


209ª SESIÓN DEL CONSEJO DE LA AMM, RIGA 2018

AGENDA

Martes, Abril 24, 2018



9:00 AM - 6:00 PM **Posibles de reuniones de los grupos de trabajo** 

Miércoles, Abril 25, 2018

9:00 AM - 6:00 PM **Posibles reuniones de los grupos de trabajo** 

11:30 AM - 12:30 PM **Grupo de finanzas** 

12:30 PM - 2:30 PM **Comité Ejecutivo** 

7:00 PM - 10:00 PM **Conozca a los miembros asociados de la AMM**  
Cena informal ofrecida por la Asociación Médica de Letonia

Jueves, Abril 26, 2018

7:30 AM - 4:00 PM **Inscripción - Radisson Blu Latvija Conference & SPA Hotel**

9:00 AM - 10:30 AM **Sesión plenaria de apertura del Consejo**

10:30 AM - 10:45 AM **Pausa y café**

10:45 AM - 12:30 PM **Comité de Planes y Finanzas**

12:30 PM - 2:00 PM **Almuerzo** 

2:00 PM - 3:30 PM **Comité de Planes y Finanzas (continuación)**

3:30 PM - 3:45 PM **Pausa y té**

3:45 PM - 5:00 PM **Comité de Planes y Finanzas (si es necesario) / Comité de Asuntos Médico-Sociales**

6:30 PM - 7:30 PM **Recepción de bienvenida** 
• Ofrecida por la Asociación Médica de Letonia

Viernes, Abril 27, 2018

9:00 AM - 10:30 AM **Comité de Asuntos Médico-Sociales (continuación)**

10:30 AM - 10:50 AM **Pausa y café**


10:45 AM - 12:30 PM **Comité de Asuntos Médico-Sociales (continuación)**

12:30 PM - 2:00 PM **Almuerzo** 

2:00 PM - 3:30 PM **Comité de Etica Médica**

3:30 PM - 3:45 PM **Pausa y té**

3:45 PM - 5:00 PM **Comité de Etica Médica (continuación)**

7:00 PM - 9:30 PM **Cena del Consejo** 
• Ofrecida por la Asociación Médica Mundial

Sábado, Abril 28, 2018

8:00 AM - 9:30 AM **Sesión Plenaria del Consejo**

9:30 AM - 9:45 AM **Pausa y café**

9:45 AM - 12:30 PM **Sesión Plenaria del Consejo (continuación)**

12:30 PM - 2:00 PM **Almuerzo** 

2:00 PM - 2:30 PM

Conclusión de la Sesión del Consejo

3:00 PM - 9:00 PM

Tour y cena informal

- Ofrecidas por la Asociación Médica de Letonia



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: Council 209/Agenda/Apr2018	Original: Inglés
Título: Agenda de la 209ª Sesión del Consejo	
Destinación: 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración
Notas:	El Consejo se reunirá el jueves 26 de abril de 2018, antes de los comités permanentes. Después se volverá a reunir el sábado 28 de abril de 2018, para considerar los informes de los comités.

Jueves 26 de abril de 2018, 09:00 – 10:30

Sábado 28 de abril de 2018, 08:00 – 14:30

Dr David O. Barbe

Dr MooJin Choo

Dr Andrew Dearden (Tesorero)

Dr Louis Francescutti

Dr Michael B. Gannon

Dr Mzukisi Grootboom

Dr Andrew W. Gurman

Dr René Héman

Dra Ardis Dee Hoven (Presidenta)

Dr Miguel Roberto Jorge

Dr Toru Kakuta

Dr Ajay Kumar

Dr Kenji Matsubara

Dr Mari Michinaga

Dr Frank-Ulrich Montgomery (Vicepresidente)

Dr Ramin Parsa-Parsi

Dr Mark Porter

Dr Serafín Romero

Dr Andreas Rudkoebing

Dra Heidi Stensmyren

Dr Thomas Szekeres

Dr Julio Trostchansky

Dr Walter Vorhauer

Dr Shuyang Zhang

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente*

Dr. Leonid Eidelman, *Presidente-Electo*

Dr. Ketan Desai, *Ex Presidente Inmediato*

Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*

Sra. Marie Collegrave, *Asesora Legal*

Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*

Sra. Joelle Balfe, *Facilitadora*

* Todas las reuniones de la AMM serán grabadas para preparar las actas y los informes

1. APERTURA

- 1.1 Apertura del Presidente del Consejo
- 1.2 Recibir excusas por ausencias
- 1.3 Bienvenida a los nuevos miembros del Consejo
- 1.4 Palabras de bienvenida del Presidente
- 1.5 Anuncios del Secretario General

2. ACTAS DE LA REUNION ANTERIOR

Aprobar: Actas resumidas de las 207ª y 208ª Sesiones del Consejo realizadas en Chicago, Estados Unidos, 10-14 de octubre de 2017 (Council 207/Minutes/Oct2017 and Council 208/Minutes/Oct2017)

3. INFORME PROVISORIO DEL PRESIDENTE

Recibir: Informe oral del Presidente de la AMM sobre sus actividades de octubre 2017 a marzo 2018 (Council 209/President Report/Apr2018)

4. INFORME DEL SECRETARIO GENERAL

Recibir: Informe del Secretario General al Consejo (Council 209/SecGen Report/Apr2018)

5. INFORME DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO

Recibir: Informe del Presidente del Consejo de la AMM (Council 209/Chair of Council Report/Apr2018)

6. CONSIDERACION DE PUNTOS DE URGENCIA POR EL CONSEJO**7. INFORMES DE COMITES****7.1 Comité de Etica Médica**

Considerar: Informe del Comité de Etica Médica (*MEC 209/Report/Apr2018)

7.2 Comité de Planes y Finanzas

Considerar: Informe del Comité de Planes y Finanzas (*FPL 209/Report/Apr2018)

7.3 Comité de Asuntos Médico-Sociales

Considerar: Informe del Comité de Asuntos Médico-Sociales (*SMAC 209/Report/Apr2018)

8. DEFENSA

Considerar: Informe oral del grupo de defensa y comunicaciones de la AMM

9. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

9.1 71ª Asamblea de la OMS

Recibir: Informe oral sobre la agenda de la 71ª Asamblea de la OMS

Recibir: Informe oral de las actividades de la AMM en la 71ª Asamblea OMS

10. CUALQUIER OTRO ASUNTO

11. EVALUACION ANUAL DEL SECRETARIO GENERAL (SESION A PUERTA CERRADA SOLO PARA MIEMBROS DEL CONSEJO)

12. CLAUSURA

* Estos documentos serán distribuidos en Riga.

12.03.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: Council 207/Minutes/Oct2017	Original: Inglés
Título: Actas de la 207ª sesión del Consejo	
Destinación: 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Hotel Latvija Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración

Miércoles 11 de octubre de 2017, 08:00 – 08:15

Viernes 13 de octubre de 2017, 08.00 – 10:30

Miembros del Consejo

Dr David O. Barbe

Dr MooJin Choo

Dr Andrew Dearden (Tesorero)

Dr Leonid Eidelman

Dr Louis Francescutti

Dr Michael B. Gannon

Dr Mzukisi Grootboom

Dr Andrew W. Gurman

Dr René Héman

Dr Ardis Dee Hoven (Presidente)

Dr Miguel Roberto Jorge

Dr Toru Kakuta

Dr Ajay Kumar

Dr Kenji Matsubara

Dr Mari Michinaga

Prof. Frank-Ulrich Montgomery (Vicepresidente)

Dr Ramin Parsa-Parsi

Dr Mark Porter

Dr Serafín Romero

Dr Andreas Rudkoebing

Dr Heidi Stensmyren

Dr Thomas Szekeres

Dr Julio Trostchansky

Dr Walter Vorhauer

Dr Shuyang Zhang

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Ketan Desai, *Presidente*

Sir Michael Marmot, *Ex Presidente Inmediato*

Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente-Electo*

Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*

Sra. Marie Colegrave-Juge, *Asesora Legal*

Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*

Prof. Vivienne Nathanson, *Facilitadora*

1. APERTURA

- 1.1** La reunión fue iniciada por la Presidente del Consejo, Dra. Ardis Hoven, a las 08:10, el 11 de octubre de 2017.

1.2 El Secretario General dio la bienvenida a los nuevos miembros, Dr. David O. Barbe (Estados Unidos), Dr. MooJin Choo (Corea) y Dr. Serafin Romero (España). Se recibieron excusas por ausencias del Dr. Thomas Szekeres (Austria, reemplazado por el Dr. Herwig Lindner), Dr. Julio Trostchansky (Uruguay, reemplazado por el Dr. Alarico Rodríguez) y los ex presidentes de la AMM, Sir Michael Marmot, Dr. Yank Coble, Dr. Dana Hanson y Dr. Wonchat Subhachaturas.

1.2 Palabras del Presidente. La Presidenta recordó a los participantes que tuitear durante las reuniones sobre finanzas, políticas y asuntos internos no está permitido. Los debates sobre políticas que no hayan sido adoptadas por la Asamblea General deben mantenerse confidenciales. Explicó también que los participantes que no son miembros del Consejo son bienvenidos a tomar parte en las reuniones.

2. ACTAS DE LA REUNION ANTERIOR

Las actas resumidas de las 206ª Sesión del Consejo realizada en Livingstone, Zambia, del 20 al 22 de abril de 2017 (Council 206/Minutes/Apr2017) fueron **aprobadas** por el Consejo.

3. COMITE DE CREDENCIALES

El Consejo aceptó la recomendación del Secretario General que el comité esté compuesto por las asociaciones médicas de Kenia, Bélgica y Panamá.

4. INFORME DEL PRESIDENTE

El Consejo recibió el informe del Presidente de la AMM, Dr. Ketan Desai, sobre las actividades presidenciales de mayo a septiembre de 2017. El Dr. Desai presentó su informe por escrito en el documento Council 207/Presidential Report/Oct2017.

5. INFORME DEL SECRETARIO GENERAL

El Consejo recibió el informe oral del Secretario General al Consejo que complementa el informe del Consejo (GA 2017-Council Report-Oct2017). El Dr. Kloiber explicó la estructura del informe del Consejo a la Asamblea General. Agradeció a todos los miembros que participaron en el trabajo de la AMM entre las reuniones, en particular la conferencia sobre Una Salud a la que asistieron más de 600 personas y fue recibida por la Asociación Médica de Japón y las reuniones de las cuestiones del final de la vida, realizadas en Latinoamérica, auspiciada por la Asociación Médica de Brasil y también en Japón, recibida por la Asociación Médica de Japón en colaboración con la Confederación de las Asociaciones Médicas de Asia y Oceanía (CMAAO). El Secretario General enfatizó que este tipo de cooperación y apoyo al trabajo regional de las AMNs es esencial.

El Dr. Kloiber recordó al Consejo que informó en la última sesión del Consejo el término automático de la Sociedad Médica de Rusia (RMS) por no pago de las cuotas. Informó al Consejo que la RMS envió una carta en la que contestan esta decisión y amenazan con un litigio si la AMM acepta a otro miembro constituyente de Rusia. La AMM no responderá esta carta de la RMS.

6. INFORME DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO

El Consejo recibió el informe del Presidente del Consejo por el período de mayo a septiembre de 2017 (Council 207/Chair of Council Report/Oct2017). La Dra. Hoven enfatizó la importancia de que todos participen y se sientan bienvenidos y puedan expresar sus puntos de vista sobre los temas debatidos en el Consejo. Instó a los participantes a pedir aclaraciones si tienen preguntas sobre el proceso. Reiteró que la participación de todos es valiosa y deseada.

El Consejo clausuró su sesión a las 08:45 para las reuniones de los comités permanentes y se volvió a reunir a las 08:06 el viernes 13 de octubre de 2017 para considerar los informes de comités.

7. CONSIDERACION DE PUNTOS DE URGENCIA

El Presidente informó al Consejo sobre una nueva resolución de urgencia propuesta después que el Consejo terminó su sesión para las reuniones de los comités permanentes y que el Consejo tiene que decidir si la acepta como un asunto urgente. La propuesta se titula Resolución del Consejo sobre Polonia (Council 207/Poland/Oct2017), leyó el texto de la resolución para permitir la interpretación al francés, español y japonés.

El Dr. Kloiber informó al Consejo que los representantes de la Cámara Polaca de Médicos y Dentistas pidieron la ayuda de la AMM sobre este asunto y propuso que la ayuda consista en la resolución y un comunicado de prensa inmediato. Revisó los puntos de la resolución. El Dr. Mazur, representante de la Cámara, expresó que no hay suficiente gasto público en salud, ni para los pacientes ni para los sueldos adecuados de los médicos, en especial los médicos jóvenes. Después de diez días de huelgas de hambre de algunos médicos jóvenes, la Cámara declaró un día de solidaridad con los manifestantes y espera que la AMM muestre su apoyo con la aprobación de resolución. La adición de una afirmación explícita de solidaridad fue aceptada como enmienda amistosa a la resolución.

El Consejo **aceptó** la resolución de Polonia (Council 207/Poland REV/Oct 2017), enmendada, como un asunto urgente y la **aprobó**.

8. INFORMES DE LOS COMITES PERMANENTES

El Consejo utilizó el calendario de consentimiento para considerar los informes del comité.

8.1 Comité de Etica Médica

El Consejo consideró el informe del comité de Etica Médica (MEC 207/Report/Oct2017). No se solicitaron extracciones y el Consejo **aprobó** el informe.

8.2 Comité de Planes y Finanzas

El Consejo consideró el informe del comité de Planes y Finanzas (FPL 207/Report/Oct2017). No se solicitaron extracciones y el Consejo **aprobó** el informe.

8.3 Comité de Asuntos Médico-Sociales

El Consejo consideró el informe del comité de Asuntos Médico-Sociales (SMAC 207/Report/Oct2017). No se solicitaron extracciones y el Consejo **aprobó** el informe.

9. INFORME DEL GRUPO DE MEDIO AMBIENTE

La Dra. Vivienne Nathanson informó que el grupo se reunió el día anterior y debatió sobre la próxima fase de las negociaciones climáticas (COP23) en Bonn, Alemania. La delegación de la AMM a la conferencia abordó los puntos en la reunión, incluida la revisión de la Declaración de Delhi sobre Salud y Cambio Climático que será votada por la Asamblea General en su sesión plenaria. El grupo abordó los esfuerzos de las AMNs en áreas relacionadas con el cambio climático y la posibilidad de reunir todas las políticas de la AMM relacionadas con el medio ambiente en un solo documento. La Dra. Nathanson informó que terminó su mandato como presidenta del grupo.

10. RELACIONES EXTERIORES

El Presidente informó al Consejo que los siguientes informes fueron referidos al Consejo por el comité de Planes y Finanzas, que no tuvo tiempo para recibirlos.

10.1 Informe del Presidente de los Miembros Asociados

El Presidente de los miembros asociados, Dr. Joseph Heyman, se refirió al informe escrito (FPL 207/Chair of AM Report/Oct 2017). Recordó a los miembros del Consejo que una vez que terminen en sus cargos pueden seguir involucrados en la AMM como miembros asociados.

10.2 Informe de la Red de ex Presidentes (PPCN)

El Dr. Jón Snaedal se refirió a su informe escrito, explicó que las actividades del grupo han aumentado.

10.3 Informe de la Red de Médicos Jóvenes (JDN)

La Dra. Caline Mattar, Presidenta de la Red de Médicos Jóvenes presentó el informe (FPL 207/JDN Report/Oct2017). Afirmó que JDN decidió recientemente abordar los temas de condiciones de trabajo y salud mental de los médicos jóvenes. Agradeció a la AMA por recibir la reunión de dos días antes de la Asamblea General.

10.4 Informe del World Medical Journal

El Dr. Peteris Apinis informó que la WMJ se sigue publicando después de 65 años. Agradeció al Dr. Elmar Doppelfeld, las asistentes Maira Sudraba y Velta Poz y al encargado de relaciones públicas de la AMM, Sr. Nigel Duncan por su ayuda.

10.5 Informe de Relaciones Públicas

El encargado de relaciones públicas, Sr. Nigel Duncan, explicó que su trabajo es evaluar cuáles asuntos de la AMM serán de interés para la profesión y la opinión pública y que generen publicidad para la Asociación. En esta reunión, anticipó que la Declaración de Ginebra revisada es probable que genere la mayor parte de publicidad y que publicará un comunicado de prensa inmediatamente después de su adopción en la Asamblea General. Todas las AMNs recibirán el comunicado y lo deben adaptar e incluir el mensaje de agradecimiento por la política de la presidenta del Consejo, lo que aumentará el interés en la prensa nacional de cada país. Las AMNs tienen una función

en incrementar el perfil de la AMM. Ofreció su colaboración a cualquier AMN que requiera ayuda para preparar los comunicados de prensa.

11. CUALQUIER OTRO ASUNTO

No hubo otros asuntos para el Consejo.

12. CLAUSURA

La reunión fue clausurada a las 08:53.



27.11.2017

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: Council 208/Minutes/Oct2017	Original: Inglés
Título: Actas resumidas de la 208ª sesión del Consejo	
Destinación: 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Hotel Latvija Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración

Sábado 14 de octubre de 2017, 16:40 – 16:45

Miembros del Consejo

Dr David O. Barbe	Dr Kenji Matsubara
Dr MooJin Choo	Dr Mari Michinaga
Dr Andrew Dearden (Tesorero)	Prof. Frank-Ulrich Montgomery (Vicepresidente)
Dr Leonid Eidelman	Dr Ramin Parsa-Parsi
Dr Louis Francescutti	Dr Mark Porter
Dr Michael B. Gannon	Dr Serafín Romero
Dr Mzukisi Grootboom	Dr Andreas Rudkoebing
Dr Andrew W. Gurman	Dr Heidi Stensmyren
Dr René Héman	Dr Thomas Szekeres
Dr Ardis Dee Hoven (Presidenta)	Dr Julio Trostchansky
Dr Miguel Roberto Jorge	Dr Walter Vorhauer
Dr Toru Kakuta	Dr Shuyang Zhang
Dr Ajay Kumar	

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente*
Dr. Ketan Desai, *Ex Presidente Inmediato*
Dr. Leonid Eidelman, *Presidente-Electo*
Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*
Sra. Marie Clegrave-Juge, *Asesora Legal*
Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*
Prof. Vivienne Nathanson, *Facilitadora*

1. APERTURA

- 1.1 La reunión fue iniciada por el Presidente del Consejo a las 16:40 el 14 de octubre de 2017.

- 1.2 Excusas por ausencias: Dr. Thomas Szekeres (Austria, reemplazado por el Dr. Herwig Lindner), Dr. Julio Trostchansky (Uruguay, reemplazado por el Dr. Alarico Rodríguez).

2. ASUNTOS DE LA ASAMBLEA GENERAL

2.1 Tecnologías Reproductivas

El Consejo **recibió** la revisión propuesta del proyecto de Declaración sobre Tecnologías Reproductivas (MEC 206/Reproductive Technologies REV2/Apr2017; Final annex, punto 2.4) que fue enviado al Consejo.

Este documento será tratado nuevamente en el MEC.

3. CUALQUIER OTRO ASUNTO

No hubo otros asuntos para el Consejo

4. CLAUSURA

La reunión fue clausurada a las 16:45.



27.11.2017

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: Council 209/President Report/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe del Presidente de la AMM (octubre 2017 – abril 2018)	
Destinado a: 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

Mi misión principal como presidente de la AMM, como lo afirmé en mi discurso inaugural en Chicago en octubre de 2017, es hacer un gran esfuerzo para avanzar en la iniciativa y ayudar en las actividades pasadas para lograr la cobertura universal de salud (CUS) y reforzar el sistema de salud de cada país en el mundo. Como la CUS es un concepto muy importante para llevar salud a toda la gente en el mundo, seguiré con actividades para desarrollar este concepto.

En las actividades de este semestre como Presidente de la AMM he concentrado mis esfuerzos en este importante tema en diversas reuniones dentro y fuera de Japón, como menciono a continuación:

1. Reuniones y otros eventos relacionados con la promoción de la CUS

Foro Mundial de Salud 2017, noviembre 2017

Las autoridades taiwanesas me invitaron al Foro Mundial de Salud 2017, organizado por el ministerio de salud y relaciones exteriores de Taiwán. 35 países asistieron con 1.000 participantes. El debate se centró principalmente en los SDGs, expuse al foro la importancia de la CUS y el reforzamiento del sistema de salud.

Foro CUS 2017, diciembre 2017

El Foro CUS 2017 fue celebrado en Tokio en diciembre pasado, organizado por el gobierno japonés, el Banco Mundial, UNICEF, UHC2030 y JICA. Fui invitado al foro y estuve en la sesión de apertura. Asistieron algunos líderes mundiales, como el Primer Ministro Shinzo Abe, el Secretario General de la ONU Sr. Antonio Guterres, el Presidente del Banco Mundial Sr. Jim Yong Kim y el Director General de la OMS Dr. Tedros Adhanom. Expresé en la reunión que una unidad transversal de los médicos es cada vez más necesaria en las enfermedades contagiosas y la preparación para las catástrofes, para avanzar en la globalización sin fronteras. Uno de los hechos destacados de esta reunión es que la AMM y la OMS acordaron un MOU oficial sobre la colaboración para establecer la CUS a nivel mundial y reforzar la preparación para las catástrofes. Como saben, el Dr. Tedros y yo firmamos el MOU el 5 de abril en Ginebra.

JMA Harvard Taro Takemi Memorial International Symposium en febrero 2018

La JMA realizó en su sede de Tokio el “JMA Harvard Taro Takemi Memorial International Symposium” cuyo subtema fue “Sistemas de salud comunitarios e innovaciones: crear la fundación para la cobertura universal de salud”. Asistieron a este simposio cerca de 350

personas, Sir Michael Marmot hizo una presentación. La JMA tiene un programa internacional de salud en el Harvard School of Public Health en Boston hace ya varios años para los investigadores del mundo. Este simposio se realizó para celebrar el 35° aniversario.

