora de conseguir colaboración con el plan de tratamiento. En el caso de las demencias, la valoración ha de hacerse extensiva a la familia para calibrar el impacto que la enfermedad tendrá en los familiares y su grado de disponibilidad para colaborar terapéuticamente¹.

1. Jorge A. Cervilla, 1997.

Nueva biografía sobre san Juan de Dios

JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA



Acaza de publicarse la última biografía sobre el Fundador de la Orden Hospitalaria: **JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA.**

Autor de la misma es el conocido sacerdote y periodista José María Javierre, de cuya pluma vieron también la luz biografías como las de insignes santos del Siglo de Oro como Teresa de Jesús y Juan de la Cruz.

Publicada por Ediciones Sígueme (Salamanca), en un volumen de 821 páginas, puede adquirirse en las diferentes librerías religiosas, o solicitándola a nuestra revista:

INFORMACIÓN Y NOTICIAS

Curia Provincial

**Doctor Antoni Pujadas, 40
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)**

Los Buenos Gustos



ALIMENTOS FRESCOS Y NATURALES



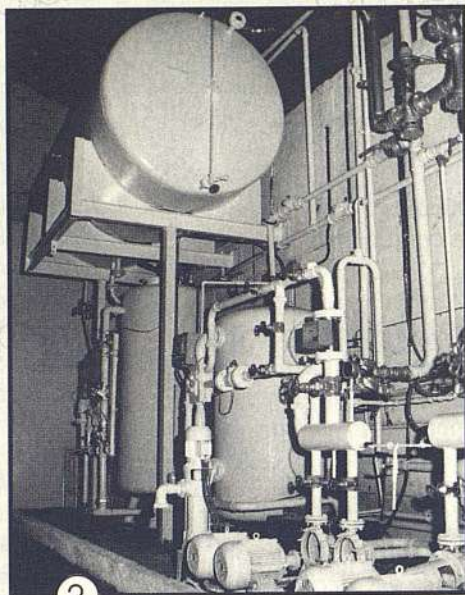
Especialistas en lavado y desinfección de lencería

Suminramos al paciente y a los servicios internos, lencería bacteriológica y visualmente limpia y correctamente acabada.

Para ello, la devolvemos:

①

Lavada y desinfectada (por proceso chemo-térmico)



②

Sin incrustaciones, tersa y suave.



③

En paquetes individuales y cuantificados.



④

En contenedores racionales, y



⑤

Puntualmente a la hora convenida.



La solución con garantía:



A REA

M EDICA S.L.

SUMINISTROS MEDICO - QUIRURGICOS HOSPITALARIOS

AREA MEDICA, S.L.

Progrés, 45, Polig. Industrial Almeda

08940 Cornellà (Barcelona)

Tel. (93) 474 40 68 - Fax (93) 474 17 98

STERIKING®

Gama completa de productos para esterilización.
Empaquetado, controles, indicadores, máquinas selladoras y accesorios.

GSD

Cartuchos unidosis para esterilizadores gas óxido etileno.

TECNETRODE®

Electrodos monitorización para ECG, Holter y Prueba de esfuerzo.



Electrobisturís mod. Excalibur y Sabre
Electrocoaguladores gas Argón
Mangos y placas electrobisturí, reusables y desechables.
Pinzas coagulación monopolares y bipolares.
Adaptadores universales para diferentes marcas y sistemas.

Key Surgical

Cintas codificadoras de instrumental.
Vesseloops tiras silicona oclusoras y retractoras.
Pinza cangrejo de teflón reutilizable.
Protectores de instrumental. Rotulador marcador de piel.
Cepillos quirúrgicos y dispensadores.

OEI
OLSEN ELECTROSURGICAL

Accesorios para electrocirugía en general.

PAPELMATIC

Gama de higiene completa. Toallas celulosa, cobertores papel camilla, dispensadores, secamanos y papeleras.



Bateas, riñoneras y bandejas esterilizables de fibra de celulosa biodegradable.



Mesas de quirófano para cirugía general y especialidades, hidráulicas y electro-mecánicas.

SCIALYTIC®

Lámparas de quirófano con enfoque automático, sistema autofocus o manual.

Welch Allyn

Equipos para cirugía laparoscópica, nuevo sistema integrado con laparoscopio de terminal flexible articulado 360°, rígido y cámara universal.
Lámparas frontales quirúrgicas y fuentes de luz.
Equipos diagnóstico.

