

¿VIGENCIA DEL CODIGO DE NÜREMBERG DESPUES DE CINCUENTA AÑOS?

M. Ferrer Colomer y L. M. Pastor García

Departamento de Biología Celular. (Master de Bioética) Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Centro de Investigación y Formación en Bioética de Murcia.

El Código de Nüremberg¹ es muy probablemente el documento más importante en relación con la historia de la investigación biomédica. El Código fue formulado hace poco más de 50 años, en el verano de 1947, en Nüremberg (Alemania), en relación con el juicio que se realizó contra algunos médicos que colaboraron con el régimen nazi, acusados de haber realizado acciones peligrosas y que incluso llegaron a provocar la muerte durante experimentos humanos efectuados con presos de los campos de concentración, sin su consentimiento. Este Código sirvió para dar unas reglas o principios que buscaban defender los derechos de los sujetos que participan en la investigación médica.

Esto, que comenzó como consecuencia de conocer los horrores relacionados con las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial y con el uso de los prisioneros de los campos de concentración para investigar cuestiones de algún modo relacionadas con la medicina, sigue siendo actual debido a las noticias que con cierta periodicidad van siendo conocidas en relación con posibles abusos en las investigaciones efectuadas en personas durante los 50 años transcurridos desde entonces.

Durante el proceso, los abogados defensores de los médicos acusados aseguraron que en las naciones civilizadas y desarrolladas como Francia, Gran Bretaña, Holanda y Estados Unidos también se realizaban experimentos de tipo médico que podían considerarse como peligrosos. Ellos citaron² los experimentos americanos sobre la malaria realizados durante la guerra en internos de la prisión de Stateville, en Joilet, en el Estado de Illinois, argumentando que los médicos nazis habían seguido prácticas semejantes en la investigación³. El Dr. Werner Leibbrand - el psiquiatra que abrió el debate en relación con la ética médica en Nüremberg⁴ - replicó que los investigadores americanos, desde su punto de vista, también habían actuado mal porque "los prisioneros no eran personas que gozaran de libertad, estaban en una situación forzada y no se les podía considerar como voluntarios"⁵. Leibbrand insistió en que "parte importante de la ética médica, que hay que mantener siempre, es evitar en lo posible lo que pueda hacer daño, y que esto es una actitud básica establecida en el Juramento Hipocrático"⁶. Estas acusaciones a la investigación americana por el propio médico de la acusación dio lugar a problemas para poder seguir con la acusación. Por este motivo se vio que sería necesario no quedarse sólo en lo que se estaba juzgando sino ensanchar el alcance del juicio para definir bajo qué condiciones los riesgos en la experimentación humana serían admisibles. Además, los abogados defensores explicaron que estos médicos estaban obedeciendo órdenes recibidas para investigar en los prisioneros una serie de problemas que servirían para proteger y tratar mejor a los soldados alema-

nes; que esos experimentos eran necesarios y que el bien del Estado estaba por encima del de los individuos⁷. Leibbrand replicó que “el Estado podía ordenar experimentos mortales en los sujetos humanos pero que los médicos seguirían siendo responsables si los llevaban adelante”⁸. Ante el punto muerto en el que se encontraba el proceso fue enviado por la American Medical Association como consultor ético al Juicio de Nüremberg el Dr. Andrew Ivy, investigador médico y vicepresidente de la Universidad de Illinois, que había asesorado al gobernador del Estado de Illinois sobre las implicaciones éticas de los experimentos con presos. Ivy presentó a los jueces 3 principios que había formulado a requerimiento de la American Medical Association en los cuales se reflejaban los puntos comunes que debe tener cualquier experimentación. Ese documento se tituló “*Principles of Ethics Concerning Experimentation with Human Beings*” e indicó que estos puntos habían sido aceptados en la reunión de Delegados de la American Medical Association en diciembre de 1946. Él explicó que pensaba que esos principios reflejaban el entendimiento compartido por todos en relación con la práctica médica⁹. El primero de esos principios era que el médico no debía hacer nada a un paciente o a un sujeto sin antes obtener su consentimiento. El Dr. Ivy - en contra de lo mantenido por el Dr. Leibbrand - no reconoció ni la más remota similitud entre las atrocidades cometidas por los nazis y los experimentos médicos realizados en internos de las prisiones de Estados Unidos durante la guerra porque, según él, no consideraba que los prisioneros estuvieran intrínsecamente en una situación de coacción tal que los hiciera incapaces de dar su consen-