Firma del MOU con la OMS en abril de 2018

El 5 de abril se realizó la ceremonia de la firma del MOU sobre la CUS y preparación para catástrofes entre la AMM y la OMS en Ginebra. Creo que este MOU contribuirá a aumentar la presencia de la AMM en la comunidad mundial. Después de la firma, tuve una reunión con líderes de algunas organizaciones internacionales como el Fondo Mundial para el SIDA, tuberculosis y malaria, GAVI Alianza de Vacunas, CICR, Medecin Sans Frontieres y la Oficina de la ONU para Disminución de Riesgo de Catástrofes.

Cumbre Ministerial Mundial sobre Seguridad del Paciente, abril 2018

Este mes también se realizó en Tokio la Cumbre Ministerial Mundial sobre Seguridad del Paciente a la que asistieron 46 países. Estuve en la cumbre en mi calidad de Presidente de la AMM y compartí el discurso principal con el Dr. Gunther Jonitz, Presidente de la Asociación Médica de Berlín. También hice un breve comentario sobre las actividades de la AMM relativas a la seguridad del paciente en una sesión al igual que la CUS que puede estar estrechamente relacionada con las actividades de seguridad del paciente.

2. Otras actividades principales

Oficina de la ONU para Disminución de Riesgo de Catástrofes

En noviembre de 2017, asistí a la reunión de la AMM de la región europea sobre el final de la vida en el Vaticano. La reunión regional de Asia y Oceanía tuvo lugar en Tokio en septiembre pasado e informé sobre los resultados. Constaté algunas diferencias de ideas entre las regiones de Europa, Asia y Oceanía. Espero que tengamos un intenso debate sobre este tema en Riga.

También en diciembre pasado fui invitado por la Asociación Médica de Tailandia y la Universidad Tammathat a un programa científico de la **Conferencia Internacional de Una Salud 2017**, a la que asistieron cerca de 400 personas. La conferencia tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud mundial de los humanos y animales a través del debate de especialistas para lograr una colaboración más intensa entre la medicina y la medicina veterinaria.

2018 CMA Annual Scientific Meeting & The 2nd Pak-China Medical Congress & Belt and Road Forum of Medical Associations, realizada en Pekín, China. La conferencia a la que asistí fue “Lifestyle diseases: Current situation and countermeasures in Japan and China”. Enfatiqué que este tema es uno de los problemas graves que tienen los países en el mundo. También expresé que los médicos deben realizar esfuerzos continuos para enfrentar este problema.

En febrero de este año, fui nombrado miembro del grupo de trabajo de la OMS sobre sociedad civil en la tercera reunión a alto nivel de la Asamblea General de la ONU sobre NCDs.

El mismo mes, la JMA aceptó un grupo de especialistas de la Asociación Médica de Taiwán para investigar el estado actual del sistema de seguro de salud a largo plazo en Japón. La JMA ayudó al grupo a visitar algunas instituciones relacionadas con la atención a los ancianos.

A principios de este mes, la JMA invitó al Prof. Ronit Katz, miembro y ex Presidente del Consejo de Gobernanza de la AMA, a la conferencia CBRNE sobre preparación para los

Juegos Paralímpicos de Tokio en 2020. Los especialistas abordaron las medidas a tomar en caso de una catástrofe terrorista.

Dr. Yoshitake Yokokura
Presidente de la AMM



17.04.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: Council 209/Chair of Council Report/Apr2018	Original Inglés
Título: Informe del Presidente del Consejo (octubre 2017 – marzo 2018)	
Destinado: 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

Cuando nos aproximamos a la reunión del Consejo en Riga este mes, reflexiono sobre la gran cantidad de trabajo que han realizado nuestros miembros y la AMM. Recientemente, en la sede de la OMS en Ginebra, la OMS y la AMM firmaron un memorando de acuerdo que confirma la cooperación en temas de interés común, incluidas medidas sobre los determinantes sociales de la salud, cobertura universal de salud y el mejoramiento de la preparación para emergencias. Agradecemos mucho a nuestro Presidente, Dr. Yokokura y nuestro Secretario General, Dr. Otmar Kloiber, por hacerlo fructificar.

Se ha logrado algo muy importante con respecto a las reuniones regionales sobre la atención del final de la vida, quiero expresar mis agradecimientos personales a los países que recibieron y organizaron estos eventos. Abordaremos los resultados de estos encuentros en Riga, los espero ansiosa. Algo más personal, tuve el privilegio de asistir a la reunión en el Vaticano y gozar de la hospitalidad y amabilidad del arzobispo Vincenzo Paglia, Presidente de la Academia Pontificia para la Vida. La diversidad de conocimientos presentados por los profesionales médicos, autoridades legales, expertos en cuidados paliativos y teólogos, fueron para todos nosotros una experiencia extraordinaria. Agradecer especialmente a la Asociación Médica de Alemania por su liderazgo y apoyo en esta importante actividad.

En la segunda quincena de noviembre, recibí una invitación para asistir a la segunda conferencia científica de la Asociación Médica de Kuwait (KMA). El Dr. Kloiber y yo tuvimos la oportunidad de reunirnos con la directiva de la KMA y abordar el valor de la AMM gracias a la invitación del Dr. Mohammad Al-Mutairi, Presidente de la Asociación Médica de Kuwait. Esta fue una excelente oportunidad para representar la AMM en una región del mundo en donde nuestra presencia ha sido limitada.

En un contexto más local, fui invitada a hablar en una reunión regional sobre salud global en Ohio, en la que se trató la labor de la AMM relacionada con temas de salud global. La audiencia incluyó académicos, organizaciones de salud pública y estudiantes de medicina y odontología, muchos de los cuales han participado en una variedad de lugares relacionados con salud pública y prevención. Pude hablar sobre resistencia antimicrobiana, el papel de toda la comunidad médica y veterinaria en la preparación, la necesidad de educación y programas de formación en Una Salud que sean

multidisciplinarios y un enfoque en salud ambiental. El rol que tiene la AMM en este trabajo global es en realidad un desafío, pero es absolutamente necesario.

Por último, al escribir recientemente una introducción sobre Women's Health in Global Perspective, recordé las barreras para la atención médica y las necesidades clínicas que son amenazas a la atención adecuada para las mujeres. Con el aumento de las migraciones causadas por la guerra, el cambio climático y los trastornos económicos, las mujeres son el blanco de abusos, violencia y privaciones. Las desigualdades en salud basadas en el sexo intensifican la necesidad de nuestro rol en los determinantes sociales de la salud a nivel mundial.

Como líderes en medicina, tenemos la oportunidad y responsabilidad de dejar de lado la política y concentrarnos en las necesidades de los pacientes y nuestros colegas. Cuando disfrutemos de la hospitalidad de Riga, insto al diálogo en lo que incluso podemos considerar temas difíciles. Es muy deseable el respeto y la opinión de las minorías. Somos distintos en muchos aspectos y debemos celebrarlo.

Dra. Ardis Dee Hoven
Presidenta del Consejo



06.04.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: MEC 209/Agenda/Rev/Apr2018	Original: Inglés
Título: Agenda del Comité de Etica Médica	
Destinación: Comité de Etica Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración
Nota: Esta agenda ha sido revisada en los puntos 3.4	

Jueves 26 de abril de 2018

Miembros del Comité

Dr. Andrew W. GURMAN
Dr. David O. BARBE
Dr. Michael Bryant GANNON
Dr. Thomas SZEKERS
Dr. Andrew DEARDEN
Dr. Mark PORTER
Dr. Shuyang ZHANG
Dr. Serafín ROMERO
Dr. Heidi STENSMYREN (Presidenta)

Dr. Andreas RUDKJOEBING
Dr. Frank-Ulrich MONTGOMERY
Dr. Ramin PARSA-PARSI
Dr. Ajay KUMAR
Dr. Kenji MATSUBARA
Dr. Mari MICHINAGA
Dr. René HÉMAN
Dr. Mzukisi GROOTBOOM

Ex-officio (con derecho a voto)

Dra. Ardis Dee Hoven, *Presidente del Consejo*
Dr. Frank Ulrich Montgomery, *Vicepresidente del Consejo*
Dr. Andrew Dearden, *Tesorero*

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente*
Dr. Leonid Eidelman, *Presidente-Electo*
Dr. Ketan Desai, *Ex Presidente Inmediatio*
Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*
Sra. Marie Colegrave-Juge, *Asesora Legal*
Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*
Ms. Joelle Balfe, *Facilitadora*
Dr. Julia Tainijoki, *Asesora Médica*

1. APERTURA

1.1 Apertura del Presidente del Consejo

1.2 Aprobar: Informe de la reunión anterior realizada en Chicaho, EE.UU. 11 al 14 de octubre de 2017
(MEC 207/Report/Oct2017)

1.3 Palabras del Presidente

2. INFORME ORAL DE MONITOREOS

3. ASUNTOS PENDIENTES

3.1 Declaración sobre el Aborto Terapéutico

Considerar: Informe oral del grupo de trabajo
Revisión propuesta de la Declaración sobre el Aborto terapéutico
(MEC 209/Therapeutic Abortion COM REV3/Apr2018)

3.2 Etica de la Telemedicina

Considerar: Proyecto de Declaración sobre la Etica de la Telemedicina
(MEC 209/Ethics of Telemedicine COM REV/Apr2018)

3.3 Otorgamiento de Licencias a los médicos que escapan de la persecución por graves delitos penales

Considerar: Revisión propuesta de la Declaración sobre el Otorgamiento de Licencias a los médicos que escapan de la persecución por graves delitos penales
(MEC 209/Licensing Physicians Fleeing Prosecution COM REV/Apr2018)

3.4 Reuniones regionales sobre el Final de la Vida (talleres EoL)

Recibir: Informe oral del Secretario General

Informe de los simposios sobre el final de la vida en Japón, septiembre 2017
(MEC 209/End of Life Japan/Apr2018)

Informe de la reunión de la región de Africa sobre el final de la vida en Nigeria, septiembre 2017
(MEC 209/End of Life Nigeria/Apr2018)

Informe de la reunión de la región de Sudamérica sobre el final de la vida en Brasil 2017
(MEC 209/End of Life Brazil/Apr2018)

Informe de la reunión de la región de Europa sobre el final de la vida,
noviembre 2017
(MEC 209/End of Life Europe/Apr2018)

4. ASUNTOS NUEVOS

4.1 Genética y Medicina

Considerar: Propuesta de revisión importante de la Declaración sobre Genética y Medicina
(MEC 209/Genetics and Medicine/Apr2018)

4.2 Productos Medicinales Biosimilares

Considerar: Proyecto de Declaración sobre los Productos Medicinales Biosimilares
(MEC 209/Biosimilar Medicinal Products/Apr2018)

5. CLASIFICACION DE LAS POLITICAS DE 2008

Considerar: Recomendaciones recibidas del documento MEC
(MEC 209/Policy Review 2008/Apr2018)

6. DERECHOS HUMANOS DE LA AMM

Recibir: Informe oral del Secretariado de la AMM

7. CUALQUIER OTRO ASUNTO

8. CLAUSURA

09.03.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: MEC 207/Report/Oct2017	Original: Inglés
Título: Informe del Comité de Ética Médica	
Destinación: Comité de Ética Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración

Miércoles 11 de octubre de 2017

Miembros del Comité

Dr. Andrew W. GURMAN
Dr. David O. BARBE
Dr. Michael Bryant GANNON
Dr. Thomas SZEKERS
Dr. Andrew DEARDEN
Dr. Mark PORTER
Dr. Shuyang ZHANG
Dr. Serafín ROMERO
Dr. Heidi STENSMYREN (Presidente)

Dr. Andreas RUDKJOEBING
Dr. Frank-Ulrich MONTGOMERY
Dr. Ramin PARSA-PARSI
Dr. Ajay KUMAR
Prof. Leonid EIDELMAN
Dr. Kenji MATSUBARA
Dr. Mari MICHINAGA
Dr. René HÉMAN
Dr. Mzukisi GROOTBOOM

Ex-officio (con derecho a voto)

Dr. Ardis Dee Hoven, *Presidente del Consejo*
Prof. Frank Ulrich Montgomery, *Vicepresidente del Consejo*
Dr. Andrew Dearden, *Tesorero*

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Ketan Desai, *Presidente*
Sir Michael Marmot, *Ex Presidente Inmediato*
Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente-Electo*
Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*
Sra. Marie Colegrave-Juge, *Asesora Legal*
Prof. Vivienne Nathanson, *Facilitador*

1. APERTURA

- 1.1 La reunión fue abierta por la Presidenta del Consejo a las 08:45 del miércoles 11 de octubre de 2017.
- 1.2 El informe de la reunión anterior realizada en Livingstone, Zambia el 20 de abril de 2017 (MEC 206/Report/Apr2017) fue aprobado por el comité.
- 1.3 El Dr. Thomas SZEKERES fue reemplazado por el Dr. Herwig LINDNER.

2. INFORME DE MONITOREO (ORAL)

El Secretario General destacó la importancia de incluir a todos los miembros en las discusiones de los asuntos éticos en la AMM, en especial los que no asisten regularmente al Consejo o la Asamblea General. Las recientes reuniones regionales son una buena manera de involucrar a estos miembros.

El Dr. Kloiber hizo ver que hay varios asuntos importantes emergentes que tienen un impacto en la profesión médica e instó a los miembros a presentar políticas sobre los siguientes temas: independencia clínica, comercialización de la atención médica, inteligencia artificial y nuevas tecnologías para modificar el genoma de los humanos y la nanotecnología.

3. ASUNTOS PENDIENTES

3.1 Declaración de Ginebra

El Comité recibió el informe oral del presidente del GT sobre la Declaración de Ginebra, Dr. Ramin PARSA-PARSI. Informó sobre la consulta abierta de mayo/junio de este año y la reunión del GT en Suecia en septiembre. El asesor de ética de la AMM, Prof. Urban WIESING, presentó un resumen de la historia de la declaración y explicó los cambios propuestos por el GT.

RECOMENDACION

- 3.1.1 Que la revisión de la Declaración de Ginebra (MEC 207/DoG/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para su adopción.

Por recomendación del comité, la presidenta del Consejo acordó leer la Declaración de Ginebra al comienzo de cada sesión ceremonial de las futuras asambleas generales. Este año, se leerá al término de la Asamblea General, después de la adopción de la revisión en la sesión plenaria. Además, se decidió presentar la nueva versión en la conferencia de bioética de la UNESCO y el 14º Congreso de Bioética.

3.2 Declaración sobre Aborto terapéutico

El Comité recibió el informe oral del Dr. Selealo MAMETJA, presidente del grupo de trabajo y consideró la revisión propuesta de la Declaración del Aborto Terapéutico (MEC 207/Therapeutic Abortion REV2/Oct2017). El GT tuvo una reunión antes de la reunión del comité y propuso algunos ajustes adicionales al documento y también cambiar el nombre de “aborto terapéutico” a “aborto con indicación médica”.

RECOMENDACION

- 3.2.1 Que la la revisión propuesta de la Declaración del Aborto Terapéutico (MEC 207/Therapeutic Abortion REV2/Oct2017) sea enviada a los miembros para comentarios.

3.3 Medicina Centrada en la Persona

El comité consideró el Proyecto de Declaración sobre Medicina Centrada en la Persona y comentarios (MEC 207/Person Centered Medicine COM REV/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.3.1 Que el Consejo reconozca el trabajo sobre el tema de la medicina centrada en la persona, pero que la política no sea continuada esta vez.

3.4 Maltrato y Abandono del Niño

El Comité consideró la Revisión propuesta de la Declaración sobre el Maltrato y Abandono del niño y comentarios (MEC 207/Child Abuse COM REV/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.4.1 Que la Revisión propuesta de la Declaración sobre el Maltrato y Abandono del niño y comentarios (MEC 207/Child Abuse COM REV/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para su adopción.

3.5 Donación de Organos y Tejidos

El Comité examinó la Revisión propuesta de la Declaración sobre Donación de Organos y Tejidos y comentarios (MEC 207/Organ and Tissue Donation COM REV/Oct2017). El comité presentará la declaración al Consejo con una enmienda adicional en el párrafo 17 para aclarar la redacción sobre el consentimiento del donante.

RECOMENDACION

- 3.5.1 Que la Revisión propuesta de la Declaración sobre Donación de Organos y Tejidos y comentarios (MEC 207/Organ and Tissue Donation COM REV/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para su adopción, pendiente el acuerdo del Consejo sobre la redacción del párrafo 17 sobre el consentimiento del donante.

3.6 Declaración de Hamburgo

El Comité consideró la revisión propuesta de la Declaración de Hamburgo (MEC 207/Declaration of Hamburg/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.6.1 Que la revisión propuesta de la Declaración de Hamburgo (MEC 207/Declaration of Hamburg/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para información.

3.7 Relator de la ONU para la Independencia e la Integridad de los Profesionales de la Salud

El comité consideró la Revisión de la propuesta de Relator de la ONU para la Independencia e la Integridad de los Profesionales de la Salud (MEC 207/UN Rapporteur/Oct2017) y el informe oral de la Sra. Clarisse DELORME, asesora de defensa de la AMM, que se reunió con el CICR para abordar la pertinencia de la declaración existente.

RECOMENDACION

- 3.7.1 Que la revisión de la propuesta de Relator de la ONU para la Independencia e la Integridad de los Profesionales de la Salud (MEC 207/UN Rapporteur/Oct2017) sea cancelada y archivada.

3.8 Etica de la Telemedicina

El comité consideró la Revisión propuesta de la Declaración sobre Etica de la Telemedicina (MEC 207/Ethics of Telemedicine/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.8.1 Que la revisión propuesta de la Declaración sobre Etica de la Telemedicina (MEC 207/Ethics of Telemedicine/Oct2017) sea enviada a los miembros para comentarios.

3.9 Otorgamiento de Licencias a los Médicos que Escapan de la Persecución por Graves Delitos Penales.

El comité consideró la Revisión propuesta de la Declaración sobre el Otorgamiento de Licencias a los Médicos que Escapan de la Persecución por Graves Delitos Penales (MEC 207/Licensing Physicians Fleeing Prosecution/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.9.1 Que la revisión propuesta de la Declaración sobre el Otorgamiento de Licencias a los Médicos que Escapan de la Persecución por Graves Delitos Penales (MEC 207/Licensing Physicians Fleeing Prosecution/Oct2017) sea enviada a los miembros para comentarios.

3.10 Reuniones Regionales de las Cuestiones relativas al Final de la Vida

El comité recibió un informe oral del Secretario General sobre la reunión regional en Japón en septiembre de 2017, en conjunto con la reunión de CMAAO y con el apoyo de la JMA. Informó que el interés por debatir sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica en la región de Asia es muy poco en la mayoría de los países, con excepción de Australia y Nueva Zelanda. Ninguna asociación que asistió a la reunión tiene una política que apoye la eutanasia o el suicidio con ayuda médica. El debate sobre el tratamiento no deseado o inútil es un tema que a menudo se discute a nivel regional.

El Prof. Ulrich MONTGOMERY informó al comité sobre la próxima conferencia sobre el tema del Final de la Vida en noviembre. La inscripción está casi completa y si hay miembros interesados en asistir deben ponerse en contacto con la Asociación Médica de Alemania de inmediato.

4. **DERECHOS HUMANOS DE LA AMM**

La Asesora de Defensa del Secretariado de la AMM se refirió al informe del Consejo (Council 207/SecGen Report/Oct2017) y destacó la reunión con el Relator Especial de la ONU para la Salud, Dr. Dainius PURAS, sobre su último informe de salud mental, derechos humanos y ataques al personal de la salud. El Comité Ejecutivo recomienda invitarlo al próximo Consejo o a la Asamblea General en 2018.

En julio de 2017, el Tratado sobre la Prohibición de Armas Nucleares, primer instrumento multilateral jurídicamente vinculante para el desarme nuclear fue adoptado. En la apertura de la firma del tratado, el IPPN junto con la AMM, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública adoptaron una declaración conjunta en la que instan a los Estados miembros a firmar el tratado y ratificarlo a la brevedad para que pueda entrar en vigor.