ORDISI.
ELECTROMEDICA

Gama completa de aspiradores, nebulizadores, negatoscopios y mamógrafos.

SCHREIBER 
INSTRUMENTE

Instrumental quirúrgico para cirugía general y especialidades.

H.T.C.

Mallas quirúrgicas de polipropileno. Mod. Tramex, Chevron y Altex.

OTROS PRODUCTOS

Equipamiento hospitalario, mobiliario clínico, aparatos de diagnóstico, electrocirugía, electromedicina, instrumental quirúrgico y material de consumo.

**SERVICIO TÉCNICO
Y REPARACIONES**

Aparatos de diagnóstico, electrocirugía, electromedicina y instrumental quirúrgico



APELEM ESPAÑA, S.A.

Llussà, 13

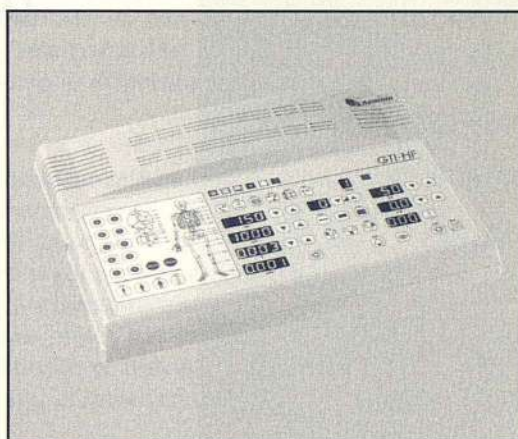
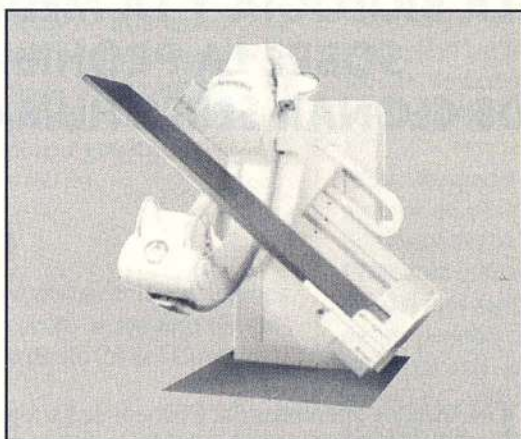
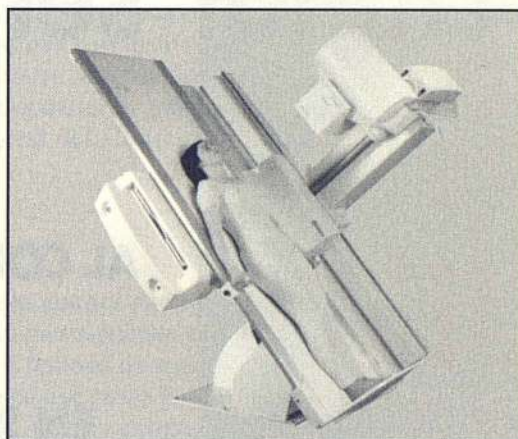
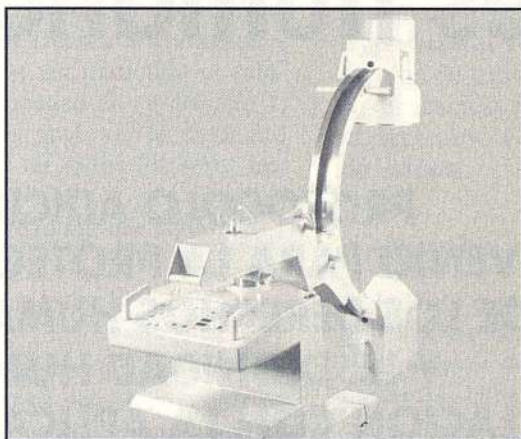
Tels. (93) 330 02 83 - 491 49 92

Fax (93) 411 26 37

08028 BARCELONA

E-mail: apelem@feelingst.es

<http://www.apelem.com>



- Intensificadores de imagen
- Cadenas T.V. radiológica
- Sistemas digitales para radiología, angiografía y hemodinamia.
- Arcos quirúrgicos.