timiento, porque en los países democráticos, donde los derechos individuales eran respetados, los prisioneros pueden manifestarse libremente sin temor a ser castigados¹⁰. Para él no había nada éticamente sospechoso en experimentar con prisioneros. Para autores actuales, como Jon Harkness, la postura de Ivy es síntoma de la amplia negativa de los científicos médicos de Estados Unidos para sacar lecciones de sus acciones teniendo en cuenta lo que estaba sucediendo en Nüremberg, de modo que el comportamiento de Ivy pudo contribuir a que muchos científicos americanos no se plantearan a fondo las cuestiones éticas en relación con su trabajo suscitadas en Nüremberg.

Ivy estuvo de acuerdo con Leibbrand que los investigadores deben rehusar hacer experimentos en sujetos humanos ordenados por el Estado “para salvar vidas”, porque en esos casos los sujetos podrían no ser considerados propiamente como voluntarios. El declaró que “nunca hay justificación para matar a 5 personas para salvar la vida de 500” y que “no había ningún Estado o político bajo el sol que pudiera forzarle a él a realizar un experimento médico que fuera moralmente injustificable”¹¹. Él también puso el acento en que el Estado no debe asumir la responsabilidad moral de los médicos hacia sus pacientes en la investigación médica, argumentando que pensaba que “cada médico debía estar familiarizado con el Juramento Hipocrático, el cual representa la Regla de Oro de la profesión médica en los Estados Unidos y en todo el mundo”¹². Cuando le preguntaron a Ivy como conciliar la norma hipocrática que prohíbe a los médicos administrar venenos a cualquiera incluso aunque lo pida con las

intervenciones en la investigación que pudieran ser potencialmente letales para los sujetos voluntarios, él contestó: "yo creo que los mandatos del Juramento Hipocrático se refieren a la función del médico como terapeuta, no como investigador, y que lo que manda el Juramento Hipocrático es que debemos respetar la vida y los derechos humanos de los pacientes que participan en la experimentación"¹³.

El Proceso de Nüremberg realizó la importancia de la ética hipocrática, en especial la norma del "*primum non nocere*", reconociendo que era necesario proteger a los sujetos humanos que participaban en la experimentación.

De ahí proceden los 10 principios en relación con la investigación. Esos principios que son los que desde entonces conocemos como el Código de Nüremberg, incluyen la necesidad absoluta del consentimiento informado y el derecho del sujeto a retirarse de la participación en la experimentación.

La relación médico-paciente siempre ha estado basada en la confianza. El paciente va buscando la ayuda del médico y esto da lugar al inicio de la relación terapéutica. El paciente quiere ser tratado y piensa que el médico siempre se moverá en su actuación buscando el interés del paciente que acude a él y que intentará - al menos - no aumentar sus molestias. Pero en la investigación, en la que el médico va buscando probar una hipótesis de trabajo, lo que principalmente mueve al médico no es el beneficio del paciente. Ante esta situación lo que el Código de Nüremberg busca es dar unas directrices para proteger los derechos de los sujetos humanos durante la experimentación. Le pide al médico que se

plantee cuáles son los riesgos a los que como consecuencia de la investigación va a exponer a los pacientes, y pretende que el médico conozca cuáles son las preferencias o deseos del paciente: qué es lo que el paciente considera como mejor para él.

De este modo, podemos afirmar, que el consentimiento informado pasa a ser como el centro del Código de Nüremberg. El Juicio de Nüremberg llevó a plantearse cómo unir en un sólo Código todos los aspectos éticos que subyacen en el Juramento Hipocrático y la protección de los derechos humanos. El Código, no sólo espera que los médicos que realizan la investigación tuvieran en cuenta los intereses de los sujetos sino que además proclama que los sujetos tienen derecho a protegerse ellos mismos del mejor modo posible. Los pacientes pensaban que los médicos determinarían y les informarían sobre el momento en que es bueno para ellos el dar por finalizada su participación en un experimento. Pero en las normas del Código de Nüremberg se les da a los sujetos la capacidad de retirarse antes de que concluya un experimento, "si ha alcanzado corporal o psíquicamente el punto en el que su continuación le parece imposible"¹⁴.