5. **CUALQUIER OTRO ASUNTO**

- 5.1 El Secretario General recordó al comité que la AMM tiene tres políticas relacionadas con la pena de muerte:
- Resolución sobre Participación del médico en la pena de muerte
 - Resolución para reafirmar la prohibición de la participación del médico en la pena de muerte
 - Declaración sobre la resolución de la ONU para una moratoria sobre el uso de la pena de muerte

6. **CLAUSURA**

La reunión terminó a las 11:40 del miércoles 11 de octubre para informar al Consejo.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	MEC 209/Therapeutic Abortion COM REV3/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Revisión propuesta de la Declaración sobre el Aborto Terapéutico	
Destinado a:	Comité de Ética Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	<p>Como parte del proceso de revisión de políticas, el Consejo en Buenos Aires (abril 2016) decidió que la Declaración sobre el Aborto Terapéutico debe ser reafirmada con cambios menores. El Secretariado de la AMM presentó una revisión a la 204ª sesión del Consejo en Taipei (octubre 2016). El Consejo decidió enviar esta versión a los miembros de la AMM para comentarios.</p> <p>Dadas las controversias de las opiniones reflejadas en los comentarios de los miembros, el Consejo nombró un grupo de trabajo con Sudáfrica como coordinador. Esta es la versión que presenta el GT.</p> <p>La 207ª sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la versión propuesta por el grupo de trabajo y decidió enviarla a los miembros para comentarios.</p>	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association

AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de Espana
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins, France
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
GMA	Bundesärztekammer (German Medical Association)
IsMA	Israeli Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association
PCPD	Polish Chamber of Physicians and Dentists (Naczelna Izba Lekarska)
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association
TuMA	Turkish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AM	<p>The Associate Members had a lively and respectful discussion about this difficult topic. We believe limiting it to medically-indicated abortion may make it easier to come to a satisfactory conclusion. The Associate Members are divided about a single issue in this document. It is the issue about referral. All of us believe physicians who are not comfortable or capable performing abortions should not have to do so. Some physicians feel that it is against their personal moral convictions to have to refer someone for a procedure the referring physician feels is immoral. Alternative language acceptable to these physicians is proposed as an alternative paragraph 8 (1). We are also including an additional alternative (2) that further defines medically-induced abortions using the terms “direct” and “indirect”.</p> <p>Other AMs feel just as strongly that these physicians, with a moral objection to medically-indicated abortion, should still have to help the patient get the necessary medical treatment. Those physicians feel the alternative language allows physicians to behave unethically to their patients because of their personal moral beliefs, not necessarily shared by the patient. They feel that the disagreeing physician has to help the patient find needed care. We do not endorse either version of paragraph 8, but leave it to the rest of the process to make the final decision on how to word paragraph 8.</p> <p>Other minor suggestions are included for consistency and clarity.</p>
AMV	<p>As we have previously stressed, the medical establishment should work towards protecting and promoting every human life (born and unborn). Considering the importance of the mother’s interests, we cannot accept the interruption of pregnancy before viability outside the case of a risk for the woman’s life or a grave health problem. This declaration also undermines the physician’s right to conscientious objection by forcing referrals to other physicians.</p>

BMA	<p>We welcome this revision of the declaration which addresses our previous comments on MEC 204. We have reservations regarding the changed title of the declaration to ‘medically-indicated abortion’ which is potentially ambiguous and value laden in terms of grounds for an abortion. For example, some might argue that abortion is rarely and only in extremis ‘medically-indicated’ when the health risks of pregnancy and childbirth are over and above that which would normally be expected; not taking into account the inherent risks of pregnancy and childbirth for women, and/or the particular circumstances of a woman and her family (for example, the pregnancy is a consequence of rape). The BMA currently refers to ‘induced abortion’, and would suggest this becomes the title.</p> <p><i>Keywords: Abortion, Pregnancy, Mother, Respect, Autonomy, Fundamental Right [Within the context of abortion, the term ‘mother’ can be seen as emotive. A pregnant woman is not a mother until she gives birth.]</i></p>
CNOM	<p>The CNOM (French Medical Council) thanks the working group for this new version but cannot support it as it is.</p>
DMA	<p>The Danish Medical Association supports the revised version of this declaration. We have two minor suggestions: In section 2, we would suggest deleting “between the patient and the physician” so that the sentence ends after “matter”. And, in light of the change in title, in section 9 we would suggest changing “therapeutic abortion” to “medically indicated abortion”. <i>[Note: those comments have been added in the table below]</i></p>
FMA	<p>FMA can accept the revised document. We have one minor comment to the text: Para 9: to change wording to medically-indicated instead of therapeutic. <i>[Note: this comment has been added in the table below]</i></p>
GMA	<p>The GMA has incorporated a small number of suggested editorial revisions below. <i>[Note: those comments have been added in the table below]</i></p>
NMA	<p>NMA supports this document, but suggest one new item under Recommendations</p>
PCPD	<p>The Polish Chamber of Physicians and Dentists is of the opinion that physicians have a right to conscientious objection to providing certain medical services and those medical doctors who do not provide certain services may not be disciplined or discriminated against which should be safeguarded by national laws by the so called “conscience clause”.</p> <p>Abortion is one of the medical procedures that is most often associated with the issue of conscientious objection. The Polish Chamber, therefore welcomes clear reference to the physicians’ right to conscientious objection to providing abortion.</p> <p>As the Polish Constitutional Court stated in its judgment of 7 October 2015 in the proceedings initiated by the Polish Chamber it is not only the physician’s right but it is the physician’s duty to act according to his / her conscience. Acting against physician’s conscience may be required only in cases where a delay in providing medical assistance would result in posing danger to life or serious harm.</p> <p>At the same time the Constitutional Court said that it is against the Polish constitution to require that a doctor who objects to provide abortion has to refer the woman to another easily accessible physician or health facility willing to perform abortion. As the Court indicated this would unproportionally infringe the physician’s conscience. Also it is not a duty of a physician to gather and provide information about other physicians who do not object to perform abortion – in fact gathering such information by a physician could constitute a breach of other laws. This kind of information should be provided to patients by those who are in charge of running the healthcare system (public authorities, healthcare facility management, National Health Fund) and not by individual doctors whose conscience does not allow them to participate in abortion.</p> <p>The reasoning of this verdict should be fully supported, therefore the Polish Chamber proposes to amend points 8 and 9 by deleting second sentence in point 8, rephrasing the third sentence in point 8 and deleting point 9 which puts an obligation on all doctors despite their ethical convictions.</p>

	<p>In those cases where medically-indicated abortion is legally allowed it should be performed by a competent physician in approved healthcare facilities – these procedures should not be delegated to other health care professions. Therefore the Polish Chamber proposes to amend point 5 of the draft by deleting the part “or other health care worker”. <i>[Note: this specific comment about paragraphs 5, 8 and 9 have been added in the table below]</i></p>
<p>RDMA</p>	<p>Preliminary question: How does this declaration relate to the declaration on the WMA-website, WMA Declaration of Oslo on Therapeutic Abortion Adopted by the 24th World Medical Assembly, Oslo, Norway, August 1970 and amended by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The WMA requires the physician to maintain respect for human life. 2. Circumstances bringing the interests of a mother into conflict with the interests of her unborn child create a dilemma and raise the question as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. 3. Diversity of responses to such situations is due in part to the diversity of attitudes towards the life of the unborn child. This is a matter of individual conviction and conscience that must be respected. 4. It is not the role of the medical profession to determine the attitudes and rules of any particular state or community in this matter, but it is our duty to attempt both to ensure the protection of our patients and to safeguard the rights of the physician within society. 5. Therefore, where the law allows therapeutic abortion to be performed, the procedure should be performed by a physician competent to do so in premises approved by the appropriate authority. 6. If the physician’s convictions do not allow him or her to advise or perform an abortion, he or she may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. <p>Is there a more recent version? Otherwise we don’t understand the changes made to this declaration being ‘reaffirmed with minor revision’.</p>
<p>SwMA</p>	<p>This is a proposed revision of the existing <i>WMA Declaration on therapeutic abortion</i>. The existing policy is not entirely clear as to whether its scope is only abortions performed due to medical reasons or if it also covers other situations where a pregnancy is terminated following a request by the pregnant woman. The SMA would like to stress that it is of utmost importance that the change of terminology – from “therapeutic abortion” to “medically-indicated abortion” – in the revised version must not in any way be interpreted as if the WMA opposes other abortions than strictly medically-indicated ones.</p>

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: MEC 207/Therapeutic Abortion REV2/Oct2017	Specific Comments Additions: <u>bold/underlined</u> Deletions: lined-out Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propuesto revisado por: Coordinador MEC 209/Therapeutic Abortion REV3/Apr2018
Título	Declaración sobre el Aborto por Indicación Médica	WMA Declaration on therapeutic <u>Medically-Indicated Termination</u> [CNOM]	Término del embarazo por indicación médica: <i>(la mayor parte de la literatura especializada sobre indicaciones médicas utiliza este término)</i>
	INTRODUCCION		
		<i>[New paragraph]:</i> <u>The doctor should always bear in mind that the first moral principle imposed upon him is to respect human life (born and unborn)</u> [AMV]	
1.	El aborto por indicación médica se refiere a la interrupción del embarazo por razones de salud, conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia y a la buena práctica médica.	Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to <u>serious</u> health reasons, in accordance with evidence-based medicine principles and good <u>current</u> clinical practice. [AMV] <u>For the purpose of this declaration</u> medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health	El término del embarazo por indicación médica se refiere a la interrupción del embarazo por razones de salud, conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia y a la buena práctica médica.

		<p>reasons, in accordance with evidence-based medicine principles and good clinical practice. [SwMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons [<i>It is necessary to explain the term 'medically indicated abortion' (the same holds for therapeutic abortion, since that term is unclear also). Does 'medically indicated' include: abortion induced because of the mother's physical or mental health, of social reasons and to prevent the birth of an affected child?</i>] ... [RDMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons, in accordance with evidence-based medicine medical principles and good clinical practice. [CMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons, in accordance with principles of evidence-based medicine principles and good clinical practice. [GMA]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons for the mother, in accordance with evidence-based medicine principles and good clinical practice. [CGCM]</p> <p>Medically-indicated abortion refers to interruption of pregnancy due to health reasons ... [IsMA: <i>are you referring to the health of the fetus, mother or both ?</i>]</p>	
--	--	--	--

<p>2.</p>	<p>El aborto es un asunto médico entre el paciente y el médico. Las actitudes frente al aborto son una cuestión de convicción y conciencia individuales que deben ser respetadas.</p>	<p>[Delete paragraph] [SwMA]</p> <p>[Delete paragraph; <i>abortion is not only about “individual conviction and conscience”</i>. <i>Medicine has a lot to say concerning fetal life</i>] [AMV]</p> <p>Medically-indicated Aabortion is a medical matter between the patient and the physician ...[AM]</p> <p>Abortion is a medical matter between the patient and the physician... [DMA]</p> <p>... Attitudes toward abortion are a matter of individual conviction and conscience that mustshould be respected. [BMA]</p> <p><i>[The BMA supports the right of doctors to have a conscientious objection to abortion and believes that such doctors should not be marginalised because of their beliefs. This is, however, a qualified right with some specific limitations. As noted in the new paragraph 8 - to save a woman’s life – and, therefore, the term ‘should’ rather than ‘must’ would be preferable.]</i> [BMA]</p> <p>AbortionMedically-indicated abortion is a medical matter between the patient and the physician. Attitudes toward abortion are a matter of individual conviction and consciencevalues that must be respected. [CGCM]</p> <p>Abortion is a medical matter between the patient and the physician. Attitudes toward abortion are a matter of</p>	<p>El término del embarazo es un asunto médico entre el paciente y el médico. Las actitudes frente al término del embarazo son una cuestión de convicción y conciencia individuales que deben ser respetadas.</p>
-----------	---	--	---

		individual conviction and conscience that must be respected. [CNOM].	
3.	Las circunstancias que ponen los intereses de la madre en conflicto con los intereses del feto por nacer pueden crear un dilema respecto a si el embarazo debe o no ser deliberadamente interrumpido. La diversidad de respuestas a esta situación es producida en parte por la diversidad de actitudes hacia la vida del feto, por diferentes razones entre ellas culturales, religiosas y tradicionales	<p>Circumstances where the interest of a woman is in conflict with the interests of her unborn fetus may create a dilemma raise the question as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. The diversity of responses attitudes to such situations is due in part to the diversity of attitudes differing views towards the woman's autonomy and the life of the fetus, for various reasons including cultural, religious and traditional. [SwMA]</p> <p>Circumstances where the interest life of a woman is in conflict with the interestslife of her unborn fetus may create a dilemma as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. The diversity of responses to such situations is due in part to the diversity of attitudes towards the life of the fetus, for various reasons including cultural, religious and traditional. [AMV]</p> <p>Circumstances - where the interest in pursuing a pregnancy which puts the woman's life at risk of a woman is in conflict with the interests of her unborn fetus - may create a dilemma as to whether or not the pregnancy should be deliberately terminated. The diversity of responses to such situations is due in part to the diversity of attitudes towards the life of the fetus, for various reasons including medical, cultural, religious and traditional. [CNOM]</p>	Las circunstancias en que una paciente puede sufrir daños si sigue con el embarazo hasta el final presenta un conflicto entre la vida del feto y la salud de la embarazada. La diversidad de respuestas para resolver este dilema refleja la variedad de estándares culturales, legales, tradicionales y regionales de la atención médica en el mundo.
	RECOMENDACIONES		

<p>4.</p>	<p>Los médicos deben conocer la legislación local sobre el aborto, reglamentos y requisitos de información. Las leyes nacionales, normas, estándares y práctica clínica relativas al aborto deben promover y proteger la salud de la mujer y sus derechos humanos, consentimiento informado voluntario y autonomía para decidir, confidencialidad y privacidad. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar para que la política de salud nacional defienda estos principios.</p>	<p>Doctors should need to be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements. National laws, norms, standards, and clinical practice related to abortion should must promote and protect women’s health and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy. National Mmedical Aassociations should advocate that national health policy upholds these principles. [SwMA]</p> <p>Doctors should be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements. National laws, norms, standards, and clinical practice should promote and protect every person’s health related to abortion should promote and protect women’s health and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy. National medical associations should advocate that national health policy upholds these principles. [AMV]</p> <p>Doctors Physicians should be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements. National laws, norms, standards, and clinical practice related to abortion should promote and protect women’s health, dignity, and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy... [AM]</p> <p>Doctors should be aware of local abortion laws and ethical norms, regulations and reporting requirements thereof. National laws, norms, standards, and clinical practice related to abortion should promote and protect women’s health and their human rights, as well as respect voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, maintaining</p>	<p>Los médicos deben conocer la legislación local sobre el término del embarazo, reglamentos y requisitos de información. Las leyes nacionales, normas, estándares y práctica clínica relativas al término del embarazo deben promover y proteger la salud, dignidad de la mujer y sus derechos humanos, consentimiento informado voluntario y autonomía para decidir, confidencialidad y privacidad. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar para que la política de salud nacional defienda estos principios.</p>
-----------	--	--	--

		<p>medical confidentiality and privacy. National medical associations should advocate that national health policy upholds, promotes and complies with these principles. [CGCM]</p> <p>Doctors should be aware of local abortion laws, regulations and reporting requirements relating to medically-indicated termination. National laws, norms, standards, and clinical practice related to medically-indicated termination should promote and protect women’s health and their human rights, voluntary informed consent, and autonomy in decision-making, confidentiality and privacy. ... [CNOM]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Women who decide to terminate pregnancy should not be punished. National Medical Associations and physicians should speak out against legislation and practices that are in opposition to this fundamental right.</u> <i>[It is important that women are not punished if they decide to terminate pregnancy]</i> [NMA]</p>	
<p>5.</p>	<p>Cuando la ley permita el aborto por indicación médica, el procedimiento debe ser realizado por un médico u otro personal de salud competente, conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia y de la buena práctica médica, en un establecimiento aprobado que cumpla con las normas médicas necesarias.</p>	<p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good medical practice in an approved facility that meets necessary medical standards. [SwMA]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good current medical practice in an approved facility that meets necessary medical standards. [AMV]</p>	<p>Cuando la ley permita el término del embarazo por indicación médica, el procedimiento debe ser realizado por un médico u otro personal de salud competente, conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia y de la buena práctica médica, en un establecimiento aprobado que cumpla con las normas médicas necesarias.</p>

		<p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with ... [PCPD]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with principles of evidence-based medicine principles and good medical practice in an approved facility that meets necessary medical standards. [GMA]</p> <p>Where the law allows medically-indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good medical practice in an approved facility appropriate health centre that meets necessary medical standards. [CGCM]</p> <p>Where the law allows medically indicated abortion to be performed, the procedure should be performed by a competent physician or other health care worker in accordance with evidence-based medicine principles and good medical clinical practice in an approved facility that meets necessary required medical standards. [AMA]</p>	
6.	Las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas.	<p>[Delete paragraph] [SwMA]</p> <p>The convictions of both the doctors and the patient and physician must be respected. [AM]</p>	Las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas.

		<p>The convictions of both the doctors and the patient mustshould be respected. [BMA]</p> <p><i>[See note on para 2.]</i> [BMA]</p> <p>The convictions and values of both the doctors and the patient must be respected. [CGCM]</p> <p><i>[Delete paragraph; combined with 7]</i> [AMA]</p>	
<p>7.</p>	<p>Los pacientes con convicciones morales deben ser apoyados apropiadamente y recibir tratamiento médico y psicológico necesario.</p>	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p>Patients with moral convictions must be supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatment along with appropriate counselling and spiritual support if desired. [AM]</p> <p>Patients with moral convictions must be supported appropriately and offered provided with necessary medical and psychological treatment. [BMA]</p> <p>Patients with moral convictions <i>[Is meant: moral convictions against abortion?]</i> must be supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatment. [RDMA]</p> <p>Patients with moral convictions conflicts must be supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatment. [GMA]</p>	<p>Los pacientes con convicciones morales contra el aborto por indicación médica deben ser apoyados apropiadamente y recibir tratamiento médico y psicológico necesario, además de un apoyo espiritual adecuado, si lo desean.</p>

		<p>Patients with moral convictions objections against abortion that need to undergo this treatment must be supported appropriately and provided with necessary the appropriate medical and psychological treatment. [CGCM]</p> <p>Patients and physicians with moral convictions must be respected, supported appropriately and provided with necessary medical and psychological treatments, including psychological support. [AMA]</p> <p>Patients with moral convictions must be supported appropriately and provided with the necessary medical and psychological treatment. [CNOM]</p>	
		<p><u>The doctor must provide pregnant women with adequate, reliable and complete information on the evolution of pregnancy and fetal development. It is not in accordance with medical ethics to deny, hide or manipulate information to influence the mother's decision about the continuity of her pregnancy.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordado en el punto 4, consentimiento voluntario</i></p>
<p>8.</p>	<p>El médico tiene derecho a la objeción de conciencia para realizar un aborto, pero esto no lo autoriza a impedir o negar acceso a servicios de aborto legales porque atrasa la atención de la mujer, lo que pone en riesgo su salud y su vida. En estos casos, el médico debe derivar a la mujer a un profesional de la salud dispuesto y formado en el mismo</p>	<p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, but that right does not entitle them to impede or deny Physicians who, for reasons of conscience, will not perform abortions must never in any way let their personal convictions interfere with or delay a woman's access to lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. In such cases, the physician must without delay refer the woman to a willing and trained health professional</p>	<p>El médico tiene derecho a la objeción de conciencia para recomendar o realizar un aborto, por lo que se puede retirar si asegura que un colega cualificado siga con la atención médica. En todo caso, el médico debe realizar los procedimientos necesarios para salvar la vida de la mujer y evitar graves lesiones a su salud.</p>

<p>establecimiento de salud u otro de fácil acceso, conforme a la legislación nacional. Cuando no sea posible derivarla, el médico con objeción debe realizar un aborto seguro o cualquier procedimiento necesario para salvar la vida de la mujer y evitar graves lesiones a su salud</p>	<p>in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, the physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to <u>save the woman’s life and to prevent serious injury to her the woman’s health</u>. [SwMA]</p> <p>Individual doctorsphysicians physicians have a right to conscientious objection to providing medically-indicated abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to lawful medically-indicated abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk...Where referral is not possible, the physician who objects, if capable, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman’s life and to prevent serious injury to her health. [AM]</p> <p><i>[Alternative language (1) also proposed for this paragraph, see the general comments at the top of the document:]</i> <u>Individual physicians have a right to conscientious objection to providing medically-indicated abortion, but that right does not entitle those physicians to impede or deny access to lawful medically-indicated abortion services. In such cases, the physician must make the objection known to their patient and leave her free to consult another physician or other health professional. The physician may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. The objecting physician may also announce publically the</u></p>	
--	---	--

¹ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Ed. World Health Organization; 2012

		<p><u>refusal to participate in abortion, warning women not to seek abortion services where they are not provided.</u> [AM]</p> <p>[Alternative language (2)]: <u>Individual physicians have a right to conscientious objection to providing elective abortions while supporting medically indicated indirect abortions to save the life of mother. However, that right does not entitle those physicians to impede or deny access to lawful elective abortion services. In such cases, the physician must make the objection known to their patient and leave her free to consult another physician or other health professional. The physician may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. The objecting physician may also announce publically the refusal to participate in elective abortions, warning women not to seek abortion services where they are not provided.</u> [AM]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection <u>to advising or performing an abortion; therefore, they may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague. In all cases, doctors must perform those procedures necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her health</u> to providing abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. In such cases, the physician must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, the</p>	
--	--	--	--

	<p>physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman’s life and to prevent serious injury to her health². [AMV]</p> <p><i>... Where [Does this mean that if abortion is necessary to save the woman’s life or health, that in that case the physician has to perform the abortion nonetheless? If so, it may be better in that situation not to speak of ‘abortion’, since the aim is not to terminate the pregnancy, but to save the woman’s life or to prevent serious injury to her. The abortion is than a consequence of that procedure. A proposal to redefine this therefore is: If, in order to save the woman’s life or to prevent serious injury to her health (maternal indication), it is necessary to perform a procedure that results in terminating the pregnancy, the physician who objects to providing abortion has to perform this procedure if referral to another physician is not possible.] ... [RDMA]</i></p> <p>... In such cases, the physician must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, tThe physician who objects, must <u>may not refuse to provide medical care, including to</u> provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary, <u>only when a delay would result in posing danger to life or serious harm</u> to save the</p>	
--	---	--

² Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Ed. World Health Organization; 2012

	<p>woman's life and to prevent serious injury to her health³. [PCPD]</p> <p><i>[Alternatively, the second sentence of point 8 may be amended as follows:]</i> ... In such cases, the physician <u>should inform in due time the patient as well as the physician's employer of the objection to perform abortion</u>, must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law... [PCPD]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, <i>[If the abortion is a medical necessity, then physician should provide that service, so there should be no right to refuse in this case]</i> ... [TuMA]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, but that right does not entitle them to <u>they may not under any circumstances</u> impede or deny access to lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. <i>[Second and third sentences of this paragraph deleted and replaced by:]</i> <u>If the physician's convictions do not allow him or her to advise or perform an abortion, he or she may withdraw while ensuring the continuity of medical care by a qualified colleague.</u> <i>[CMA: The CMA does not support mandatory referral, as recommended in this draft. We are unaware of any empirical evidence that such an approach is required in order to ensure equitable access to care. However, many physicians will see the obligation to refer</i></p>	
--	--	--

³ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Ed. World Health Organization; 2012

		<p><i>to a willing provider as being morally equivalent to the act of performing the procedure itself.]</i></p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing regarding abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to lawful abortion services healthcare services and professionals equipped to carry out the legal abortion because it delays care for women, putting their health and life at risk. ... Where referral is not possible, the objecting physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman's life and to prevent serious injury to her health⁴. [CGCM]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> <u>Neither physician or hospital personnel shall be required to perform any act that violates personally held moral principles. In general, physicians should refer a patient to another physician or institution to provide treatment the physician declines to offer.</u> [AMA]</p> <p>... In such cases, the physician must should refer the woman ... [IsMA]</p> <p>Individual doctors have a right to conscientious objection to providing abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to medically-indicated termination lawful abortion services because it delays care for women, putting their health and life at risk. In such</p>	
--	--	--	--

⁴ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Ed. World Health Organization; 2012

		<p>cases, the physician must refer the woman to a willing and trained health professional in the same, or another easily accessible health-care facility, in accordance with national law. Where referral is not possible, the physician who objects, must provide safe abortion or perform whatever procedure is necessary to save the woman’s life and to prevent serious injury to her health⁵. <i>[Comment about this last sentence: This is not the case in France: French Medical Ethics Code: Article 18 (article R.4127-18 of the CSP): A doctor may only perform a voluntary termination of pregnancy in accordance with the law. He is always free to refuse to do so and, if so, must inform the person concerned of his decision in accordance with the law and within the timeframe required by law.]</i> [CNOM]</p>	
<p>9.</p>	<p>Los médicos deben trabajar con la sociedad para tratar de asegurar que ninguna mujer pierda su vida porque no se dispone de servicios de aborto terapéutico, incluso en circunstancias extremas</p>	<p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic abortion services are unavailable, even in extreme circumstances suffers harm. [SwMA]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic medically-indicated abortion and pregnancy services are unavailable, even in extreme circumstances. [AM]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic abortion services no person loses his/her life because healthcare centers are unavailable, even in extreme circumstances. [AMV]</p>	<p>Los médicos deben trabajar con las instituciones y autoridades pertinentes para asegurar que ninguna mujer sufra lesiones porque no se dispone de servicios de término del embarazo por indicación médica.</p>

⁵ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Ed. World Health Organization; 2012

		<p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic medically-indicated abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [RDMA, FMA, CGCM, DMA]</p> <p><i>[Delete paragraph]</i> [PCPD]</p> <p>Physicians must work with the relevant institutions and authorities society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic medically-indicated abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [GMA]</p> <p>Physicians must work with society to seek to ensure that no woman loses her life because therapeutic medically indicated abortion services are unavailable, even in extreme circumstances. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Public health systems must develop medical care systems that enable medically-indicated abortion in order to avoid putting the pregnant woman's health at risk in cases where this treatment is indicated.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordado anteriormente</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>In all his/her actions the doctor is obliged to safeguard the dignity and integrity of the women under his/her care.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordado en el punto 4</i></p>

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	MEC 209/Ethics of Telemedicine COM REV/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Revisión propuesta de la Declaración sobre la Etica de la Telemedicina	
Destinado a:	Comité de Etica Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	Como parte de la revisión anual de políticas, el Consejo en Livingstone (abril 2017) decidió que la Declaración de la AMM sobre la Etica de la Telemedicina debe tener una revisión importante. La Asociación Médica de Sudáfrica (SAMA) se ofreció a realizarla. La 207ª Sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la propuesta y decidió enviarla a los miembros para comentarios.	
Declaraciones relacionadas:	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración con Principios para el uso de la telemedicina en la prestación de la atención médica. <i>Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, octubre 2009</i> • Declaración sobre la Salud Móvil <i>Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, october 2015</i> 	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins, France
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
IsMA	Israel Medical Association
KMA	Korean Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association
NZMA	New Zealand Medical Association
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SAMA	South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
BMA	It could be helpful if the document specified more clearly what kind of doctor-patient interaction it covers, for example does it include the range of phone apps for video consultations? If so, the document arguably limits the potential scope of circumstances in which teleservices services could be beneficial to patients and the wider health system. <i>[Comments on specific paragraphs below]</i>
CNOM	The CNOM (French Medical Council) supports this proposal and thanks the SAMA for its excellent work
DMA	The DMA supports this very relevant statement. We have two specific suggestions: Firstly, in section 4.1 – at the very end of that section – we would suggest adding the phrase “and increase social inequality on medicine”. So that it read: “Telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access and increase social inequality on medicine. Secondly, in section 7 – we would like to add “patient competencies”. So that it reads: Telemedicine should be tailor-made to patient competencies and local contexts, including regulatory frameworks. <i>[Note: those comments have been added in the table below]</i>
FMA	FMA thanks SAMA for the draft revision of this statement. We understand that countries are in different stages in utilizing telemedicine. However, we see that the use of telemedicine will increase in the future and it will provide viable and cost-effective options in patient care. Therefore, we propose some minor amendments to the text that would recognize this gradual change in health care practices.
KMA	Regarding the liability of physicians, it is not realistic to impose the duty of confirming the use of telecommunication system and necessary instruments for telemedicine application by a patient, a medical expert, or family members caring for the patient on physicians since it is not their field of expertise. Therefore, it is necessary to amend the contents.

NMA	The Norwegian Medical Association supports this document with one amendment in item 4.1.
NZMA	We are generally supportive of the content in this revised statement and have no specific amendments. However, we note that the statement does not address consultations across jurisdictions. We believe it would be useful for the next iteration to attempt to address the complexities and potential pitfalls of the long-distance provision of health care and advice when patient and doctor are in different countries.
RDMA	<p>Preliminary question: The RDMA does not see ANY changes in this Statement compared to the one that is adopted in 2007 and available on the WMA-website. It seems to be exactly the same. Is this the right version?</p> <p>General comment: This statement does not differentiate between 1) the situation that telemedicine is the one and only possible practice of medicine in a certain case, and 2) the situation that telemedicine is a choice/preference of the physician, whereas a face-to-face is still possible / available. This makes the Statement unclear with regard to what CAN be done and what SHOULD be done.</p>
SwMA	<p>We would like to suggest adding a reference to related WMA policies in the preamble (WMA Statement on mobile health, WMA Statement on guiding principles for the use of telehealth for the provision of health care).</p> <p>Regarding terminology, we are a bit unsure if telemedicine is the best and most up-to-date term. If not, perhaps it could be substituted for “digital medicine”, “tele- and digital techniques in health care” or something similar?</p>

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: MEC 207/Ethics of Telemedicine/Oct2017	Specific Comments Additions: <u>bold/underlined</u> Deletions: lined-out Comments only: <i>italic</i>	Texto propuesto revisado por el: Coordinador MEC 209/Ethics of Telemedicine REV/Apr2018
Title	Declaración sobre la Etica de la Telemedicina		Declaración sobre la Etica de la Telemedicina
	DEFINICION		DEFINICION
1.	La telemedicina es el ejercicio de la medicina a distancia, cuyas intervenciones, diagnósticos, decisiones de tratamientos y recomendaciones están basadas en	Telemedicine is the practice of medicine over a distance and a new patient - physician relation instrument , in which interventions , diagnostic and treatment interventions decisions and medical recommendations are based on data, documents and other information	La telemedicina es el ejercicio de la medicina a distancia, cuyas intervenciones, diagnósticos, decisiones terapéuticas y recomendaciones de tratamientos subsiguientes están basadas en datos de los

	<p>datos, documentos y otra información transmitida a través de sistemas de telecomunicación.</p>	<p>transmitted through telecommunication systems <u>such as the internet, information networks, mobile telephones, social media or other media not requiring a personal presence of a similar nature as telemedicine refers to both the transfer of data between the physician and the patient and the transfer of data between physicians.</u> [CGCM]</p> <p>Telemedicine is the practice of medicine over a distance, in which interventions, diagnoses, tie and treatment <u>therapeutic</u> decisions, and <u>subsequent treatment</u> recommendations are based on <u>patient</u> data, documents and other information transmitted through telecommunication systems. [AMA]</p>	<p>pacientes, documentos y otra información transmitida a través de sistemas de telecomunicación. La telemedicina puede realizarse entre un médico y un paciente o entre dos o más médicos, incluidos otros profesionales de la salud.</p>
	<p>INTRODUCCION</p>		<p>INTRODUCCION</p>
<p>2.</p>	<p>El desarrollo y la implementación de la tecnología de información y comunicación crean nuevas formas de prestar atención médica a los pacientes. estos instrumentos habilitadores ofrecen distintas maneras de ejercer la medicina. la adopción de la telemedicina se considera justificable por su velocidad y su capacidad de llegar a algunos pacientes con acceso limitado a la asistencia médica y por su poder de mejorar la atención médica.</p>	<p><i>[WE SUGGEST ANOTHER PARAGRAPH HERE:]</i> <u>The face to face clinical encounter is the paradigm for good Medicine. Doctors will try to protect this important aspect of the patient-doctor relationship.</u> [AMV]</p> <p><i>[Added text:]</i>... <u>It is used for patients who cannot see an appropriate physician because of inaccessibility due to distance, physical disability, employment, family commitments (including caring for others), cost, and physician schedules.</u> [AM]</p> <p>The development and implementation of information and communication technology are creating new modalities for providing care for patients. These <u>new methods of communication with</u> enabling tools <u>that provide new</u> offer different ways of practising medicine. The adoption of telemedicine <u>and other telematic media</u> is justified because of its speed, and its capacity to reach <u>contact</u> patients with limited access to medical assistance, in</p>	<p>El desarrollo y la implementación de la tecnología de información y comunicación crean nuevas formas diferentes de ejercer la medicina. prestar atención médica a los pacientes. La telemedicina se utiliza para los pacientes que no pueden ver un médico oportunamente por inaccesibilidad debido a la distancia, discapacidad física, empleo, compromisos familiares (incluido el cuidado de otros), costo para el paciente y horarios de los médicos. Tiene la capacidad de llegar a algunos pacientes con acceso limitado a la asistencia médica y tiene potencial de mejorar la atención médica.</p>

		<p>addition to its power to improve the possibility of improving health care. [CGCM]</p> <p>The development and implementation of information and communication technology are creating new ways modalities for providing patient care. care for patients. These enabling tools This continuum of technologies offers new and different ways of practising medicine. The adoption of telemedicine is justified should be encouraged because of its speed, and its capacity to reach patients with limited access to medical assistance, Telemedicine has the potential to in addition to its power to improve health care. [AMA]</p>	
<u>New</u>			La consulta presencial entre el médico y el paciente es la regla de oro de la atención clínica. La telemedicina puede obstaculizar la capacidad del médico de realizar un examen físico, lo que puede tener como resultado una lesión involuntaria.
<u>NEW</u>			Los servicios de la teemedicina deben ser consistentes con los servicios presenciales y respaldados con evidencia.
<u>New</u>		<u>[Added paragraph:] Telemedicine is not only a patient - physician communication tool but also a patient - physician relationship tool, therefore distance medicine is a medical action with the same ethical considerations and demands as a medical action in person.</u> [CGCM]	Los principios de la ética médica que son obligatorios para la profesión también deben ser respetados en la práctica de la telemedicina.
		<u>[Added paragraph:].</u> [CGCM]	<i>(Combined the two new added paragraphs)</i>

3.	Cuando se practica la telemedicina el médico debe respetar las siguientes normas éticas.	Physicians must respect the following ethical guidelines when practising practicing telemedicine. [RDMA]	.
	PRINCIPIOS		PRINCIPIOS
4.	Relación médico-paciente y confidencialidad		Cuando se practica la telemedicina el médico debe respetar las siguientes normas éticas.
4.1	La relación médico-paciente debe estar basada en un encuentro personal y conocimiento suficiente del historial personal del paciente. la telemedicina debe ser utilizada principalmente en situaciones en las que el médico no puede estar presente físicamente en un tiempo seguro y aceptable. Los médicos deben estar conscientes de que ciertas tecnologías de telemedicina podrían ser inasequibles para los pacientes y por tanto impedir su acceso.	<p>The patient-physician relationship must should ideally be based on a personal encounter and sufficient knowledge of the patient’s personal history. [SwMA]</p> <p>... Physicians must be aware that not all patients are data literate and that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access. [NMA]</p> <p><i>[Not all patients have the competence to handle the technology needed for performing telemedicine]</i> [NMA]</p> <p>4.1 The patient-physician relationship must be based on a personal encounter and sufficient knowledge of the patient’s personal history. Telemedicine must assure that the elements of this personal encounter include the ability to interview, examine, and test, in an appropriately comprehensive manner. It should also provide for the diagnosis and treatment of the identified medical condition. [AM]</p> <p>4.2 Telemedicine should be employed primarily in situations in which an appropriate physician cannot be physically presentavailable within a safe and acceptable time period. Physicians must be aware that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access. [AM]</p>	La relación médico-paciente debe estar basada en un examen personal previo y conocimiento suficiente del historial médico del paciente. la telemedicina debe ser utilizada principalmente en situaciones en las que el médico no puede estar presente físicamente en un tiempo seguro y aceptable. También se puede usar en la gestión de enfermedades crónicas o del seguimiento después del tratamiento inicial, cuando se haya probado que es segura y eficaz.

	<p>... Physicians must be aware that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access <u>and increase social inequality on medicine.</u> [DMA]</p> <p>The patient-physician relationship must be based on a personal encounter and sufficient knowledge of the patient's personal history. <i>[Why is that necessary? What in case this personal encounter has not yet taken place? I would say: is preferably based on a former personal encounter] ...</i> [RDMA]</p> <p>... Telemedicine should be employed primarily in situations in which a physician cannot be physically present within a safe and acceptable time period... <i>[This statement does not take account of the other circumstances in which telemedicine could be beneficial. For example, the long-term management of specific conditions where a face to face consultation would not be necessary or where attending for an appointment in person may be difficult for a patient because of reduced mobility.]</i> [BMA]</p> <p>... Telemedicine should be employed primarily <u>can be employed in increasing number of situations, although in many settings it is primarily used</u> in situations in which a physician cannot be physically present within a safe and acceptable time period ... [FMA]</p> <p>The patient-physician relationship must be based on a personal encounter <u>must be based on a previous examination</u> and sufficient knowledge of the patient's personal history <u>medical records</u> personal history. Telemedicine should be employed primarily <u>above all</u> in situations in which a physician cannot be physically present within a safe and acceptable time</p>	
--	---	--

		<p>period. Physicians and medical institutions must be aware that certain telemedicine technologies could be unaffordable to patients and hence impede access <u>inaccessible and therefore ineffective for certain patients.</u> [CGCM]</p> <p>The patient-physician relationship must be based on an personal encounter <u>established through a prior in-person relationship that provides</u> and sufficient knowledge of the patient’s personal history ...[AMA]</p> <p>.... Physicians must be aware that certain telemedicine technologies <u>can generate too important costs for</u> could be unaffordable to patients and hence impede access. [CNOM]</p>	
<p>4.2</p>	<p>La relación médico-paciente en la telemedicina debe estar basada en la confianza y respeto mutuas. por lo tanto, es esencial que el médico y el paciente puedan identificarse con confianza cuando se utiliza la telemedicina.</p>	<p>The patient-physician relationship must be based on mutual trust and respect. It is therefore essential that the physician and patient be able to identify each other reliably when telemedicine is employed. [Added text] <u>This should be governed by the same ethical principles that regulate the practise of face-to-face medicine, with the defense of patient rights as well as due respect for healthcare professionals being guaranteed and in the event that the practice of telemedicine refers to a medical team, there must be a physician identified as responsible for the distance medical care.</u> [CGCM]</p>	<p>La relación médico-paciente en la telemedicina debe estar basada en la confianza y respeto mutuas. por lo tanto, es esencial que el médico y el paciente puedan identificarse con confianza cuando se utiliza la telemedicina. En el caso de consultas entre dos o más profesionales en o entre jurisdicciones diferentes, el médico principal es responsable por la atención y la coordinación del paciente con el equipo médico distante.</p>
		<p>[Added paragraph:] <u>The use of telemedicine should always be preceded by the express consent of the patient, or, in the case of relatives or close friends with the prior identification of all the persons involved.</u> [CGCM]</p>	<p>(el consentimiento se ha abordado en otra parte)</p>

<p><u>New</u></p>		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>In the practice of telemedicine, it is essential to preserve patient confidentiality and privacy. For this, the physician providing telemedicine services must adopt the appropriate technical and management measures to preserve the security of their services and patient rights. These measures must guarantee an appropriate level of the existing risk, in addition to the strictest protection of patient data and compliance with legal regulations on this matter. In any case, the use of telemedicine should guarantee the patient the same levels of protection as face-to-face medicine.</u> [CGCM]</p>	<p><i>(Cubierto en 4.4)</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician will exercise caution to maintain his attitude and image in the use of new social media, especially on the internet and social networks, with language that is appropriate in form and content.</u> [CGCM]</p>	<p><i>(Este tema se puede abordar apropiadamente en las redes sociales)</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>When telemedicine is implemented by the patient or by their relatives or close friends, they will always be attended and supervised by the physician responsible for their care.</u> [CGCM]</p>	
<p>4.3</p>	<p>Idealmente, la telemedicina debe utilizarse sólo en casos en los que exista una relación personal previa entre el paciente y el médico que organiza o proporciona el servicio de telemedicina.</p>	<p>Ideally<u>Originally</u>, telemedicine should be ideally <u>was</u> employed only in cases in which a prior in-person relationship exists<u>existed</u> between the patient and the physician involved in arranging or providing the telemedicine service. <u>With changes in technology, this requirement is less necessary.</u> [AM]</p> <p><i>[This will depend on the needs of a patient, there are some interactions for which there is no specific need for a prior in-person relationship to exist or where a patient may</i></p>	<p><i>(Eliminar, este punto se ha abordado ya en la declaración)</i></p>

		<p><i>prefer greater anonymity, without this engaging ethical issues.] [BMA]</i></p> <p>Ideally, In many cases the use of telemedicine should be employed only in cases in which benefits from a prior in-person relationship exists between the patient and the physician involved in arranging or providing the telemedicine service. [FMA]</p> <p><i>... [Added text:] In emergencies, the use of telemedicine is ethically acceptable. [CGCM]</i></p> <p><i>[Delete paragraph; this is now in the first paragraph of this section] [AMA]</i></p> <p>Ideally, but not necessarily, telemedicine should be employed only in cases in which ... [CNOM]</p>	
<p>4.4</p>	<p>El médico debe buscar asegurarse que la confidencialidad del paciente y la integridad de la información no estén comprometidas. la información obtenida durante una consulta con telemedicina debe asegurarse por medio de una encriptación y deben tomarse otras medidas de seguridad para evitar el acceso de personas no autorizadas.</p>	<p>The physician must aim to ensure that patient confidentiality and data integrity are not compromised. Data obtained during a telemedical consultation must be secured through encryption and other security precautions must be taken to prevent access by unauthorized persons unauthorized access and breaches of identifiable patient data. [AM]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:] The physician and the health institutions where the medicine is practised must take extreme measures to ensure patient confidentiality, secrecy and safety, with special attention to the privacy configuration of the telematic media and encryption of files, personal access codes and security measures of a similar nature. [CGCM]</i></p> <p>... Data obtained during a telemedical consultation must be secured through encryption and other appropriate</p>	<p>El médico debe buscar asegurarse de que la confidencialidad, privacidad del paciente y la integridad de la información no estén comprometidas. la información obtenida durante una consulta con telemedicina debe estar asegurada para evitar el acceso no autorizado y la filtración de información identificable del paciente por medio de medidas de seguridad apropiadas y actualizadas, en conformidad con la legislación local. La transmisión electrónica de información también debe estar protegida del acceso no autorizado.</p>

		<p><u>security protocols</u> security precautions must be taken to prevent access by unauthorized persons. [AMA]</p> <p>The physician must aim to ensure that patient confidentiality <u>of the information exchanged during the consultation</u> and data integrity are not compromised. [CNOM]</p>	
<p>4.5</p>		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician who practices telemedicine must always consider the principle of patient autonomy and have their informed consent.</u> [CGCM]</p>	<p>El consentimiento informado adecuado requiere que toda la información necesaria sobre los distintos aspectos de las consultas por telemedicina sea explicada a fondo a los pacientes, incluido, pero no limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar cómo funciona la telemedicina, • Cómo reservar citas, • Aspectos de privacidad, • La posibilidad de fallas tecnológicas, incluidas violaciones de la confidencialidad, • protocolos de contacto durante las consultas virtuales, • políticas de prescripción y • coordinación de atención con otros profesionales de la salud de manera clara y comprensible, sin influenciar la decisión del paciente.
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>When patient information is transmitted by telecommunication systems between physicians, the principles of confidentiality and medical secrecy in face-to-face patient-physician relationships must be maintained.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Abordado en otra parte</i></p>