- Generadores de RX alta frecuencia
- Mesas telemandadas.
- Presupuestos de actualización, adaptaciones
- Telemandos polivalentes

INSCRITA EN EL REGISTRO DE EMPRESAS AUTORIZADAS
PARA LA VENTA Y ASISTENCIA TÉCNICA DE EQUIPOS DE RX
(ERX-B/001/92) REAL DECRETO 1891/1991



nedella
medical s/l

Equipamiento Médico-Quirúrgico

Guillermo Tell, 24-26, Entlo. 2ª

08006 Barcelona

Tel. (93) 218 30 10. Fax (93) 415 29 63



 **STARSYS**
A bright new way to work.

Carros auxiliares, carros de
paro, de endoscopia y sistemas
de almacenaje

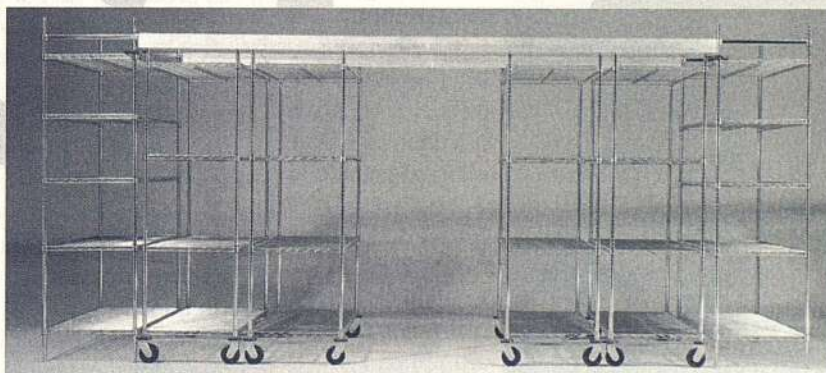


METRO

SISTEMA MODULAR
de mobiliario, carros
auxiliares y sistema
unidosis



TOP-TRACK
Sistema de
almacenaje móvil



NEDELLA MEDICAL, S.L. colabora con HOSP. SANT JOAN DE DEU,
en la modernización de sus instalaciones y equipos.

Schindler, S.A.

- Ascensores
- Montacargas
- Escaleras mecánicas
- Plataformas hidráulicas

DIRECCIÓN REGIONAL

C/.Roselló, 34, 3º 4ª

08029 BARCELONA

☎ 430 91 25 - Fax: 439 87 16

Schindler



agefred

Aire Acondicionado
Mantenimiento y Conservación
Gestión Técnica de la energía

GRUPO ESYS MONTENAY

agefred sa

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona Teléfono: 334 08 00 Telefax: 334 50 37

José María Larrú (ed.)

Compartiendo ese tiempo del enfermo de SIDA



Colección **BIBLIOTECA HOSPITALARIA**

El sida es una enfermedad que no conoce razas, culturas, sexos, países o edades, porque afecta por igual a todas las esferas de la humanidad. Afecta al hombre también en su espíritu y en su entorno. Contiene un virus aislable en un laboratorio, y otro virus, por así llamarlo, que sólo la ética y la reforma social pueden combatir.

El presente trabajo pretende dar una panorámica de la enfermedad y sobre todo de las personas que la padecen, y luz para quienes les atienden. Distintos especialistas analizan aquí los componentes médicos y sanitarios, psicológicos, sociales, religiosos, éticos y morales, y legales del sida, tanto en relación con el enfermo como con quien le atiende. El resultado es un conjunto de principios que iluminan y ayudan a promover los cambios necesarios en la conducta humana para evitar una mayor diseminación de la enfermedad.

Novedad bibliográfica

UN GRANDE DE DIOS



Vida
de
San Juan Grande

UN GRANDE DE DIOS

José Luis Repetto Betes

“...sobre una base de testimonios, unidos a los documentos que de su vida se conservan, se ha tejido para ti, querido lector, esta narración, donde te lo presentamos como fue, un servidor de los pobres humilde y grandioso. Humilde por la sencillez con que lo hizo todo. Grandioso porque la gracia de Dios se volcó en él, y podía él decir como San Pablo: «La gracia de Dios no ha sido en mí vacía»”

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD

Herreros de Tejada, 3
28016 Madrid



NUESTRA COMÚN PREOCUPACIÓN.