Aunque el Código de Nüremberg no fue oficialmente adoptado por las leyes de muchas naciones o por códigos éticos de muchas asociaciones médicas, sin embargo su influencia ha sido muy profunda en relación con aspectos éticos de la investigación. Por ejemplo, el requisito del consentimiento informado está universalmente aceptado y aparece en numerosas leyes nacionales e internacionales. Posteriormente hay ya varias versiones promulgadas por la Asocia-

ción Médica Mundial, desde la primera Declaración de Helsinki de 1964, el Convenio Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos de 1976, el Informe Belmont de 1978, las Recomendaciones internacionales propuestas para la experimentación biomédica en seres humanos de 1982. El Código es la base del *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, que es la más reciente guía promulgada por la O. M. S. y el Council for International Organizations of Medical Sciences (1993)¹⁵. A partir del Informe Belmont, primero la legislación americana, y posteriormente la de otros países occidentales, han contemplado en su normativa, como requisito fundamental, la obtención del consentimiento como paso previo a la inclusión de los sujetos en un proyecto de investigación.

En relación con las indicaciones dadas en el Código de Nüremberg hay cuatro temas que me parece que no están suficientemente incorporados como aspectos éticos en el funcionamiento habitual:

- la adecuada consecución del consentimiento informado de los pacientes.

- la consideración de requisito cuasi imprescindible, por parte de las revistas médicas antes de publicar un artículo, del cumplimiento de los aspectos éticos en relación con la investigación.

- la necesidad de que se extremen las medidas de prudencia en relación con la investigación, cuando se piense que no es necesario contar con el consentimiento informado de los pacientes para el trabajo de investigación que se quiere realizar.

- no permitir la investigación con embriones humanos cuando no tenga como finalidad un probable beneficio directo para ellos.

Hoy, aunque cada vez parece más aceptada la autoridad e importancia que ha tenido este Código, se sigue poniendo en duda la posibilidad de su aplicación en la moderna investigación biomédica. Pero en el Juicio de Nüremberg se insistió de un modo repetitivo en la relevancia y valor actual del Juramento Hipocrático y en las ideas éticas en él contenidas. Se dejó claro que eran un buen apoyo esas ideas para dar orientaciones claras en relación con la ética de la investigación evitando así los riesgos que para los derechos humanos de los sujetos pudieran derivarse como consecuencia de su participación en una experimentación. Son importantes los códigos de conducta pues, lamentablemente, el paso del tiempo y la rutina hace que las normas, inicialmente tan claras y delimitadas, se vayan relajando y puedan quedar casi en nada.

"De hecho el Código de Nüremberg fue insuficiente para erradicar la experimentación abusiva¹⁶". A los 20 años de su promulgación, a fines de los años 60, se hicieron públicas algunas denuncias de experimentación salvaje que mostraban que el espíritu de Nüremberg había sido olvidado. El artículo de Beecher, *Ethics and Clinical Research*, de 1966 y el libro de Pappworth, *Human guinea pigs: experimentation in man*, aparecido al año siguiente, provocaron una fuerte reacción en la opinión científica¹⁷.

Es bien conocido que Clinton nombró en 1995 un Comité Consultor para conocer los efectos de los Experimentos de Radiación sobre sujetos humanos. Al parecer, durante la Guerra Fría¹⁸, hubo una investigación

gubernamental que pretendía conocer los efectos de las radiaciones. Para eso se inyectó plutonio y uranio a pacientes hospitalizados, administrados en forma de trazadores radioactivos a niños que estaban ingresados y también se sometió a presos a irradiación testicular.