			Los médicos deben tener en cuenta de que ciertas tecnologías de la telemedicina podrían ser inasequibles para los pacientes y por esto impedir su acceso. Un acceso desigual a la telemedicina puede ampliar aún más la brecha en salud entre ricos y pobres.
New 5		<p><u>5. Autonomy of the Physician</u></p> <p><u>5.1 A physician is not obligated to provide treatment or counseling via telemedicine.</u></p> <p><u>5.2 Telemedicine can potentially infringe on the physician’s autonomy owing to 24/7 virtual availability. The physician’s autonomy must take into consideration the limitations of the physician’s ability to advise; provide care remotely; availability and the extent of his or her referrals.</u></p> <p><u>5.3 The physician will exercise discretion regarding whether cases brought for consultation are appropriate for telemedicine. In this context, the physician should consider the degree of prior acquaintance with the patient and his or her medical history. In certain cases, the physician may choose to refer the patient to in-person medical treatment.</u></p> <p><u>5.4 A physician may discontinue treatment via telemedicine, at his or her discretion, if he/she believes that the treatment or remote consultation harms the quality of care provided to the patient. [IsMA]</u></p>	<p>5. Autonomía y privacidad del médico</p> <p>5.1 El médico no debe utilizar la telemedicina si infringe el marco legal o ético del país.</p> <p>5.2 La telemedicina puede violar potencialmente la privacidad del médico debido a la disponibilidad las 24 horas del día. El médico debe informar a los pacientes la disponibilidad y recomendar servicios como las urgencias cuando no esté accesible.</p> <p>5.3 El médico debe ejercer su autonomía profesional al decidir si una consulta por telemedicina versus una presencial es apropiada.</p> <p>5.4 El médico debe ejercer su autonomía y discreción al seleccionar la plataforma de telemedicina que utilizará.</p>
(new 6)	Responsabilidades del médico		6. Responsabilidades del médico
5.1	El médico al que se le pide su	A physician whose advice is sought through the use of	El médico al que se le pide su opinión a través

<p>(start 6.1)</p>	<p>opinión a través de la telemedicina debe mantener un registro detallado de los consejos que entrega, como también de la información recibida en la cual basó su consejo</p>	<p>telemedicine shouldmust keep a detailed record of the advice he/she delivers as well as the information he/she received and on which the advice was based. [SwMA]</p> <p>A physician whose advice is sought through the use of telemedicine systems should keep a detailed record of the advice he/she delivers as well as the information he/she received and on which the advice was based. [CGCM]</p> <p>A physician whose advice is sought through the use of telemedicine should keep a detailed record of the advice he/she delivers as well as the information he/she received and on which the advice was based <u>in order to ensure traceability.</u> [CNOM]</p>	<p>de la telemedicina debe mantener un registro detallado de los consejos que entrega, como también de la información recibida en la cual basó su consejo para asegurar la trazabilidad.</p>
<p>5.2</p>	<p>El médico tiene la obligación de asegurarse que el paciente y los profesionales de la salud o los familiares que lo atienden puedan utilizar el sistema de telecomunicación y los instrumentos necesarios. el médico debe tratar de asegurarse que el paciente haya comprendido el consejo y las sugerencias de tratamiento entregadas y que se garantice la continuidad de la atención.</p>	<p>It is the obligation ofThe physician need to ensure that the patient and the health professionals or family members caring for the patient are able to use the necessary telecommunication system and necessary instruments... [SwMA]</p> <p>... The physician, <u>as in any other patient-physician encounter,</u> must seek to ensure that the patient has understood the advice and treatment suggestions given and that the continuity of care is guaranteed. [AM]</p> <p>It is the obligation of the physician to ensure <i>[Only in case that this patient is his/her responsibility and that the physician exclusively is reachable through telecommunication.</i></p> <p><i>Part from that: what does this obligation actually mean? It seems unreasonable and impossible that the physician has to buy / provide for the telecommunication system and necessary instruments for the patient.]</i> ... [RDMA]</p> <p>... The physician must seek to ensure that the patient has</p>	<p>Si se toma la decisión de usar la telemedicina, es necesario asegurarse que los usuarios (el paciente y los profesionales de la salud) puedan utilizar el sistema de telecomunicación necesario. El médico debe tratar de asegurarse que el paciente haya comprendido el consejo y las sugerencias de tratamiento entregadas y en lo posible tome medidas para promover la continuidad de la atención.</p>

		<p>understood the advice and treatment suggestions given and that the continuity of healthcare is guaranteed. [CGCM]</p> <p>... The physician must seek to ensure that the patient has understood the advice and treatment suggestions given and take steps to promote continuity of care. that the continuity of care is guaranteed. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician must always inform the patient of the risks of telemedicine services regarding the security of their data, their privacy and the measures adopted to protect them. He/She will also inform the patient about the data stored in his/her medical records and the security measures for protection and custody thereof. Likewise, the circumstances and deadlines for deleting this data must be foreseen.</u> [CGCM]</p>	
5.3	El médico que pide a otro médico consejo o una segunda opinión es responsable del tratamiento y de otras decisiones y recomendaciones dadas al paciente	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p>... <i>[Added text:]</i> <u>If the second opinion is requested of another physician through a telecommunications system, the privacy and confidentiality of the patient's clinical and personal details should also be safeguarded in this system.</u> [CGCM]</p>	El médico que pide a otro médico consejo o una segunda opinión es responsable del tratamiento y de otras decisiones y recomendaciones dadas al paciente.
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The physician must adopt measures to prevent unauthorised access to communications in telemedicine in order to protect confidentiality and contents.</u> [CGCM]</p>	(Se aborda en otra parte)
5.4	El médico debe estar consciente y respetar las dificultades e incertidumbres que puedan	<p>A The physician should be aware of and respect the special difficulties and uncertainties that may arise when he/she is in contact with the patient through means of</p>	El médico debe estar consciente y respetar las dificultades e incertidumbres que puedan presentarse cuando esté en contacto con el

	<p>presentarse cuando esté en contacto con el paciente a través de la telecomunicación. el médico debe estar preparado a recomendar un contacto directo médico-paciente cuando estime que la situación lo requiere</p>	<p>tele-communication. A The physician must be prepared to recommend direct patient-doctor contact when he/she feels that the situation calls for it. [SwMA]</p> <p>... A physician must be prepared to recommend direct patient-doctor contact when he/she feels that the situation calls for it appropriate and necessary. [AM]</p> <p>A physician should be aware of and respect the special difficulties and uncertainties that may arise when using telemedicine technologies. he/she is in contact with the patient through means of tele-communication. A physician must be prepared to recommend direct patient-doctor contact when he/she believes it is in the patient's best interests. feels that the situation calls for it. [AMA]</p>	<p>paciente a través de la telecomunicación. el médico debe estar preparado a recomendar un contacto directo médico-paciente cuando estime que es en beneficio del paciente.</p>
		<p><i>[Added paragraph]:</i> <u>The physician must make sure that they are aware of, and meet, any relevant licensing requirements that may exist under the circumstances. This might include those in the jurisdiction where the physician is located, as well as the jurisdiction where the patient is located.</u> [CMA]</p>	<p>El médico sólo debe utilizar la telememedicina en países/jurisdicciones donde tenga licencia para emplearla. Las consultas de jurisdicciones cruzadas sólo deben permitirse entre dos médicos.</p>
			<p>El médico debe asegurarse que su seguro médico incluye la telemedicina.</p>
6. (new 7)	<p>Calidad de la atención</p>		<p>6. Calidad de la atención</p>
6.1 (start 7.1)	<p>Se deben utilizar regularmente medidas de evaluación de la calidad para asegurar el mejor diagnóstico y prácticas de tratamiento posibles en la telemedicina</p>	<p>QualityHealthcare quality assessment measures must be used regularly to ensure patient security and the best possible diagnostic and treatment practices andduring telemedicine procedures. Quality must be the cornerstone of communications in telemedicine. Information regarding professional practice should always be clear and understandable and should be disseminated respecting the deontological principles</p>	<p>Se deben utilizar regularmente medidas de evaluación de la calidad de la atención para asegurar la seguridad del paciente y el mejor diagnóstico y prácticas de tratamiento posibles en la telemedicina. La prestación de servicios de telemedicina debe seguir las normas de práctica en base a evidencia hasta donde estén disponibles para asegurar la seguridad del</p>

		<p><u>that should prevail in all areas.</u> [CGCM]</p> <p>... [Added text]: <u>The delivery of telemedicine services must follow evidence-based practice guidelines to the degree they are available, to ensure patient safety, quality of care and positive health outcomes.</u> [AMA]</p>	<p>paciente, la calidad de la atención y los resultados de salud positivos. Al igual que todas las intervenciones de salud, se debe probar la eficacia, seguridad, viabilidad y rentabilidad de la telemedicina.</p>
<p>6.2</p>	<p>Las posibilidades y debilidades de la telemedicina en emergencias deben reconocerse. si es necesario utilizar la telemedicina durante una emergencia, los consejos y sugerencias de tratamientos son influenciados por el nivel de amenaza para el paciente y el conocimiento y capacidad de las personas que están con el paciente</p>	<p>... If it is necessary to use telemedicine in an emergency situation, the advice and treatment suggestions are influenced by the level of threat to <u>severity of</u> the patient's <u>medical condition</u> and the know-how and capacity of the persons who are with the patient. [SwMA]</p> <p>... are influenced by the level of threat to the patient and the know-how and capacity of the persons who are with the patient. [What does this mean for the physician's responsibility?] [RDMA]</p> <p>The possibilities and weaknesses of telemedicine in emergencies must be acknowledged <u>duly identified</u>. If it is necessary to use telemedicine in an emergency situation, the advice and treatment suggestions <u>must be proportional.</u> are influenced by the level of threat to the patient and the know-how and capacity of the persons who are with the patient <u>They will be adapted both to the patient's level of vital risk and to the knowledge and healthcare capabilities of the people with the patient.</u> [CGCM]</p> <p>... If it is necessary to use telemedicine in an emergency situation, the advice and treatment suggestions are influenced by the level of threat to the patient and the <u>competencies</u> know-how and capacity of the persons who are with the patient. [Added text]: <u>Entities that deliver telemedicine services must establish protocols for</u></p>	<p>Las posibilidades y debilidades de la telemedicina en emergencias deben ser identificadas debidamente. si es necesario utilizar la telemedicina durante una emergencia, los consejos y sugerencias de tratamientos son influenciados por la gravedad de la condición del paciente y la competencia de las personas que están con el paciente. Las entidades que prestan servicios de telemedicina deben establecer protocolos para los casos de emergencias.</p>

		referrals for emergency services. [AMA]	
	RECOMENDACIONES	RECOMMENDATIONS [AMA]	RECOMENDACIONES
7.	La telemedicina se debe adaptar a los contextos locales, incluidos los marcos reguladores	<p>Telemedicine should be tailor-made appropriately adapted to local contexts including regulatory frameworks. [SwMA]</p> <p><i>[Added paragraph:]</i> Physicians and other health care professionals should be involved in the development of telemedicine tools, to ensure usability and that the tools meet health care needs. Physicians and other health care professionals should also receive sufficient education to ensure appropriate and efficient use of telemedicine tools. [SwMA]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> Telemedicine should accommodate local cultures and traditions with international, national and regional regulatory controls to assure standards of quality medical care. [AM]</p> <p>Telemedicine should be tailor-made to patient competencies and local contexts, including regulatory frameworks. [DMA]</p> <p>Telemedicine should be tailor-made to local contexts including and should include regulatory frameworks. [CGCM]</p> <p><i>[This paragraph with the following changes should be the third item (currently numbered 9.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items:]</i> Telemedicine should adhere adhere be tailor-made to local medical practice laws and contexts including regulatory frameworks. [AMA]</p>	La telemedicina se debe adaptar apropiadamente a los marcos reguladores locales, que pueden incluir la licencia de plataformas de telemedicina para beneficio del paciente.

		<p><i>[Added paragraph]:</i> <u>NMAs will guarantee disciplinary procedures against physicians who violate the ethical and deontological norms of the place where they exercise remote, electronic communications regardless of the place and country in which the patient with whom they are related is located.</u> [CGCM]</p>	
<p>8.</p>	<p>La AMM y las asociaciones médicas nacionales deben promover la creación de legislación nacional y acuerdos internacionales sobre asuntos relacionados con la práctica de la telemedicina.</p>	<p>The WMA and National Medical Associations should encourage the development of national legislation and international agreements on subjects related to the practice of telemedicine-, <u>while protecting the patient-physician relationship, confidentiality, and quality of medical care.</u> [AM]</p> <p><u>Where appropriate,</u> ¶the WMA and National Medical Associations should encourage the development of national legislation and international agreements on subjects related to the practice of telemedicine. [FMA] <i>[FMA notes that separate legislation for the practice of telemedicine is not always necessary since it is covered by general legislation on practice of medicine.]</i></p> <p><i>[This paragraph with the following changes should be the fourth item (currently numbered 10.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items:]</i> The WMA and National Medical Associations should encourage the development of national legislation, <u>practice guidelines,</u> and international agreements on subjects related to the practice of telemedicine. [AMA]</p>	<p>Cuando sea apropiado, la AMM y las asociaciones médicas nacionales deben promover la creación de normas éticas, de práctica, legislación nacional y acuerdos internacionales sobre asuntos relacionados con el uso de la telemedicina, mientras se protege la relación médico-paciente, la confidencialidad y la calidad de la atención médica.</p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>National Medical Associations should urge prevention of outside agencies limiting patient and physician choice of the specific technology utilized, as long as it complies with national and regional regulation and law.</u> [AM]</p>	

<p>9.</p>	<p>Al igual que todas las otras prácticas médicas, la telemedicina debe basarse en evidencia</p>	<p><i>[Delete paragraph]</i> [SwMA]</p> <p><i>[This paragraph with the following changes should be the fifth item (currently numbered 11.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items:]</i> <u>The delivery of telemedicine services must be consistent with in-person services and</u> Similar to all other medical practices, telemedicine must be backed up <u>supported</u> by evidence. [AMA]</p>	<p><i>(Cambiado al comienzo y a las recomendaciones)</i></p>
<p>10.</p>	<p>La telemedicina no debe considerarse como un sustituto rentable de una atención médica presencial</p>	<p>Telemedicine mustshould not be viewed as a cost-effective substitute for <u>equal to</u> face-to-face healthcare <u>and should not be introduced solely to cut costs.</u> [SwMA]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> <u>While physicians and supporting institutions need adequate compensation, telemedicine should not be used as an intentional way to increase earnings and thereby increase cost to the medical system.</u> [AM]</p> <p><i>[This statement presumably seeks to protect against inappropriate substitutions of telemedicine for face-to-face healthcare on cost grounds alone. As currently drafted however, it could also be interpreted as ruling out switching the method of delivery where it might be cost-effective and either have no substantive impact on the quality of care offered or be beneficial to the patient.]</i> [BMA]</p> <p>Telemedicine must not be viewed ascan be a cost-effective substitute <u>option but it must not hinder patient’s access to</u> for face-to-face healthcare <u>where needed.</u> [FMA]</p>	<p>La telemedicina no debe considerarse igual a una atención médica presencial y no debe utilizarse sólo para reducir costos o como un incentivo perverso para servicios excesivos y aumentar las ganancias para los médicos.</p>

		<p>Telemedicine must not be viewed solely as a cost-effective substitute for face-to-face healthcare. [CGCM, AMA]</p> <p><i>[This paragraph with the above change should be the sixth item (currently numbered 12.) of the section “RECOMMENDATIONS”; see below about the next items]</i></p> <p><i>[Added text:] In addition to enabling immediate access to certain patients, it makes it possible to cut waiting times for healthcare.</i> [CGCM]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:] Physician relationships and collegiality depend upon educational changes addressing the appropriate use of telemedicine and the courtesies surrounding referrals.</i> [AM]</p>	<p>El uso de la telemedicina requiere que la profesión identifique explícitamente y gestione las consecuencias adversas en relaciones de compañerismo y patrones de referencia.</p>
		<p><i>[Added paragraph:] New technologies and styles of practice integration may require new guidelines and standards.</i> [AM]</p>	<p>Las nuevas tecnologías y estilos de la integración de la práctica pueden necesitar nuevas normas y estándares.</p>
11.	<p>Los médicos deben presionar por una telemedicina ética en interés superior del paciente</p>	<p>Physicians should lobby for also maintain the principles of medical ethics when practicing ethical telemedicine strategies in the best interest of patients. [CGCM]</p> <p><i>[Move this paragraph with the following changes to the first item (currently numbered 7.) of the section “RECOMMENDATIONS”:]</i> Physicians should lobby for ethical telemedicine strategies practices that are in the best interests of patients. [AMA]</p>	<p>Los médicos deben presionar por una telemedicina ética en beneficio del paciente.</p>
12.	<p>El consentimiento informado adecuado requiere que toda la información necesaria sobre la visita con telemedicina sea explicada a</p>	<p>The patient must consent to the use of telemedicine. Proper informed consent requires that all necessary information regarding the telemedicine visit be explained fully and in a clear and understandable manner, to patients including explaining how telemedicine works,</p>	<p><i>(Cambiado a entre 4 y 5)</i></p>

	<p>fondo a los pacientes. Esto incluye explicar cómo funciona la telemedicina, cómo pedir citas, la privacidad, la posibilidad de fallas tecnológicas como violación de la confidencialidad, los protocolos de contacto durante las visitas virtuales, la prescripción de políticas y la coordinación de atención con otros profesionales de la salud, de una manera clara y comprensible, sin influenciar la elección del paciente</p>	<p>how to schedule appointments, privacy concerns, the possibility of technological failure including confidentiality breaches, protocols for contact during virtual visits, prescribing policies, and coordinating care with other health professionals in a clear and understandable manner, without influencing the patient's choices. [SwMA]</p> <p>... confidentiality breaches <i>[Why? What does this mean for the physician if this is beyond his control (as it in fact often is...)?]</i> ... [RDMA]</p> <p>... without influencing the patient's choices <i>[And if the patient does not agree, does the physician have the obligation to offer a face-to-face consult?]</i> ... [RDMA]</p> <p><i>[Added text:]</i> ... <u>This information may be provided by physicians, technology providers, hospitals, academic centers, medical practice administrators and others involved in providing care to the patient.</u> [AM]</p> <p><i>[Delete paragraph and replace by:]</i> <u>The use of telemedicine should always be conditional based on the existence of adequate information and patient consent. The functioning of telecommunication systems, the means to request medical attention, the possible risks of their use, the contact protocols during virtual visits, the means of prescription and the coordination of care with other health professionals should always be transmitted in a clear and understandable way without influencing patient decisions.</u> [CGCM]</p> <p><i>[Move this paragraph with the following changes to the second item (currently numbered 8.) of the section "RECOMMENDATIONS":]</i> Proper informed consent requires that all necessary information regarding the <u>distinctive features of telemedicine</u> visit be explained</p>	
--	---	---	--

	<p>fully to patients including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none">• explaining how telemedicine works,• how to schedule appointments,• privacy concerns,• the possibility of technological failure including confidentiality breaches,• protocols for contact during virtual visits,• prescribing policies, and• coordinating care with other health professionals in a clear and understandable manner, without influencing the patient's choices. <p>[AMA]</p>	
--	---	--

08.03.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	MEC 209/Licensing of Physicians Fleeing Prosecution COM REV/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Revisión propuesta de la Declaración de la AMM sobre el Otorgamiento de licencias a los médicos que escapan de la persecución por graves delitos penales	
Destinación:	Comité de Etica Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	Como parte del proceso de revisión de políticas, el Consejo en Livingstone (abril 2017) decidió que la Declaración de la AMM sobre el Otorgamiento de licencias a los médicos que escapan de la persecución por graves delitos penales debe tener una revisión importante. La Asociación Médica de Francia (CNOM) se ofreció a realizarla. La 207ª sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la propuesta y decidió enviarla a los miembros para comentarios.	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano

BMA	British Medical Association
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de Espana
CMA	Canadian Medical Association
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
GMA	Bundesärztekammer (German Medical Association)
NMA	Norwegian Medical Association
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SAMA	The South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AM	There appears to be an inconsistency between paragraph 3 and paragraph 5. Paragraph 3 discusses those physicians who have been found guilty as opposed to paragraph 5, which deals with those who have been alleged to have committed offenses. This inconsistency either must be made consistent, or be further explained. The new country should have the ability to independently evaluate the charges against the physician to be sure they were not politically invented, and that they are valid. We support this document after the inconsistency between paragraphs 3 and 5 is clarified.
AMA	The statement as written contains too many undefined concepts and terms. The statement uses terms “allegations” and “convictions” interchangeably even though they refer to different concepts. To focus the statement, we have eliminated the concepts related to war crimes and to allegations of crimes. If desired, a separate statement on licensure of physicians convicted of war crimes or crimes against humanity could be undertaken, but it should not co-exist with a statement on convictions for other crimes. We also propose changing the title of the statement: <u>WMA Statement on Licensure of Physicians with Criminal Convictions</u>
AMV	This document is accepted as it is.
BMA	Overall we would support the main thrust of this document. From a UK perspective though, the responsibilities for licensing, and, for ensuring that a doctor from overseas is fit to practice in the UK, falls on the regulatory body, the GMC, not the national medical association. This statement should be strengthened: it should be an obligation on any licensing authority to make reasonable and appropriate enquiries with regards to the former countries in which the doctor has been registered to practice medicine.
DMA	The DMA has no comments to this document

FMA	FMA supports the revision of this document. We have a few comments to the text. <i>[Note: those comments have been added in the table below]</i>
GMA	The GMA has incorporated a small number of suggested editorial revisions below. <i>[Note: those comments have been added in the table below]</i> <i>Keywords: Crime, License, Medical Associations, Medical Licensure, Prosecution, Regulation</i>
NMA	NMA supports this document as it is.
RDMA	1) This Declaration is not consistent with regard to the question what kind of offences it addresses: sometimes the Declaration mentions “serious criminal offences”, other times it mentions ‘war crimes or crimes against humanity’. It is preferable to be consistent. 2) There is a difference between being accused of something (not sure if a person is guilty yet) and being convicted for something. Is it justifiable to deny physicians to practice if it is still unclear if they are really guilty of what they have been accused of?
SAMA	SAMA supports the statement in current format.