Tener un gesto amable con un paciente es muy fácil, lograr su curación y dedicarle la máxima atención posible, ya es un poco más difícil.

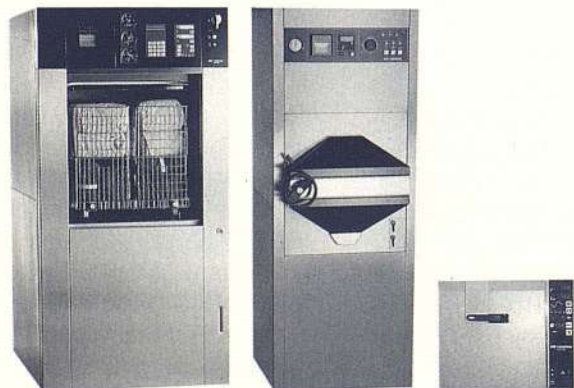
Pero es mucho más sencillo cuando pensamos que su salud es nuestra común preocupación.

En el proceso curativo intervienen muchos factores, y es precisamente durante ese período cuando se demuestra lo estrecha que es nuestra colaboración.

Disponer de un equipo médico cualificado y de un personal hospitalario preparado, es tan necesario como contar con unas instalaciones y equipamientos fiables.

Matachana División Hospitales aporta esos equipamientos desde bolsas y controles de esterilización, sistema de distribución de comidas, lámparas y mesas de operaciones, hasta las centrales completas de esterilización.

Todo para hacer de nuestra común preocupación una tarea sencilla, tan fácil como tener un gesto amable.



●●● matachana

División Hospitales

Almogávares, 174-176
Tel. (93) 300 80 12
Fax (93) 309 86 92
08018 **Barcelona**

Palermo, 42
Tel: (91) 388 01 28
Fax (91) 388 40 81
28043 **Madrid**

Matachana se reserva el derecho de efectuar cualquier variación sin previo aviso.

VACUTRON

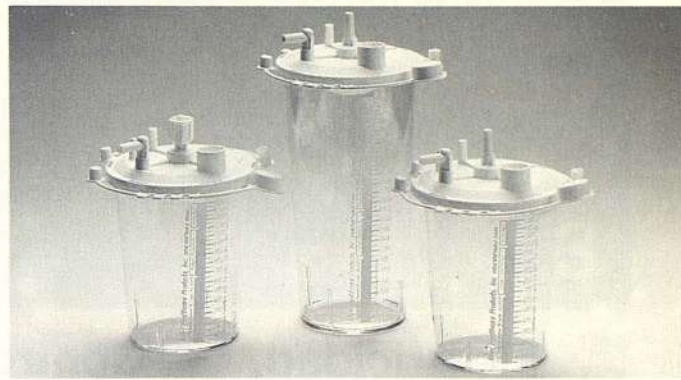
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

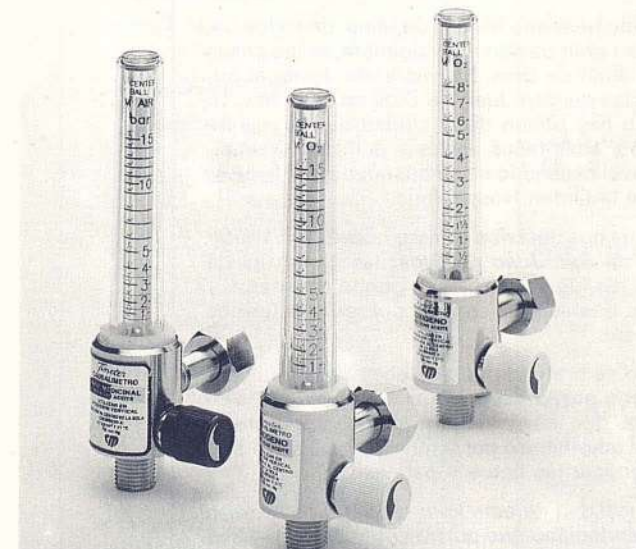
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