A finales del año pasado, la sección alemana de la Internacional Médica para la Prevención de Guerra Nuclear solicitó que se hiciera un debate en el Parlamento alemán sobre el proyecto de la Convención de Bioética del Consejo de Europa pues pensaban que no era suficientemente restrictiva respecto a los experimentos con embriones y al screening genético, así como que no existía una adecuada protección para los disminuidos psíquicos. Se alega en un documento redactado por ellos - conocido como Declaración Grafenecker¹⁹ - que la Convención atenta contra el artículo 1 del Código de Nüremberg donde se afirma que el consentimiento voluntario de la persona es "esencial" para la experimentación médica y se especifica que cualquiera que tome parte en un experimento debe ser capaz de dar su consentimiento. Este aspecto fue algo modificado por la Declaración de Helsinki de 1946 donde se permite la experimentación sin el consentimiento del individuo si se presume que puede haber un beneficio para la salud del sujeto implicado. En cambio, la propuesta de la Convención de Bioética²⁰ permite la investigación en personas incapaces de dar su consentimiento, cuando se desea determinar los mecanismos generales de una enfermedad. Según los firmantes de esta Declaración esto no ofrecería un beneficio directo al paciente, pero sí a otras personas que llega-

ran a padecer esa misma enfermedad en el futuro. Y esto, piensan, abriría la puerta a posibles abusos. Para los redactores de esta Declaración, la Convención les parece demasiado laxa respecto a la experimentación con embriones y el screening genético. Pero Ludger Honnefelder, director del Instituto de Bonn para la Ciencia y la Ética, Miembro del Comité del Consejo de Europa y encargado de la redacción de la Convención, ha rechazó las críticas recibidas. Piensa que la Convención es extremadamente restrictiva, particularmente la cláusula que permite la investigación con personas incapacitadas pues allí se especifica que no deben existir medios alternativos para realizar la investigación, cuyo propósito debe, además, dirigirse exclusivamente a una mejor comprensión de la enfermedad que sufre el paciente. La investigación que se realice no debe dañar al paciente de ningún modo, y debe ser suspendida de inmediato si éste se opone a ella.

La actual legislación española acerca de la experimentación con seres humanos está recogida en las siguientes normativas: la Ley General de Sanidad 14/1986, la Ley del Medicamento 25/1990 Y el Real Decreto 561/93. La experimentación en embriones humanos está regulada por la Ley de Jefatura del Estado 35/1988, la Ley 42/1988, el Real Decreto 412/1996 y el Real Decreto 413/1996. El consentimiento informado responde a las exigencias de la Ley de Sanidad de 1986 en donde se encuentra recogido en su Artículo 10, que lo instauró de forma universal y por escrito para todo acto médico, siguiendo los pasos que se habían iniciado en Estados Unidos hace algunos años, en relación con los ensayos clínicos fundamental-

mente. Así pues, su origen es eminentemente jurídico y tiene una relación muy importante con sentencias que condenan a médicos por no haber informado convenientemente a sus pacientes.

a) Dificultades prácticas del consentimiento informado

Uno de los problemas es que se constata una tendencia cada vez mayor al uso burocrático del consentimiento, que es contrario a las intenciones que inicialmente se buscaban, es decir, que el paciente estuviera bien informado y de ese modo pudiera tomar del mejor modo posible sus decisiones. Pero el consentimiento informado tal como se está impulsando desde las instituciones está quedándose en un formulario general que pretende informar acerca del procedimiento que se va a realizar y que explica cuáles son sus riesgos potenciales y que debe acabar siendo firmado por el interesado si quiere ser atendido.

La sensación que algunos tenemos después de más de 10 años de verlo en circulación en España es de incertidumbre sobre si puede llegar a contribuir a que la relación médico-enfermo sea más fructífera para todos: para que el paciente esté mejor informado y pueda decidir y para que el médico pueda trabajar con mayor satisfacción profesional. Me parece difícil que un formulario de tipo general, por muy detallado que esté, pueda aportar una "información completa, veraz y comprensible" como pide la ley. En cuanto a unos requerimientos formales muy exhaustivos pueden acabar convirtiéndose en una manera de delegar todo el peso de las decisiones médicas en el paciente, aislándole de ese modo del soporte médico y familiar, y