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: MEC 208/Licensing of Physicians Fleeing Prosecution/Oct2017	Specific Comments Additions: bold/underlined Deletions: lined-out Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propuesto revisado por: Coordinador MEC 209/Licensing of Physicians Fleeing Prosecution REV/Apr2018
Title	Declaración de la AMM sobre el Otorgamiento de licencias a los médicos que escapan de la persecución por graves delitos penales	WMA Statement on <u>Licensing</u> of Physicians Fleeing Prosecution for Serious with Criminal Offences Convictions [AMA]	Declaración de la AMM sobre el Otorgamiento de licencias a los médicos con graves condenas penales
	INTRODUCCION	PREAMBULE [SwMA, AMA]	
1.	Los médicos están regidos por la ética médica para trabajar por el bien de sus pacientes. La participación del médico en tortura, crímenes de	Physicians are bound by medical ethics to dedicate themselves to the good of their patients. Physicians who are prosecuted for involved in serious criminal offences or who have participated in war crimes or	Los médicos están regidos por la ética médica para trabajar por el bien de sus pacientes. Los médicos que han sido condenados por graves delitos penales, en particular genocidio, crímenes de guerra o crímenes contra la

	<p>guerra o crímenes contra la humanidad es contraria a la ética médica, los derechos humanos y la legislación internacional. El médico que comete dichos crímenes está inhabilitado para ejercer la medicina.</p>	<p>crimes against humanity are engaged in a practice that violates medical ethics, human rights and international law. Physicians in such situations are unworthy of practicing medicine. [AM]</p> <p>Physicians are bound by medical ethics to dedicate themselves to the good of their patients. Physicians who are prosecuted for have committed serious criminal offences, including or who have participated in war crimes or and crimes against humanity, have are engaged in a practice that violates medical ethics, human rights and international law. Physicians in such situations are unworthy of practicing and are unfit to practice medicine. [SwMA]</p> <p>Physicians are bound by medical ethics to dedicate themselves to the good of their patients. Physicians who are prosecuted for engaged in [<i>That they are prosecuted does not mean that they are guilty of doing so. Therefore, we prefer the other formulation</i>] serious criminal offences [<i>What are 'serious criminal offences'?</i>] or who have participated in war crimes or crimes against humanity are engaged in a practice that violates medical ethics, human rights and international law... [RDMA]</p>	<p>humanidad * han violado la ética médica, los derechos humanos y la legislación internacional, por lo que están inhabilitado para ejercer la medicina.</p> <p>Conforme al principio de presunción de inocencia, sólo los médicos que han sido condenados deben estar inhabilitados para ejercer la medicina.</p> <p><u>Nota al pie de página:</u> *Definido por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional</p>
--	--	---	---

		<p>... Physicians in such situations are unworthy ineligible of practicing medicine. [FMA]</p> <p>... Physicians in such situations are unworthy of practicing medicine. [GMA]</p> <p><i>[Paragraph not numbered:]</i>... Physicians who are convicted of prosecuted for serious criminal offences or who have participated in war crimes or crimes against humanity or are engaged in a practice that violates medical ethics; or human rights should not be allowed to practice medicine and international law. Physicians in such situations are unworthy of practicing medicine. [AMA]</p>	
	DEFINICION	<p>REFLECTION [GMA]</p> <p>REFLECTION DISCUSSION [AMA]</p>	DISCUSION
2.	<p>Los médicos que pretenden trabajar en cualquier país están sujetos a los reglamentos de otorgamiento de licencias de dicho país. La persona que desea inscribirse para ejercer la profesión tiene el deber de demostrar que está habilitada para hacerlo. Los organismos que otorgan licencias en algunos países son distintos de la asociación médica nacional.</p>	<p>Physicians seeking to work in any country are subject to the licensing arrangements of that country. <u>The duty to demonstrate suitability to practice medicine rests with the person seeking registration.</u> Physicians applying for a license to practice must demonstrate their professional competence, both technical and moral, to the approved licensing bodies. [SwMA]</p> <p>... Physicians applying for a license to practice must demonstrate their</p>	<p>Los médicos que pretenden trabajar en cualquier país están sujetos a los reglamentos de otorgamiento de licencias de dicho país. La persona que desea inscribirse para ejercer la profesión tiene el deber de demostrar que está habilitada para hacerlo.</p>

		<p>professional competence, both technical and moral <i>[To prove that you did NOT do something is very difficult. How does the working group think this should be done?]</i>... [RDMA]</p> <p>Physicians seeking to work in any country are subject to the licensing arrangementsrequirements of that country... [CMA]</p> <p>... Physicians applying for a license to practice must demonstrate their professional competence, both technical and moral, to the approved licensing bodies. [GMA]</p> <p>Physicians seeking to practice medicine work in any country are subject to the licensing arrangements of their local jurisdiction. that country. Physicians applying for a license to practice must demonstrate their professional competence and compliance with relevant ethical standards as required by both technical and moral, to the approved licensing bodies of the physician's country or jurisdiction of origin. [AMA]</p>	
3.	Los médicos que pierden sus licencias en un país después de haber sido declarados culpables de grave mala conducta profesional por las	Physicians whose licences are have been revoked because of by their licensing body after being found guilty of serious professional misconduct, or following a	A los médicos que han sido condenados por graves delitos penales no se les debe permitir ejercer en otro país. Las autoridades pertinentes que otorgan licencias deben asegurarse que los médicos tengan las cualificaciones

	<p>autoridades que otorgan licencias o después de una condena penal, por lo general no podrán obtener una licencia para ejercer en otro país. Esto se debe a que la mayoría de las autoridades que otorgan licencias no sólo piden pruebas de los títulos, sino que también exigen pruebas de que el postulante inmigrante sigue autorizado profesionalmente en su país de origen.</p>	<p>criminal conviction, cannot should not be allowed to practise in a second country. The relevant licensing authorities must in all countries should require not only proof of qualification but also proof that the applicant continues to be is in good professional standing in his or her country of origin. [SwMA]</p> <p>Physicians whose licences are revoked by their licensing body after being found guilty of serious professional misconduct, or following a criminal conviction related to their profession [<i>Not any crime does make a physician unsuitable for his/her job, does it?</i>], cannot be allowed to practise in a second country ...[RDMA]</p> <p>Physicians whose licences are revoked by their licensing body after being found guilty of serious professional misconduct, or following a criminal conviction, cannot be allowed to practise in a second any other country... [CMA]</p> <p><i>[Move this paragraph with the following changes to next item (currently numbered 4.):]</i> Physicians whose original licenses licences are revoked by their licensing body in their country or jurisdiction of origin after being found guilty of serious professional misconduct, or following a criminal conviction, cannot should not be</p>	<p>requeridas y que no hayan sido condenados por graves delitos penales.</p>
--	--	---	--

		<p>allowed to practise <u>in another country or jurisdiction</u>, in a second country. The relevant <u>Relevant</u> licensing <u>bodies in the new country or jurisdiction</u> authorities must require not only proof <u>verification of initial qualifications for licensure</u>, but also proof <u>verification</u> that the applicant continues to be in good professional standing in his or her country <u>or jurisdiction</u> of origin. [AMA]</p>	
<p>4.</p>	<p>Sin embargo, los médicos que han sido acusados por organismos internacionales de tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad, a veces han podido escapar del país donde se cometieron dichos crímenes y se han inscrito para ejercer la medicina ante las autoridades que otorgan licencias en otro país. Esto va claramente contra el interés público y daña la reputación de los médicos.</p>	<p>Yet <u>However</u>, physicians who have been prosecuted for serious criminal offences or accused by international agencies of war crimes or crimes against humanity have sometimes been able to leave their country <u>in which these suspected crimes were committed</u> and to obtain a licence to practice medicine in a host country from the relevant licensing authority <u>in another country</u>. This practice is contrary to the public interest, and is detrimental to patient safety <u>and damaging the reputation of and trust in physicians</u>. [SwMA]</p> <p>Yet physicians who have been prosecuted for serious criminal offences ... [BMA]</p> <p>Yet physicians who have been prosecuted for serious criminal offences [<i>Sometimes physicians are in their countries prosecuted for criminal offences (e.g. the member of the Council of the Turkish Medical</i></p>	<p>Los médicos que han sido condenados por graves delitos penales, en particular genocidio, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad, a veces han podido escapar del país donde se cometieron dichos crímenes y han obtenido una licencia para ejercer la medicina de parte de las autoridades pertinentes que otorgan licencias en otro país.</p> <p>Esto va claramente contra el interés público y daña la reputación de la profesión médica y puede ser perjudicial para la seguridad del paciente.</p>

		<p><i>Association right now), while the WMA thinks this is not right. How to handle these cases?] ... [RDMA]</i></p> <p>Yet pPhysicians who have been prosecuted for serious criminal offences ... [CMA]</p> <p>... This practice is contrary to the public interest, damaging to the reputation of medical profession, and ismay be detrimental to patient safety. [FMA]</p> <p>... and to obtain a licence to practise medicine in a host country from the relevant licensing authority... [GMA]</p> <p><i>[Move this paragraph with the following changes to previous item (currently numbered 3.):]</i> Yet physicians Physicians who have been prosecuted for serious criminal offences or accused by international agencies of war crimes or crimes against humanity convicted of a crime have are sometimes been able to leave their country and to relocate and obtain a new licence license to practice medicine in another country or jurisdiction. in a host country from the relevant licensing authority. This practice is contrary to the public interest and puts patients at risk. is detrimental to patient safety. [AMA]</p>	
--	--	--	--

		<i>[Added paragraph:]</i> ... <u>Sometimes allegations against physicians are politically motivated and do not reflect actual misconduct.</u> [AM]	
	RECOMENDACION	RECOMMENDATIONS [AMA]	RECOMENDACIONES
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>The WMA recommends that physicians who have been involved in serious criminal offences or who have participated in war crimes or crimes against humanity be denied membership in national medical organizations.</u> [AM]	La AMM recomienda que a los médicos que han sido condenados por graves delitos penales, en particular genocidio, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad, no se les permita afiliarse en las asociaciones médicas nacionales.
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>Where possible, national medical organizations should be granted powers to revoke the licenses of physicians who have been involved in serious criminal offences or who have participated in war crimes or crimes against humanity.</u> [AM]	
5.	Las asociaciones médicas nacionales deben utilizar sus propias facultades de otorgamiento de licencias, a fin de asegurar que los médicos sospechosos de participación en tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad no puedan obtener licencias para ejercer, hasta que hayan aclarado dichas sospechas. Las asociaciones médicas nacionales que	The WMA recommends that national medical associations use their own powers to ensure that physicians against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, are not able to obtain licences to practise until they have satisfactorily responded to these allegations. The WMA reminds the national medical associations of their duty to ensure efficient communications amongst themselves and to	La AMM recomienda que las asociaciones médicas nacionales utilicen su propia autoridad para ser informadas, en lo posible, si hay acusaciones de participación de médicos en crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad y al mismo tiempo respetar la presunción de inocencia.

	<p>no pueden otorgar licencias deben informar a las autoridades apropiadas que otorgan licencias sobre los médicos sospechosos de participación en tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad, y deben instar a las autoridades que otorgan licencias a tomar las medidas adecuadas a fin de asegurar que dichos médicos hayan aclarado estas sospechas, antes de otorgarles licencias para ejercer la profesión. Cuando exista evidencia precisa de participación en abusos, las asociaciones médicas nacionales o las autoridades que otorgan licencias deben informar a las autoridades correspondientes.</p>	<p>inform the relevant national licensing authorities of serious offences in order for the latter to be able to take appropriate action. [AM]</p> <p>The WMA recommends that national medical associations use their own powers work to ensure that physicians against whom serious and credible allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, are not able to obtain licences to practise until they have satisfactorily responded to these allegations. <u>Where evidence of involvement in such abuses is compelling, the evidence should be drawn to the attention of appropriate authorities.</u> The WMA reminds the national medical associations of their duty to ensure efficient communications amongst themselves and to inform the relevant national authorities of serious offences in order for the latter to be able to take appropriate action. [SwMA]</p> <p>The WMA recommends that national medical associations, <u>or relevant regulatory bodies,</u> use ... [BMA]</p> <p><i>[Added text:]</i> <u>It should be an obligation on any licensing authority to make reasonable and appropriate enquiries with regards to the former countries in</u></p>	
--	--	---	--

		<p><u>which the doctor has been registered to practice medicine.</u> [BMA]</p> <p>The WMA recommends that national medical associations use their own powers to ensure that physicians against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, are not able to obtain licences to practise until they have satisfactorily responded to these allegations <i>[What about 'criminal offences'? What is the difference between 'allegations' and 'serious allegations'? Is there a difference between allegations and prosecution? If not, please be consistent in formulating. Who has to decide that an allegation has been satisfactorily responded to? Is an allegation enough? Shouldn't it be a conviction?]</i> ... [RDMA]</p> <p>The WMA recommends that nNational mMedical aAssociations use their own powers to ensure that physicians against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, are not able to obtain licences to practise until they have satisfactorily responded to these allegations. The WMA reminds the nNational mMedical aAssociations of their duty to ensure efficient communications amongst themselves and to inform the relevant</p>	
--	--	---	--

		<p>national regulatory and legal authorities of serious offences in order for the latter to be able to take appropriate action. [CMA]</p> <p>The WMA recommends that national medical associations use their own powers to ensure that physicians who are prosecuted for serious criminal offences or against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, ... [FMA]</p> <p>The WMA recommends that national medical associations use their own influence and, where applicable, authority powers to ensure that physicians against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, are not able to obtain licences to practise until they have satisfactorily responded to these allegations. ... [GMA]</p> <p>The WMA recommends that national medical associations use their own powers to ensure that physicians against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, are not able to obtain licences to practise until they have satisfactorily responded to these allegations or have a final exculpatory sentence. ... [CGCM]</p>	
--	--	---	--

		<p>The WMA recommends that all national medical associations and relevant licensing bodies use their own powers to ensure that all physicians against whom serious allegations of participation in war crimes or crimes against humanity have been made, who have been convicted of a criminal offense, either locally or from another jurisdiction, be unable are not able to obtain licences to practise medicine, until they have satisfactorily responded to these allegations. <i>[Modify and move the next sentence of the original text to a new paragraph as shown below:]</i> [AMA]</p>	
		<p>The WMA reminds recommends that the national medical associations of their duty to ensure efficient communications amongst themselves and to that they inform the relevant national licensing authorities of physicians' criminal convictions, serious offences in order for the latter to be able to take appropriate action. [AMA]</p>	<p>La AMM recomienda que las asociaciones médicas nacionales aseguren que exista una comunicación eficaz entre ellas y que informen a las autoridades pertinentes que otorgan licencias sobre las condenas penales de los médicos.</p>

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	MEC 209/End of Life Japan/Apr2018	Original: English
Title:	Report of the Symposium on End-of-Life Questions in Japan 2017	
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The Symposium on End-of-Life Questions was held in Japan on September 14 and 15, 2017, with participation of the Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania (CMAAO) members and the two World Medical Association (WMA) Asian regional members, namely, the Chinese Medical Association and the Israel Medical Association. This report was prepared by Professor Tatsuo Kuroyanagi, lawyer and the legal adviser of the Japan Medical Association (JMA).	

Symposium on End-of-Life Questions Result Report

The Symposium on End-of-Life Questions was held on September 14 and 15, 2017, with participation of the Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania (CMAAO) members and the two World Medical Association (WMA) Asian regional members, namely, the Chinese Medical Association and the Israel Medical Association. The symposium generated certain achievements, and the following is the report of its results.

1. Introduction

The main purpose of this symposium was to investigate different opinions that exist among the WMA Asia-Pacific members and their home countries/jurisdictions with regard to the three WMA policies, namely WMA Declaration on Euthanasia, WMA Statement on Physician-Assisted Suicide, and WMA Resolution on Euthanasia.

The Japan Medical Association (JMA) planned this symposium because the WMA Executive Committee referred the investigation to the JMA. The JMA also carried out a questionnaire survey on five items of “End-of-Life Questions” in July 2017 to ensure fruitful discussion at the symposium and asked the member National Medical associations (NMAs) to present their views based on their answers to the questionnaire survey.

The JMA sent the questionnaire to 21 NMAs, and 19 submitted their answers. At the symposium, 17 NMAs presented their reports by further elaborating or partially modifying their answers.

This report of the questionnaire survey results was prepared based on the answers that the JMA received and the presentations made by each NMA during the symposium.

2. Target NMAs for the questionnaire survey

21 WMA members in the Asia-Pacific region were the target of the questionnaire survey, namely, 19 CMAAO members, the Chinese Medical Association and the Israel Medical Association. The JMA sent out the questionnaire to these 21 NMAs via e-mail, and asked them to submit their answers.¹

The 19 NMAs that submitted their answers in writing were; Australia, Bangladesh, Cambodia (absent), Hong Kong, India, Indonesia, Japan, Korea, Malaysia, Myanmar, Nepal, New Zealand (absent), Pakistan, Philippines, Singapore, Taiwan, and Thailand, which are CMAAO members, and China and Israel, which are non-CMAAO members. Two CMAAO members, Macau and Sri Lanka, did not submit their answers. New Zealand and Cambodia were unfortunately unable to attend the symposium but had submitted detailed answers via e-mail.

3. Background

The WMA has made it clear that it is against euthanasia and physician-assisted-suicide (PAS). However, legislations allowing these procedures have been enacted in Switzerland in the past and in the Netherlands, Belgium, Luxemburg, and some states in the United States in recent years. In Switzerland legislation has allowed PAS, but not euthanasia. In addition, on February 6, 2015, the Supreme Court of Canada ruled that the crime of aiding suicide as stipulated in the Penal Code is unconstitutional in view of respecting the patients' right of self-determination, and this ruling has led to a legislation that approves PAS.

During the Meeting in Oslo in 2015, the WMA Council re-confirmed the opinions on the issue of active euthanasia and PAS. The overwhelming majority of the members wished to maintain the current position of opposing such practice. The Council Meeting in Taipei in 2016 decided to hold regional discussions on this issue especially in the Asian, African and Latin American regions.

4. Questions addressed in the symposium (questionnaire items)

As mentioned in the Introduction, the core purpose of the investigation and deliberation of this symposium was to study the reality concerning "Euthanasia and Physician-assisted-suicide" among the WMA Asia-Pacific members and their home countries/jurisdictions. Upon consulting with the WMA Secretariat in advance, the following four categories of questions were prepared.

- Q-1 Questions regarding Euthanasia and Physician-assisted Suicide
- Q-2 Questions regarding Advance directive (Living Will)
- Q-3 Questions regarding Withholding or Withdrawing of Life-sustaining Treatment
- Q-4 Questions regarding Palliative Care including End-of-life Care

In order to prevent confusion due to different understandings of the terminology, the titles of WMA policy documents related to each question were listed in marginal notes when preparing the

¹ It should be noted that the JMA also sent out the questionnaire to three other NMAs that are also the WMA members in the Asia-Pacific region, namely, Fiji, Samoa, and Vietnam, and requested to submit their answers. However, the JMA received no confirmation of reception nor any answers from them, so they were excluded from the survey.

text of the questions; respondents were asked to follow the definitions provided in these policy documents, if any. In referring to the policy documents, the Powerpoint file created and provided by WMA General Secretary Otmar Kloiber, which he used at the Latin American symposium in March 2017, was used as a reference, and some relevant texts of the policy documents that were mentioned in this Powerpoint file were extracted and noted in the questionnaire text as needed.

After these four questions were sent out, Question 5 that concerns the adult guardianship program with the right of medical consent and other legal measures was added later, in light of poor legal interventions available in Japan in case of providing highly invasive treatment in daily medical practice for extremely aged patients with dementia who lost the ability of self-determination or providing critical procedure involved in the end-of-life care.

5. Grouping at the symposium

The original plan was to divide the participating NMAs alphabetically and have them orally discuss the written opinions of each in groups. However, after examining the pre-submitted answers and receiving considerably delayed answers from two NMAs, the JMA decided to divide the NMAs into four groups based on the similarities in legal systems and religions. CMAAO Council Chair Dr. Yeh Woei Chon (Singapore), Vice Chair Dr. Kar Chai Koh (Malaysia), and advisor Dr. Dong-Chun Shin (Korea) were asked to serve as the symposium chairs (facilitators), and they reviewed all the answers of NMAs the night before the symposium.

The names and titles of the rapporteurs of the four groups are shown in the table in Attachment 2.

Stakeholders of the participating NMAs and other experts also joined the groups, including WMA Secretary General Otmar Kloiber, German Medical Association President Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, International Manager Dr. Ramin Parsa-Parsi, and the immediate past American Medical Association President Dr. Andrew Gurman. They had lively discussion during this 2-day symposium.

On the second day of the symposium, a summary table of all answers by question, which the JMA had prepared based on the submitted responses, was distributed to everyone involved so that each could verify and/or modify the answers by question item. The sorting (or classification) contained in the summary shown in Attachment 1 was produced through such a process.

6. Answers

The answers to the above five questions are summarized below. Please refer to the report in Attachment 1 for details.

6-1. Answer to Question 1

Question 1 asked if there is any law or court ruling that tolerates a physician's involvement in euthanasia and/or assisted suicide.

All member associations answered "No" to this question.

However, we learned from the Australian Medical Association that the State of Victoria will be voting on a euthanasia bill in coming months. There is an appetite for euthanasia and PAS in numerous Australian states and New Zealand where several parliamentary bills have been defeated.

6-2. Answer to Question 2

Question 2 asked whether legislation on Advanced Directive exists or not.

We also asked about "Orders Not to Attempt Resuscitation (DNAR)" and the practice of appointing a legal representative in relation to this question.