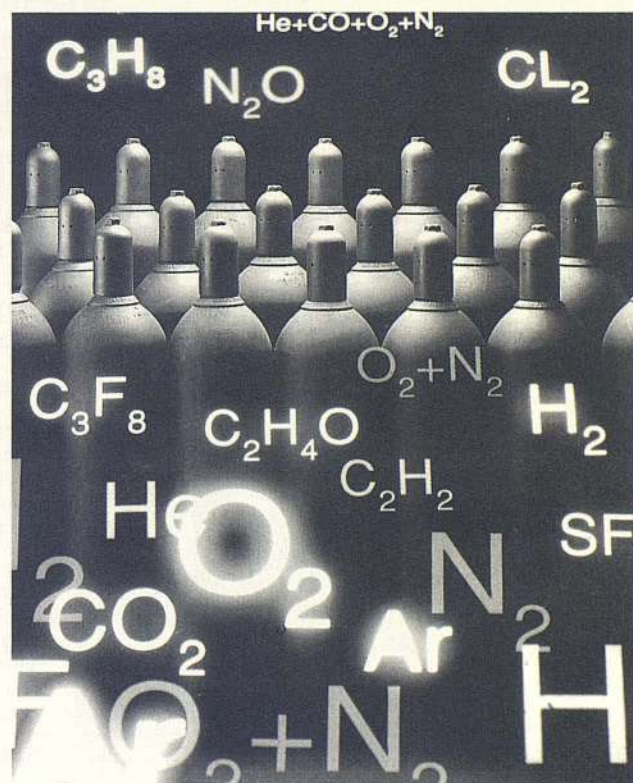
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

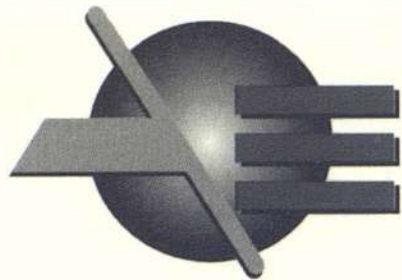
GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



**CARBUROS
METALICOS**

División Médica
Hospitalaria

Calle Aragón, 300
08009 Barcelona
Tel. (93) 290 26 00
Fax (93) 290 26 03



AGELECTRIC, S.A.
AGECONTROL, S.A.
AGEPROSEG, S.A.

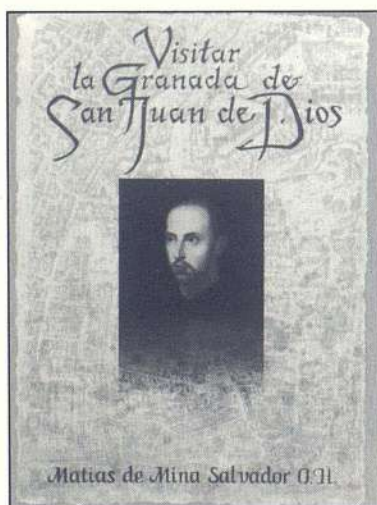
**Electricidad, Control e instrumentación,
Comunicaciones, Seguridad, Contraincendios,
Mantenimiento.**

C/BONSOMS 15-17
08028 BARCELONA
TEL. 333.93.66

FAX. 333.97.12

Novedad Bibliográfica

**VISITAR LA GRANADA
de San Juan de Dios**



Nuestro querido hermano Matías de Mina, de todos conocido por su gran pasión investigadora de las cosas y los hechos de Juan de Dios, ha rastreado desde el primer día las huellas de San Juan de Dios en Granada. Lo cierto es que no hay rincón de la ciudad que le resulte extraño: archivos, bibliotecas, calles y edificios granadinos que han sido el escenario de su búsqueda tras la pista del Fundador de la Orden Hospitalaria.

Y es esto lo que nos describe en este nuevo libro *Visitar la Granada de San Juan de Dios*: las andanzas de Juan Ciudad en los lugares expresos donde ocurrieron y fue visto en sus quehaceres con los pobres y enfermos o pidiendo limosna.

Con este libro se pretende que quienes lleguen a Granada movidos por la devoción al Santo encuentren unas acotaciones que les ayuden a seguirlos con firmeza histórica a la vez que, incluso por sí mismos, puedan orientar a otros a conocer los actos y parajes.

La primordial finalidad de este libro es alentar al devoto peregrino juandediano que quiera conocer los lugares donde ocurrieron las cosas pero, sobre todo, desea y anhela llevar a su consideración y afecto el significado, la ejemplar trascendencia de esas mismas cosas y hechos que aún hoy hablan de la caridad y entrega del Santo al servicio de los enfermos y marginados.

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD - EDITORIAL COMARES GRANADA