limitando la responsabilidad médica. Además, de ese modo, en ese formulario no se tiene en cuenta la idiosincrasia personal de cada paciente, que el médico debe intentar conocer en la medida de lo posible, para de ese modo dar la información siempre en beneficio del paciente. La contradicción está entre tener que informar por escrito universalizando las indicaciones y, por otro, con que esta universalización conduce a la burocratización porque deja a un lado los aspectos particulares. Así mismo, se quiere que informemos para que el paciente decida por sí mismo, dándole lo esencial de forma completa y luego pidiéndonos que vayamos adecuando nuestras explicaciones a lo que el paciente desee saber. De esto se puede concluir que no se puede dejar de lado la subjetividad del paciente y la necesidad de la escucha del médico. De otro modo el consentimiento escrito y firmado sólo se está valorando en la actualidad por su posible efecto protector ante la ley y los jueces. Según el Prof. Herranz: "Esto debería haber estado presente siempre en la relación médico-enfermo, pero sólo en años recientes se ha hecho explícito. Estamos empezando a adaptarnos a la nueva situación, desgraciadamente más por miedo a las sentencias judiciales o a las crecientes primas de los seguros de responsabilidad civil que por convencimiento ético. (...) Eso podría ser la muerte de la ética médica, ahogada por el derecho, lo que está ocurriendo en Estados Unidos"²¹.

Y lo que puede ser peor, se puede llegar a olvidar que no se trata sólo de darle un papel e intentar que lo firme, sino de darle información, que es una parte esencial del acto médico y de la que siempre nos han dicho

que ella sola, de por sí, ya tiene efectos terapéuticos. Esa información debe ir pasando de las cosas más concretas a las menos concretas. Para ser dada adecuadamente requiere una atención muy importante por parte del oyente, del médico, porque al procurar informar en beneficio del paciente, el médico deberá tener en cuenta a quién está informando y de qué lo está haciendo. Así mismo, deberá valorar mientras escucha qué es lo que quiere saber el paciente sobre lo que está pasando o sobre los riesgos de lo que se va a hacer. Con este planteamiento, el médico no sabe de entrada, qué tiene o qué no tiene que informar a su paciente y mucho menos a los pacientes en general. Sólo como consecuencia del encuentro que tenga con cada uno de los pacientes, estará en condiciones de saber cuál es la información "completa, veraz y comprensible" que deba dar. Esto nos debe colocar en una actitud de ignorancia inicial -lejana a esa impresión negativa que podemos dar de que lo sabemos todo casi sin que demos lugar a que nos cuenten lo que les pasa -, que no da nada por supuesto, que no tiene ideas previas, que espera atentamente, con mesura, silencio y prudencia, hasta que por medio del diálogo con el paciente puede ir teniendo los datos que le permitan descubrir cuáles son las palabras, cuál es la información beneficiosa que debe dar a ese paciente que en esos momentos tiene delante. Esto no quiere decir que haya que negar información a nadie, pero tampoco que se tenga que tratar a todo el mundo del mismo modo sin tener en cuenta que todos somos algo distintos. Lo mismo pasa con un medicamento que pensamos que puede ser útil para una enfermedad que tienen muchos

pero que hemos de individualizar a cada paciente teniendo en cuenta sus características. Del mismo modo, la información es parte esencial del arsenal terapéutico del médico y conviene darla con dosis personalizadas. "Para mí, no hay prueba más demostrativa de que el consentimiento informado se está convirtiendo en un mero disfraz jurídico, que lo que está ocurriendo... (...), en lugar de ser un proceso noble y sincero de información y consentimiento, se convierte en un asunto vaciado de responsabilidad"²². Y sigue diciendo el Dr. Herranz: "Pero lo más importante que dice la primera cláusula de Nüremberg es que el consentimiento para la experimentación no es cosa exclusiva del sujeto, sino que compete gravemente al experimentador decidir en conciencia si tal consentimiento es éticamente digno y correcto, si ha sido obtenido con sinceridad, honradez. Pues el experimentador está moralmente obligado a rechazar como inválido o como debilitado el consentimiento de cuya dignidad humana no pueda ser garante"²³. "No ha de ser un simple requisito legal o un trámite administrativo, sino que es *prima facie*, un derecho humano"²⁴.