As for the existence of legislation, the result showed half of the member countries and participating countries have such legislation. It is worth noting that the practice of "advanced care planning" with physicians at its core is becoming popular.

6-3. Answer to Question 3

Question 3 asked about withholding or withdrawing of a life support system. This question also concerns the WMA Declaration of Lisbon on Patient's Rights, in which death with dignity is endorsed as a form of practicing the right of self-determination by a patient. We observed a subtle difference in opinion on the ideas of "withholding" and "withdrawing," so we should carefully examine each answer over time.

6-4. Answer to Question 4

Question 4 asked about "palliative care." Enriched palliative care is expected to improve the pain management in the end-of-life care, which may resolve the issue raised in Question 1. However, the uses of narcotic drugs such as morphine and opioids, which are commonly used in palliative care, are strictly regulated by the authorities in many countries, and it appeared that this area of medical care is still being developed.

The involvement of religion was also asked in relation to this question, and the response in general implied that religion plays a role in most countries and jurisdictions.

6-5. Answer to Question 5

The responses from several member associations, namely Australia, Korea, New Zealand and Taiwan, suggest that this problem is being addressed.

7. Summary

At the CMAAO General Assembly Tokyo in 2017, all of the NMAs have opposed euthanasia and PAS. With the exception of Australia and New Zealand, there is no significant desire in the civil society of the Asia/Oceania region to discuss the concept of euthanasia and PAS. All the NMAs support the creation of Advanced Directive and advanced care planning with physicians for the terminally-ill patients.

Additional Note 1. Observations as the symposium organizer

The main purpose of this symposium was not about consolidating opinions but finding facts. The core of the questions concerns the life or death at the end of life. Naturally, the natural environment, culture, religion, and social structure of different countries/jurisdiction are deeply involved in the NMAs' answers in the survey. In terms of religion alone, there are Judaism, Christianity (Catholicism and Protestantism), Islam, Hinduism, Buddhism (Hinayana and Mahayana), Taoism, Confucianism, etc.—some accept reincarnation, some believe in the absolute being, and their beliefs in life and death are very variable. When asked about the role of religion in the questions relating to palliative care, the NMAs' answers and explanations suggested strong influence of religion. The Bangladesh's answer was "Most of the people believe one God and it helps." Indonesia answered "Belief in One and Only God," "Life is given by God and cannot be taken away except by Him or His permission," and "Important to save the soul, to be prepared for life after death." Pakistan, which adapts the Talqueen practice for every terminal Moslem patients (Pukovisa 2017), answered "Pakistan, an orthodox religious country—this issue not only can be discussed but presently there is no room to make any kind of legislation in this regards." Cambodia's answer was "Buddhism is major religion and any act to prolong survival is a good thing." Nepal answered "Dominated by Hindu and Buddhist religion, people believe in afterlife in hell or heaven." Thailand answered "Buddhism plays an important role. Buddhists in Thailand claim suicide as sin." Again, these answers indicate that the answers to Question 1 are also strongly influenced by religion.

In addition, the oral reports and the Powerpoint slides used during presentation suggested that the family and community bonds are extremely firm in the island regions in Oceania such as Indonesia, Philippines, Malaysia and the countries/jurisdictions in the Southeast Asian region such

as Pakistan, India, Bangladesh, Myanmar, Thailand, and Cambodia. It was also indicated that the idea of self-determination that developed in the Western countries has not necessarily fully infiltrated in these areas.

In relation to Question 1, which was the main theme of this survey, a voice of question was raised about the use of the word “(active) euthanasia” and the fact that the Supreme Court of India used the word “passive euthanasia,” which the Indian Medical Association quoted in their answers. The definitions and implications of the words “euthanasia = die Euthanasie” and “physician-assisted-suicide” are often interpreted differently depending on the users, which suggests that they need to be set straight within the WMA to avoid confusion in future discussions. The WMA Resolution on Euthanasia that was adapted by the 2002 Washington General Assembly states “The World Medical Association has noted that the practice of active euthanasia with physician assistance, has been adopted into law in some countries” in its third sentence. On this point, the well-established law dictionary in America, the Black’s Law Dictionary, lists “active euthanasia” and “passive euthanasia” as the antonym in its 7th edition (1999) and the latest edition (10th edition; 2014) (Attachment 3). It should also be noted that although the word “physician-assisted-suicide” was used in the questionnaire this time, a criminal type of ‘murder at the victim’s request’ separately from ‘physician-assisted-suicide’ exists in many jurisdictions including Japan. In the present wording of the policy documents, however, this criminal type is supposed to be excluded. If this type is to be included, perhaps the word “physician-assisted-dying” could be introduced and listed together with “physician-assisted-suicide” to indicate ascertainment. To note, putting its propriety aside, the aforementioned dictionary by Black is using the word “passive euthanasia” to mean “the act of allowing a terminally ill person to die by either withholding or withdrawing life sustaining support such as a respirator or feeding tube,” as the Supreme Court of India did.

Lastly, we are deeply grateful to Dr. Otmar Kloiber for his support throughout the planning and holding of the symposium. We also thank Dr. Yeh Woei Chon, Chair of CMAAO, Dr. Kar Chai Koh, Vice-Chair and Dr. Dong Chun Shin, Advisor for overseeing the proceedings of the symposium and consolidating opinions.

This report was prepared by JMA Legal Advisor Professor Tatsuo Kuroyanagi in cooperation with the International Affairs Division staff of JMA, Mr. Yuji Noto, Mr. Hisashi Tsuruoka, Ms. Mieko Hamamoto, Ms. Rei Kobayashi and Ms. Michiyo Takano. It should be noted that Kuroyanagi solely bears the responsibility for wording and content of this report.

Additional Note 2. Conflict of Interest Statement

The author of this report is Professor Tatsuo Kuroyanagi, Legal Adviser of the Japan Medical Association. There is no financial or commercial interest connected to this work.



THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	MEC 209/End of Life Nigeria/Apr2018	Original: English
Title:	Report of the WMA African region meeting on End-of-Life Questions in Nigeria 2017	
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The Symposium on End-of-Life Questions was hosted by the Nigerian Medical Association in Abuja, Nigeria on 1 st and 2 nd February 2018. This report was prepared by Nigerian Medical Association.	

REPORT OF THE WMA AFRICAN REGION MEETING ON END OF LIFE ISSUES

PREAMBLE

As part of the efforts of the World Medical Association (WMA) to generate open regional discussions on the dilemmas related to End of Life issues, particularly with respect to Palliative care, Euthanasia and Physician assisted suicide, the WMA Council meeting held in Livingstone, Zambia in the month of April 2017, encouraged the African region of the WMA to organize an African Region meeting on End of Life issues.

Arising from the foregoing, the Coalition of African Medical Associations gave the nod to the Nigerian Medical Association to host the WMA African Region Meeting on End of Life issues. Accordingly, the WMA African Region meeting on End of Life issues (Palliative care, Euthanasia and Physician assisted suicide) was hosted by the Nigerian Medical Association in Abuja, Nigeria on the 1st and 2nd of February 2018.

The End of Life meeting which held at the Transcorp Hilton Hotel and Towers, Abuja, had as its theme 'An Excursion into the End of Life Spectrum: Defining the boundaries between Palliative care, Euthanasia and Physician assisted suicide'. It was graced by some invited dignitaries as well as the Secretary General of WMA (Dr. Otmar Kloiber) who made a presentation on WMA policy on End of Life issues. It also had in attendance Presidents and delegates of National Medical Associations from Nigeria, Zambia, Kenya, South Africa, Cote D'Ivoire and Botswana.

Activities conducted during the meeting included Welcome cocktail, formal opening ceremony, Scientific sessions with presentations by various Guest speakers on End of Life issues, Breakout technical sessions, sight-seeing/visitations and a closing dinner.

The formal opening ceremony was chaired by the Senate President, Senator Dr. Bukola Saraki (who was represented by Senator Dr. Lanre Tejuosho), while the Minister of Health, Prof. I.F. Adewole (who was also in attendance) represented both Nigeria's President (Muhammadu Buhari GCFR) and Nigeria's Vice President (Prof. Yemi Osinbajo).

OBSERVATIONS

The meeting made the following observations:

- 1) There is no specific policy or legislation on Euthanasia and Physician assisted suicide in Africa.
- 2) Aside from countries such as Nigeria, Zambia, Kenya, Uganda, South Africa and Botswana with some initiatives, policies, guidelines and practices on palliative care, there is a dearth of policy guidelines and legislation on palliative care in most African countries.
- 3) In African culture, tradition and religion, life is held sacred and families never abandon their loved ones at the end of life.
- 4) Palliative care is generally accepted in African culture, tradition, and religion.
- 5) Involvement of Physicians in Euthanasia and Physician assisted suicide flies in the face of the Physicians' Pledge and ethics governing the medical profession.
- 6) There is a low level of awareness on End of Life issues among African populations and medical/health professionals.
- 7) There is a dearth of standard health care systems and medical personnel equipped to deliver palliative care.
- 8) There is a high poverty rate; poor access to affordable, equitable and quality health care; and poor access to palliative care in most African countries.

RESOLUTIONS

- 1) National Medical Associations in Africa are unanimously opposed to Euthanasia and Physician assisted suicide in any form.
- 2) National Medical Associations in Africa support policies and legislations permitting and strengthening palliative care.
- 3) There is need for improved political will and commitment to palliative care by African Governments.
- 4) African National Medical Associations (NMAs), Non-Governmental Organizations (NGOs), etc. need to embark on enlightenment and advocacy campaigns to orientate various arms of government and policy makers, as well as the general public on the importance and availability of palliative care.
- 5) There is need for increased awareness amongst care givers, patients and other stakeholders, with the capacity of Physicians and other relevant health professionals to deliver palliative care continuously built.

6) There is great need for strengthening of African healthcare systems, universal health coverage, improved budgetary allocation to health, and integration of palliative care and other chronic medical conditions into the health care financing/health insurance schemes of African countries.



09.03.2018

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no: Title:	MEC 209/End of Life Brazil/Apr2018 Report of the WMA South American region meeting on End-of-Life Questions in Brazil 2017	Original: English
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The Symposium on End-of-Life Questions was hosted by the Brazilian Medical Association in Rio de Janeiro in 2017. This report was prepared by Brazilian Medical Association.	

Latin American Meeting on End-of-Life Ethical Dilemmas

CONCLUSIONS

Medicine in recent decades has had and continues to enjoy dizzying advances. However, they are not all successes. On the one hand, the life expectancy is greatly advanced, but on the other hand, the times of suffering, the trials and useless treatments, the solitude of the patient, the lack of answers, and in an endless way the suffering of the agony.

Human dignity is linked to the life of each individual and the radical equality of all human beings from the beginning, regardless of their concrete conditions. Life is always dignified, unworthy are the conditions in which many human beings live and are unworthy the decisions and behaviors that provoke them, produce or cause them.

The medical science put at the service of suffering and sick who are no longer cured, is where palliative care is developed when trying to give the technical and human attention that the patients need in terminal situation, with the best possible quality and looking for the professional excellence.

After palliative medicine emerges with force, it does not seek to lengthen or shorten life, it only seeks the patient's greater well-being respecting the moment of death, but accompanying to the end. Today its services must be a right or at least an attainable service for all patients.

It is well known that hope is energy to live, on the contrary, contempt, lack of affection, marginality annul the interest in life, are the prelude to death that especially affects the most disadvantaged and weakest on which often society, far from offering comfort and understanding, multiplies the feelings of uselessness, incapacity, dependence and, consequently, it worsens its state and now offers the way out to end up in an organized manner with life.

Death occurs at a certain moment in life, so it can neither be worthy nor unworthy, what can be worthy or unworthy are the conditions of life that have preceded it.

Volunteering is not enough to guarantee the freedom and dignity of the person. The human being will often find himself in situations of vulnerability where he can manifest his will, but he does not do it freely. That is why his dignity must be defended against third parties and even against their own decisions.

Pity and compassion must be the engine for all lives to make sense, that no one dies in solitude, or mobilize so that no one suffers avoidable pains. However, if the doctor is prepared not only to cure but also to kill, the ethics of medical practice and the trust that the patient must have in his doctor will be very battered.

With euthanasia, a social message is sent to the most severely disabled patients, who can be morally coerced, even if it is silent and indirectly, to request a faster end, since they are considered a useless burden for their families and for society. In such a way that patients weaker or in worse circumstances would be the most pressured to request euthanasia.

The request for euthanasia by the patients is reduced by improving the training of professionals in the treatment of pain and in palliative care. A permissive legislation with euthanasia would restrain the involvement, both scientific and care, of some doctors and health professionals in the care of patients with no possibility of cure that require a considerable dedication in time and human resources.

Societies should be aware of the risks of legislation allowing euthanasia where the social climate can lead doctors and family members to slip into its application in cases of unconscious or incapable patients who have not expressed their authorization, this is the phenomenon of the "slippery slope" that has led in the Netherlands to its application in people who had not requested it or did not meet the legal requirements.

At present it is not that there is a legal vacuum in relation to the regulation of this matter, but what is regulated is the duty of the physician to preserve life, as correlative to the fundamental right of all citizens. That duty of the physician must be exercised in accordance with the rules that indirectly regulate the Lex Artis, which refers to the laws that order the health professions and the rigorous fulfillment of the ethical obligations.

The medical profession faced to the social debate on euthanasia has agreed to recognize that cases of petition for euthanasia are exceptional when providing quality medical care and that the debate on the decriminalization of euthanasia revolves around the social consequences of legislating for these cases.

By vocation, training and mentalization, he or she who chooses medicine as a reason for being knows that all his/her efforts, all the knowledge, are to save the lives of their patients and save as much suffering as possible, cannot be dedicated simultaneously to end someone's life for whose life he/she has fought. Euthanasia in any case should be a medical activity.

The sick at the end of life need a helping hand not to precipitate their death, nor to prolong their agony with the therapeutic obstinacy, but to be with them and relieve their suffering with palliative care while their death arrives.

Rio de Janeiro, 18 March 2017

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no: Title:	MEC 209/End of Life Europe/Apr2018 Report on the WMA European Region Conference on End-of-Life Questions 2017	Original: English
Destination:	Medical Ethics Committee 209 th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For consideration
Note	The WMA together with the German Medical Association and the Pontifical Academy for Life organized a two-day WMA European Region Conference on End-of-Life Questions, which took place in the Vatican's Aula Vecchia del Sinodo on 16 and 17 November 2017	

Report on the WMA European Region Conference on End-of-Life Questions

The two-day WMA European Region Conference on End-of-Life Questions took place in the Vatican's Aula Vecchia del Sinodo on 16 and 17 November 2017. Around 150 participants gathered from Europe and beyond, including WMA leaders and members, experts in palliative care, ethicists, lawyers and religious leaders. The presentations on euthanasia and physician assisted suicide (PAS) and the views expressed covered the full spectrum of opinion. The purpose of the event, which was co-organised by the WMA, the German Medical Association and the Pontifical Academy for Life, was to explore ethical dilemmas relating to end-of-life issues to assist the WMA in deciding whether or not to amend its policy on these issues.

In an address prepared by Pope Francis and read by Cardinal Peter Turkson, the Pope said it was clear that not adopting, or else suspending, disproportionate measures, meant avoiding overzealous treatment. From an ethical standpoint, this was completely different from euthanasia, which was always wrong, in that the intent of euthanasia was to end life and cause death.

In his introductory remarks, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, President of the German Medical Association, explained that the WMA had always had a very clear position on end-of-life issues – it condemned euthanasia and PAS as unethical. He later added that he found none of the arguments in favour of PAS compelling. Like euthanasia, PAS was unethical and must be condemned by the medical profession. Medical ethics should not simply follow public opinion.

Archbishop Vincenzo Paglia, President of the Pontifical Academy for Life, reiterated that Pope Francis's message reaffirmed and added precision to previous papal texts about end-of-life care.

WMA President Dr. Yoshitake Yokokura referred to the symposium on end-of-life held by the Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania in Tokyo in September, where most national medical associations had opposed euthanasia and PAS.

But Dr. René Héman, Chairman of the Royal Dutch Medical Association, took a different view. He quoted the recently revised Declaration of Geneva and the pledge that 'I will respect the autonomy and dignity of my patient'. He explained the situation in the Netherlands, where euthanasia was still a punishable offence and was forbidden unless specific requirements were met. These include instances where there has been a voluntary and well considered request, where there is unbearable suffering and no prospect of improvement and where one other independent physician has been consulted. Also, there has to be a conviction that no other reasonable solution for the patient's situation is available and that the termination of life or assisted suicide are performed with due care. Dr Héman said it would never be good to end a person's life, but sometimes it would be worse not to. He argued that euthanasia was based on the principles of respect for a patient's autonomy and on compassion.

Dr. Yvonne Gilli, from the Swiss Medical Association, outlined the situation in Switzerland, where there had been an increase in the rate of assisted suicides in the last ten years. She referred to revised guidelines just issued by the Swiss Academies of Arts and Sciences, which included more focus on guiding physicians through a professional dialogue with a dying patient. They made more specific recommendations on palliative sedation and on assisted suicide.

A discussion on theological approaches, featuring representatives of the Catholic, Jewish, Islamic and Orthodox Christian faiths, all of whom expressed opposition to euthanasia and PAS, was followed by presentations on the legal aspects of end-of-life issues.

Prof. John Keown, Professor of Christian Ethics at the Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, explained the common and criminal law relating to euthanasia and PAS and relating to withholding and withdrawing life-preserving treatment for competent and incompetent patients. Prof. Dr. Volker Lipp, Professor of Civil Law, Procedural Law, Medical Law and Comparative Law, at Georg-August-Universität, Göttingen spoke about the diversity in various legal systems. He examined the various definitions of the term "euthanasia" and said care should be taken about using it as it was an ambiguous concept.

Dr. Laurence Lwoff, Head of the Bioethics Unit, Human Rights Directorate, Council of Europe, talked about the Council of Europe Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations. This gave rise to complex situations relating to equity of access to health care, professional obligations, free and informed consent and previously expressed wishes.

Presentations were followed by lively panel discussions and robust question and answer sessions. Dr. Jeff Blackmer, from the Canadian Medical Association, defended the role of doctors in Canada, where medically assisted dying became legal in 2016.

The first day concluded with speeches from Prof. Dr. Leonid Eidelman, President of the Israeli Medical Association and President elect of the WMA, and Prof. Pablo Requena, Professor of Moral Theology at the Pontifical University of the Holy Cross, and the delegate of the Vatican Medical Association at the WMA.

Dr. Eidelman referred to the experience of the Netherlands and said that one of the most important factors separating physicians who did or did not accept PAS and euthanasia was whether they saw their actions as similar to or different from other regular medical treatments they gave their patients. Was it a regular medical intervention like treatment with antibiotics or was it something extraordinary demanding a different attitude? In his view physicians should not be involved in PAS or euthanasia for several reasons. Many requests disappeared with symptom control and psychological support.

Prof. Requena said that compassion was not a good reason for euthanasia and unbearable suffering was not a medical reason. He said he doubted that society had the moral sense to protect physicians on this issue. That was why it was important that physicians protected themselves and that medical societies and the WMA continued to oppose euthanasia as a medical aid. Finally, he quoted the Hippocratic Oath, which stated 'I will not give a lethal drug to anyone if I am asked nor will I advise such a plan'.

The second day began with the question 'Is there a right to determine one's own death?' The opening speaker was Prof. Dr. Urban Wiesing, from the Institute for Ethics and History of Medicine at the University of Tuebingen in Germany, who argued for the concept of plurality, saying that there was no consensus on end-of-life issues from an ethical point of view. He said the answer to ethical plurality was a political one. He argued that there was no slippery slope involved as a result of PAS. Nor was there any loss of trust in physicians.

Prof. Dr. Christiane Druml, Chairperson of the Austrian Bioethics Commission and UNESCO Chair of Bioethics at the Medical University of Vienna, said it was a clear and undisputed principle that treatments which were not or no longer indicated or treatments which the patient refused must not be performed. But there were still cases where disproportionate treatment was initiated. Medical interventions which provided no benefit for the patient or which were more burdensome than potentially beneficial to the patient were ethically and medically unjustified because they came at a disproportionate burden.

Dr. Anne de la Tour, President of the French Society of Palliative Care spoke about end stage decisions on medication, feeding and terminal sedation, and the differences between sedation and euthanasia.

Dr. Gunnar Eckerdal, from the Department of Oncology at Sahlgrenska University Hospital in Sweden, talked in more detail about the role of nutrition. He said that treatment without clinical indication should be stopped. Treatment that was not going to give effect should not be started. He argued that PAS and euthanasia were not secure and involved wrong diagnoses and wrong prognoses, as well as underdiagnosed and undertreated depression.

Dr. Marco Greco, President of the European Patients' Forum, said his organisation did not have an official position on euthanasia and PAS. But empowerment was a multi-dimensional process that helped people gain control over their own lives and increased their capacity to act on issues that they themselves defined as important. He emphasised the importance of the partnership between patients and those caring for them. Shared decision-making was absolutely fundamental.

Dr. Heikki Pälve, former CEO of the Finnish Medical Association, spoke about dealing with public opinion from his recent experience in Finland. He said that public opinion had been strongly in favour of euthanasia as were 46 per cent of physicians. But the national medical association was opposed. This created difficulties. He believed that euthanasia fundamentally changed and to some degree also damaged trust in the health care system and said that the slippery slope argument was a fact, and a very undesirable one.

The conference concluded with a lively panel discussion on whether there was a need to change WMA policy, featuring speakers on both sides of the argument and questions from the audience.