b) Problemas en relación con la publicación de artículos de investigación

Desde que en 1993 escuché al Prof. Herranz una conferencia con motivo de un Curso del Doctorado sobre temas relacionados con la bioética²⁵, he procurado fijarme en qué medida las diferentes revistas que suelo consultar van incorporando los aspectos éticos. En estos últimos años, las revistas internacionales y nacionales que más sigo como: *New England of Medicine, Lancet, British Medi-*

cal Journal, Chest, Annals of Internal Medicine, Circulation, Archivos de Neumología, Medicina Clínica, en temas relacionados con mi interés habitual como son los temas de cardiología, neumología, alergias, hipertensión, etc., observo que en pocos de esos artículos, los autores comentan que se han seguido las indicaciones aconsejadas en relación con la obtención del consentimiento informado y que se han tenido en cuenta las indicaciones dadas en la Declaración de Helsinki (ver art. I.12 de esa Declaración). El porcentaje de artículos que comentan que el protocolo de investigación ha sido revisado por un comité independiente que debe aprobarlo (ver art. I. 2 de la Declaración) es todavía menor. Y probablemente, cuando no consta, en bastantes casos es que no se han cuidado estas manifestaciones de respeto y altura ética.

c) Problemas sobre la metodología seguida en la investigación

Así mismo, llama la atención la cantidad de artículos de investigación clínica en los que se pretende conocer la eficacia terapéutica de un determinado principio activo, que - en demasiadas ocasiones - es comparado con placebo, cuando ya existen medicaciones de probada eficacia para tratar una determinada enfermedad. Me parece que no son necesarios esos estudios o por lo menos son poco éticos y, por lo tanto, o no debían plantearse o no debían ser aprobados por un comité de ensayos clínicos. El artículo II. 3 de la Declaración de Helsinki dice: "En cualquier estudio médico deberá aplicarse a todos los pacientes - incluidos los del grupo o grupos de control, si los hubiere, - el método diagnóstico o terapéutico de mayor eficacia com-

probada". Los estudios me parece que deberían hacerse para comparar un medicamento conocido como efectivo y un nuevo producto en el que se tienen fundadas esperanzas.

d) Protocolos en los se estima indispensable no pedir el consentimiento informado²⁶

En un reciente editorial aparecido este año²⁷ se comentan algunos trabajos de investigación en los que se consideró que no era conveniente obtener el consentimiento informado, estando de acuerdo sobre este asunto el comité que tenía que aprobar el protocolo de investigación. Una vez publicados esos trabajos, otras personas que conocieron las características de esos trabajos de investigación, consideraron que las razones aducidas para no pedir el consentimiento informado les parecían insuficientes. Y añadían que quizá era más fácil que unos investigadores y un comité pudieran aceptar más fácilmente esta excepción a la regla general en países en los que están menos implantados los derechos humanos en la sociedad. Hay autores que hablan de "colonización científica" para describir la situación de países pobres que son sometidos a algunas experimentaciones que no podrían de ningún modo ser autorizadas en países ricos.

e) Experimentaciones sobre embriones y fetos

La ley española, al igual que algunas legislaciones de otros países, considera que la vida humana comienza a partir del día 14 de la fecundación (de forma expresa o implícita), momento en el que ha finalizado la implantación. La ley española define esta fase previa con el término "pre-embrión" y acepta la

experimentación en esta fase, tanto terapéutica como no terapéutica, previo consentimiento de la pareja. La situación del concebido no nacido, se asemeja a la de los sujetos incapaces, al no estar en situación de manifestar, por medio del consentimiento, cuáles son sus propios intereses, siendo lícito el recurso a la experimentación terapéutica. La experimentación en embriones vivos, con tal de que sean no viables y de que no pueda realizarse en el modelo animal es casi ilimitada.

También en la Convención Europea de Bioética²⁸ se permite en el Artículo 18 la experimentación con embriones "in vitro" cuando esté admitida por la ley, siempre que se garantice una protección adecuada para el embrión. Pero no explica en qué consiste esa adecuada protección. De momento, ya vemos a qué esta llevando el "respeto" y la "protección" que se le da. Podemos ver, que no adopta ninguna postura sobre la admisibilidad o no de la posibilidad de investigar sobre embriones "in vitro". Por ahora deja hacer. Al menos, en el párrafo 2 del Artículo 18, prohíbe la creación de embriones humanos con el fin de investigar sobre ellos.

Como se ve, cincuenta años después de Nüremberg seguimos admitiendo la legalidad del Código de Nüremberg. Pero nos parece que aún existen lagunas importantes en su aplicación. Todos reconocemos la validez y actualidad de sus normas. Pero nos jugamos mucho en que se aplique debidamente éste código no olvidando qué es lo que dio origen al mismo, y recordando, al mismo tiempo, que todos debemos velar por los derechos humanos, especialmente de los más vulnerables.

Bibliografía

1 FULLER, F. F. C., *The Second World War*, Londres, 1948.; CARTIER, R., *La Segunda Guerra Mundial*, Barcelona, 1966-67.; TOYNBEE, A., *La Europa de Hitler*, Barcelona 1964-65.; BAUER, E., *Historia Controvertida de la Segunda Guerra Mundial*, Madrid, 1967-68.

ANNAS G. J., GRODIN M. A., eds. *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: human rights in human experimentation*. New York: Oxford University Press, 1992.

Biomedical Ethics and teh shadow of Nazism: a conference on the proper use of the Nazi analogy in ethical debate. April 8, 1976. HASTINGS CENT REP 1976; 6 (4): Suppl: 1-20.

GRODIN M. A., ANNAS G. J., Legacies of Nuremberg; medical ethics and human rigts. JAMA 1996; 276: 1682-1683.

2 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

3 Ethics governing the service of prisoners as subjects in medical experiments: report of a committee appointed by Governor Dwight H. Green of Illinois. JAMA 1948, 136: 457-458.

4 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

5 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

6 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

7 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

8 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

9 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

10 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

11 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

12 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

13 Complete transcript of the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. Washington D. C.: National Archives, November 21, 1946 - August 20, 1947.

14 Artículo 9 del Código de Nüremberg.

15 International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences, 1993.

16 JONATHAN D. M., The Only Feasible Means: The Pentagon's Ambivalent Relationship with the Nuremberg Code, *Hastings Center Rep.* 1996; 26(5): 11-19.

17 HERRANZ, G., La Bioética en la Investigación del ser humano. *MEDICINA Y ÉTICA*, 1994; 3: 315-333.

18 JONATHAN D. M.; SUSAN E. L., Revising the History of Cold War Research Ethics, *Kennedy Inst Ethics J.* 1996; 6(3): 223-237.

lugar donde 10.000 disminuidos psíquicos y enfermos mentales fueron gaseados por los nazis en 1940.

20 Ver Artículo 17, 2 del Proyecto de la Convención Europea de Bioética.

21 HERRANZ, G., En defensa de la Deontología profesional: una fundamentación para no-filósofos. *Jornadas de Bioética*. Pamplona, 1996.

22 HERRANZ, G., En defensa de la Deontología profesional: una fundamentación para no-filósofos. *Jornadas de Bioética*. Pamplona, 1996.

23 HERRANZ, G., En defensa de la Deontología profesional: una fundamentación para no-filósofos. *Jornadas de Bioética*. Pamplona, 1996.

24 VEGA GUTIÉRREZ, J. M., CEBRIÁN RUIZ, I., ÁLVAREZ-GUISASOLA, V., VEGA GUTIÉRREZ, J., Aspectos medicolegales de la experimentación humana. *CUADERNOS DE BIOÉTICA*, 1996, 28 (4): 432-442.

Publicada posteriormente ver: HERRANZ, G., La Bioética en la Investigación del ser humano. *MEDICINA Y ÉTICA*, 1994; 3: 315-333.

26 Ver Artículo II. 5 de la Declaración de Helsinki.

27 SMITH, R., Informed Consent: the intricacies, *BMJ*, 1997, (314): 1059-1060

28 Ver Artículo 18 de la Convención Europea de Bioética.