Summary

Throughout the meeting, proponents of right-to-die policies emphasised that their intention was to protect physicians in their own countries who are acting within the law, not to change or influence policies in other countries. They based their arguments on the concepts of patient self-determination, dignity and compassion. Those who were opposed to euthanasia and PAS, representing the majority of attendees, rejected these procedures as being diametrically opposed to the ethical principles of medicine and expressed concern that they could lead to misuse or abuse, e.g. in the case of mentally or psychologically incapacitated people. They also expressed concern that these procedures could cause damage to the complete trust which characterises the patient-physician relationship or lead to social pressure for the elderly or those with chronic illness to end their lives.

The majority of attendees ultimately advocated for the retention of the existing policies of the WMA on euthanasia and PAS.

Despite disagreements during the many intentionally transparent and open debates held throughout the event, participants were united in their support for high-quality, accessible palliative care and their belief that PAS and euthanasia should never be seen as a cost-saving measure.

This report is based on an article by Nigel Duncan, which originally appeared in the December 2017 issue of the World Medical Journal, and contains supplementary material.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: MEC 209/ Genetics and Medicine/Apr2018	Original: Inglés
Título: Propuesta para una revisión importante de la Declaración sobre Genética y medicina	
Destinado a: Comité de Etica Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración

La Asociación Médica de Dinamarca considera que es oportuno que la AMM inicie una revisión importante de la Declaración sobre Genética y Medicina. La razón principal de nuestra propuesta es que la versión actual de la declaración no aborda suficientemente los problemas éticos que plantea el uso de la secuenciación de segunda generación (NGS) en la medicina personalizada.

El objetivo de la revisión importante es perfeccionar la declaración para:

- Incluir un tratamiento completo de las consecuencias éticas del uso de la NGS en la medicina personalizada.
- Estar actualizado con respecto a los problemas éticos de la genética y la medicina incluidos en la declaración actual.
- Alinearse con los principios de la Declaración de Taipei sobre Consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud y los biobancos.

Características éticamente pertinentes de la medicina personalizada

No existe una definición reconocida universalmente de la medicina personalizada¹, pero la característica destacada es que busca adaptar el tratamiento a cada paciente. Esto se hace a menudo al identificar las características genéticas del paciente o de la enfermedad y luego adaptar el tratamiento conforme al significado de dichas características. El objetivo es mejorar nuestra capacidad de diagnóstico y clasificar las enfermedades a fin de evitarlas o tratarlas con mayor precisión, eficacia y con menos efectos secundarios².

La medicina personalizada implica problemas éticos a través de su creación y su uso. La razón clave para esto es que tanto la creación como la aplicación de la medicina personalizada a menudo implica una extensa secuenciación del genoma.

¹ A veces es llamada medicina de precisión o medicina genómica.

² Personalizar la medicina también se puede hacer al adaptar el tratamiento a otras características pertinentes específicas de la persona que las genéticas. En este contexto, llamamos la atención sobre la pertinencia de las características genéticas, ya que es una mayor atención a estas características la que genera los asuntos éticamente pertinentes.

Una característica clave del desarrollo de la medicina personalizada es que grandes grupos de participantes tienen todos sus genomas secuenciados y la información de este proceso es analizada de manera exploratoria en combinación con otros tipos de información de salud para identificar correlaciones y patrones que pueden ser de importancia clínica.

La información generada por la extensa secuenciación del genoma, incluida toda la secuenciación del genoma, a menudo tiene las siguientes características:

- Grandes volúmenes de información sobre salud son generados de cada participante y la creación de la medicina personalizada requiere los genomas secuenciados de gran cantidad de personas.
- El significado total de la información no se conoce al momento de la secuenciación, lo que significa que más adelante la información puede ser utilizada para generar mucha más información sobre la persona.
- Existe un riesgo importante de hallazgos secundarios o accidentales que pueden incluir información sobre los riesgos de salud.
- La información generada por la secuenciación del genoma de una persona incluye información sobre otras personas relacionadas genéticamente.
- Debido a la naturaleza de la información generada por la secuenciación del genoma, ésta no puede ser totalmente anónima.
- La información genética generada por la secuenciación es permanente para cada participante.

Individualmente, cada una de estas características también podría encontrarse en otros tipos de información de salud. Por ejemplo, los hallazgos accidentales ocurren con regularidad en relación con los exámenes radiológicos.

Sin embargo, la combinación de las características hace que la información de la extensa secuenciación del genoma sea particularmente sensible y por esto, las normas éticas detalladas son apropiadas.

Grupo de trabajo para revisar la Declaración actual

En consideración de esto – y que se espera que el desarrollo y el uso de la medicina personalizada aumenten durante los próximos años – creemos que sería pertinente iniciar una revisión importante de la Declaración sobre Genética y Medicina. Específicamente, proponemos que la AMM establezca un grupo de trabajo que sea responsable de la revisión y la DMA estaría complacida de dirigir este grupo.

Sabemos que la declaración actual se debe revisar en 2019, pero dada la rapidez con que la medicina personalizada avanza y el uso de la NGS, consideramos que se debe iniciar la revisión ahora.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: MEC 209/ Biosimilar Medicinal Product /Apr2018	Original: Inglés
Título: Proyecto de Declaración sobre los Medicamentos biosimilares	
Destinado a: Comité de Etica Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	Esta Declaración es presentada por la Asociación Médica de Israel.

INTRODUCCION

1. La expiración de las patentes para los primeros productos bioterapéuticos originales ha llevado a la creación y autorización de copias, llamadas “medicamentos biológicos similares” o biosimilares que son muy similares a un medicamento biológico ya aprobado, conocido como medicamento de referencia.
2. En vista de que los biosimilares son producidos en organismos vivos, pueden existir algunas diferencias menores con respecto al medicamento de referencia. La fabricación de los biosimilares tiende a ser más compleja que las moléculas químicas. Por esto, la substancia activa en el biosimilar final puede tener un grado inherente de menor variabilidad. Los biosimilares no siempre son intercambiables con los productos de referencia, incluso después de la aprobación reguladora.
3. Los biosimilares no son lo mismo que los genéricos. El medicamento genérico es una copia idéntica de un producto farmacéutico con licencia en la actualidad que tiene una protección de patente expirada y debe contener los “mismos ingredientes activos que la fórmula original”. El biosimilar es un producto diferente con una estructura similar, pero no idéntica, que provoca una respuesta clínica similar. En consecuencia, los medicamentos biosimilares pueden causar una respuesta inmune no deseada.
4. Los productos biosimilares han estado disponibles en Europa por casi una década después de ser aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en 2005. El primer biosimilar fue aprobado por la FDA para su uso en EE.UU. durante 2015.
5. Los medicamentos biosimilares han transformado las perspectivas para los pacientes con enfermedades crónicas o debilitantes, ya que se puede obtener una eficacia similar a la del producto innovador con un costo más bajo.

6. Los biosimilares también aumentarán el acceso para los pacientes que no pueden obtener el medicamento original. Un mayor acceso generalizado a los biofármacos eficaces puede disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad asociada a diversas enfermedades crónicas.
7. Sin embargo, el bajo costo potencial de los biosimilares aumenta el riesgo de que las compañías aseguradoras los prefieran a los medicamentos de referencia originales, incluso cuando puede que no sean apropiados para un paciente.

RECOMENDACIONES

1. Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con sus gobiernos para elaborar una guía nacional sobre la seguridad de los productos biosimilares.
2. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar por ofrecer terapias biosimilares tan seguras y eficaces como las de los productos de referencia.
3. Las asociaciones médicas nacionales deben ejercer presión para impedir que las compañías aseguradoras y los fondos de salud promuevan la intercambiabilidad y sustitución automática entre los productos biosimilares y los medicamentos de referencia, lo que puede ir en perjuicio de los pacientes.
4. Los médicos deben asegurarse que el historial médico del paciente incluya con exactitud el medicamento biosimilar que usa.
5. Los médicos no deben prescribir un medicamento biosimilar a los pacientes que ya utilizan satisfactoriamente un fármaco de referencia.
6. Los médicos deben informar sobre los medicamentos biosimilares y promover un etiquetado claro de éstos.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: MEC 209/Policy Review 2008/Apr2018	Original: Inglés
Título: Revisión anual de políticas 2008: Recomendaciones recibidas sobre documentos MEC	
Destinación: Comité de Etica Médica 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración

El proceso de revisión de políticas requiere una revisión de todas las políticas al menos cada 10 años.

Lo primero es pedir la opinión de las asociaciones miembros para ver si la política necesita a) reafirmarse, b) cambios menores, c) revisión importante o d) cancelación y archivo. El 6 de febrero de 2018 se envió un memo a las AMNs para que recomendaran la clasificación de las políticas de 2008. El resultado de esta consulta es el siguiente:

1) Lista de las AMNs que respondieron (26):

Australian Medical Association (AuMA)	Norway Medical Association (NMA)
Bangladesh Medical Association (BMA)	Netherlands medical Association (RDMA)
Canadian Medical Association (CMA)	Consejo General de Colegios Médicos de España (CGCM)
Conseil National de l'Ordre des Médecins France (CNOM)	Swedish Medical Association (SwMA)
Danish Medical Association (DMA)	Taiwan Medical Association (TMA)
Israeli Medical Association (IsMA)	Medical Association of Thailand (MAT)
Japan Medical Association (JMA)	Turkish Medical Association (TuMA)
Korean Medical Association (KMA)	British Medical Association (BMA)
Kuwait Medical Association (KuMA)	Vatican Medical Association (AMV)
German Medical Association (GMA)	Pakistan Medical Association (PkMA)
Austrian Medical Chamber (AMC)	Finnish Medical Association (FMA)
Rwanda Medical Association (RMA)	American Medical Association (AMA)
Colegio Médico de México (CMM)	South African Medical Association (SAMA)

2) Abreviaturas:

- Pena de muerte:** [Resolution on Physician Participation in Capital Punishment](#)
Tortura : [Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel, Inhuman or Degrading Treatment of Which They are Aware](#)
Código de ética: [International Code of Medical Ethics \(MEC\)](#)

3) Comentarios de las AMNs:

Pena de muerte

(JMA) La JMA considera que las “resoluciones” no deben tener una revisión importante porque han sido adoptadas en el contexto de su tiempo. Esta resolución debe ser reafirmada sin cambios.

(KMA) Combinar esta resolución con la Resolución para reafirmar la Prohibición del médico a participar en la pena de muerte.

(SwMA) Estamos de acuerdo con la sugerencia del Secretariado de combinar esta resolución con la Resolución para reafirmar la Prohibición del médico a participar en la pena de muerte.

(BMA) Acordamos que no tiene sentido tener dos documentos que afirmen lo mismo.

Tortura

(JMA) Citar los otros documentos relacionados nos llevará a un procedimiento eterno e innecesario.

(KMA) Si un médico reconoce que un paciente ha sido víctima de tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante, debe ser registrado con exactitud y tener la obligación ética de informar a una institución autorizada. Sin embargo, ya que hay preocupación porque los pacientes y los médicos sean víctimas de represalias o por la violación de la información personal, es necesario ser más cautos.

(SwMA) Esta resolución tiene una introducción larga en la que se mencionan muchas declaraciones, convenciones y resoluciones. Se debe poner más énfasis en las recomendaciones, tal vez la introducción se puede acortar y si es necesario hacer referencia a diferentes documentos en un anexo o notas a pie de página.

(RDMA) Consideramos también que es importante incluir en esta resolución la relación con otras. La AMM debe ser más cuidadosa al tener varias resoluciones y declaraciones sobre el mismo tema.

(DMA) Recomendamos una revisión importante para esta resolución. Aunque el documento contiene varios mensajes importantes, éstos no son bien comunicados. Por ejemplo, los documentos no deben comenzar con 15 referencias a otros documentos sin una afirmación clara sobre la importancia de dichos mensajes.

(AMA) Recomendamos una revisión importante. La política beneficiaría con una formulación al estilo habitual de la AMM y tiene demasiadas referencias superfluas al comienzo del documento.

Código de ética

(JMA) Está de acuerdo con las sugerencias del Secretariado de la AMM. Es cierto que el CIEM está complementado con otras políticas éticas y necesita una revisión profunda. La AMM debe comenzar a trabajar este proceso de revisión internamente y considerar la Declaración de Ginebra.

(RDMA) A primera vista no vemos la necesidad de volver a redactarla completamente. Creemos que es muy útil comparar todos los diferentes documentos de la AMM que abordan la ética médica y la conducta de los médicos. Tal vez sea posible combinar algunos. También es muy importante que contengan mensajes consistentes. Por lo tanto, sugerimos que sería útil un proyecto más amplio que compare los documentos de la AMM. Estamos de acuerdo en postergar el proceso de revisión del Código de Ética Médica, ya que todavía se implementa la DoG.

(DMA) El secretariado de la AMM recomienda postergar la decisión sobre este documento para evitar confusión con la recepción de la DoG. Aunque estamos de acuerdo en que se debe evitar esta confusión, consideramos que la decisión de comenzar una revisión es apropiada y que ésta debe iniciarse después de la reunión en Riga. La revisión debe ser profunda con un proceso interno en la AMM. Al momento de hacer una consulta pública apropiada, el riesgo de confusión con la DoG será mínimo. Estaríamos orgullosos de participar en este proceso, ya que acabamos de terminar una revisión de nuestros propios principios éticos.

(TuMA) Sería útil revisar a fondo después de actualizar la DoG.

(FMA) Estamos de acuerdo con postergarla por un año. Se puede comenzar el trabajo interno incluso antes.

4) Clasificación de las AMNs

Nombre de la Política AMNs	Penal de muerte	Tortura	Código de ética
AMA	Combinar	C	Postergar
AMC	Combinar	B	Postergar
AMV	Combinar	B	Postergar
AuMA	C	B	Postergar
BaMA	A	A	A
CMA	A	B	Postergar
CGCM		B	Postergar
CMM		B	Postergar
CNOM	C	B	Postergar
DMA	B	C	C
FMA	Combinar	B	Postergar
GMA	A	B	C
IsMA	Combinar	B	Postergar
JMA	A	A	Postergar
KMA	Combinar	B	Postergar
KuMA	Combinar	A	C
NMA	Combinar	B	
PkMA	A	B	Postergar
RDMA	Combinar	B	Postergar
RMA	A	B	B

SAMA	B	A	
SwMA	Combinar	B	Postergar
TMA	A	B	
MAT	A	A	A
TuMA	Combinar	B	C
BMA	Combinar	B	C
TOTAL	24	26	23

5) Resumen de la clasificación

Nombre de la Política	Penas de muerte	Tortura	Código de ética
Clasificación			
Reafirmar (a)	8	5	2
Reafirmar con cambios menores (b)	1	19	1
Revisión importante (c)	2	2	5
Cancelar y archivar (d)			
	12 (combinar)		15 (postergar decisión)
Clasificación propuesta en base a las recomendaciones de los miembros	Combinar con la Resolución para reafirmar la Prohibición de la participación de los médicos en la pena de muerte	B	Postergar decisión

Conforme a esta respuesta, el comité debe recomendar al Consejo una clasificación para estas políticas en MEC.

El Secretariado puede ocuparse de una política que necesite cambios menores y que será enviada a las asociaciones miembros para comentarios y considerada en las reuniones del comité y del Consejo en octubre de 2018. Invitamos a las AMNs a ser voluntarias, ya sea individualmente o en grupo de trabajo, para realizar una revisión importante. La recomendación de cancelar y archivar será presentada a la Asamblea en octubre de 2018 para adoptar una decisión final.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/Agenda/Apr2018/Rev	Original: Inglés
Título: Agenda del Comité de Planes y Finanzas	
Destinación: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración
Nota: Esta agenda ha sido revisada en los puntos 3.1, 3.3 y 5.2	

Jueves 26 de abril de 2018

Miembros del comité

Dr Moojin Choo

Dr Louis Francescutti

Dr Andrew W. Gurman

Dr René Héman (Presidente)

Dr Miguel Roberto Jorge

Dr Toru Kakuta

Dr Mari Michinaga

Dr Andreas Rudkjoebing

Dr Julio Trostchansky

Dr Walter Vorhauer

Ex-officio (con derecho a voto)

Dra. Ardis Dee Hoven, *Presidente del Consejo*

Dr. Frank Ulrich Montgomery, *Vicepresidente del Consejo*

Dr. Andrew Dearden, *Tesorero*

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente*

Dr. Leonid Eidelman, *Presidente-Electo*

Dr. Ketan Desai, *Ex Presidente Inmediato*

Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*

Sra. Marie Collegrave-Juge, *Asesora Legal*

Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*

Sra. Joelle Balfe, *Facilitador*

Sra. Sunny Park, *Head of Operations*

1. APERTURA

1.1 Apertura del Presidente del Consejo

1.2 Aprobar: Informe de la reunión anterior realizada en Chicago, Estados Unidos, 11 al 14 de octubre de 2017 (FPL207/Report/Oct2017)

1.3 Palabras de Bienvenida del Presidente

2. FINANZAS

2.1 Pagos de Cuotas

Considerar: Informe de Cuotas Pagadas en 2018
(FPL 209/Dues Report/Apr2018)

Recibir: Informe oral sobre las cuotas atrasadas

2.2 Financial Statement

Considerar: Financial Statement de 2017 pre auditado
(FPL 209/FinStat 2017/Apr2018)

3. PLANES

3.1 Plan Estratégico de la AMM

Considerar: Informe oral del Secretario General del plan estratégico 2020

3.2 Reuniones de la AMM

Considerar: Planificación de Futuras Reuniones de la AMM
(FPL 209/WMA Future Meetings/Apr 2018)

3.3 Reuniones Especiales de la AMM

Recibir: Informe oral

1) Reuniones de la AMM en Ginebra con OMS WHA, 21-26 mayo 2018

2) Conferencia de Etica Médica Asociación Médica de Islandia/AMM 1-4 de octubre de 2018 en Reykjavik, Islandia

3) [13th UNESCO World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law](#) en Jerusalén, Israel, 27-29 noviembre de 2018

4) 14º Congreso Mundial sobre Bioética y 7ª Conferencia Nacional de Bioética, Bangalore, India, 3-7 de diciembre de 2018, posible participación de la AMM

4. MIEMBROS

4.1 Miembros constituyentes

Considerar: Afiliaciones de miembros constituyentes, si las hay

4.2 Miembros Asociados

Considerar: Informe de los miembros asociados 2017
(FPL 209/AM Membership/Apr2018)

Recibir: Informe del Presidente de los Miembros Asociados
(FPL 209/Chair of AM Report/Apr2018)

Recibir: Informe de la Red de Médicos Jóvenes (JDN)
(FPL 209/JDN Report/Apr2018)

Recibir: Informe de los Ex Presidentes y Presidentes del Consejo (PPCN)
(FPL 209/PPCN Report/Apr2018)

5. GOBERNANZA

5.1 Comité de Revisión

Recibir: Informe del Presidente del Comité de Revisión

5.2 Proceso de nominación para altos cargos

Considerar: Propuesta para introducir una autodeclaración para la nominación del Presidente de la AMM (FPL 209/Nominating process/Apr2018)

6. ACTIVIDADES EXTERNAS

6.1 World Medical Journal

Recibir: Informe del Director del WMJ
(FPL 209/WMJ Report/Apr2018)

6.2 Relaciones Públicas

Recibir: Informe de Relaciones Públicas octubre 2017 – marzo 2018
(FPL 209/PR Report/Apr2018)

7. CUALQUIER OTRO ASUNTO

8. CLAUSURA



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 207/Report/Oct2017	Original: Inglés
Título: Informe del Comité de Planes y Finanzas	
Destinación: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración

Miércoles 11 de octubre de 2017

Miembros del Comité

Dr Moojin Choo	Dr Toru Kakuta
Dr Louis Francescutti	Dr Mari Michinaga
Dr Andrew W. Gurman	Dr Andreas Rudkjoebing
Dr René Héman (Presidente)	Dr Julio Trostchansky
Dr Miguel Roberto Jorge	Dr Walter Vorhauer

Ex-officio (con derecho a voto)

Dr. Ardis Dee Hoven, *Presidente del Consejo*
Prof. Frank Ulrich Montgomery, *Vicepresidente del Consejo*
Dr. Andrew Dearden, *Tesorero*

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Ketan Desai, *Presidente*
Sir Michael Marmot, *Ex Presidente Inmediato*
Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente-Electo*
Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*
Sra. Marie Colegrave-Juge, *Asesora Legal*
Prof. Vivienne Nathanson, *Facilitador*

1. APERTURA

- 1.1 Apertura del Presidente a las 11:40.
- 1.2 El informe de la reunión anterior realizada en Livingstone, 20-22 de abril de 2017 (FPL 206/Report/Apr2017) fue aprobado por el comité.

- 1.3 El presidente agradeció a la Asociación Médica de Estados Unidos por recibir esta reunión. Se refirió a la agenda cargada y al hecho de que el trabajo de Planes y Finanzas permite la salud de la organización y su capacidad para lograr su misión.

2. FINANZAS

2.1 Financial Statement

- 2.1.1 El Comité examinó el financial statement auditado de 2016 (FPL 207 / FinStat 2016 / Oct2017). El Tesorero de la AMM, Dr. Andrew DEARDEN, destacó varios puntos clave.

El Tesorero también se refirió a la preocupación de aceptar dinero de la industria farmacéutica. Insistió en que debemos ser transparentes sobre el origen de los fondos, las cantidades y los proyectos y actividades a donde son destinados. El Secretario General afirmó que es política de la AMM evitar toda influencia indebida en el trabajo de la AMM que en el informe del Secretario General está la información sobre los auspiciadores. Según la legislación de EE.UU., también está publicado en los sitios de los donadores. El Tesorero indicó que el financiamiento externo no se utiliza para el trabajo central de la AMM, incluido el costo de las reuniones estatutarias. Este fondo se utiliza exclusivamente para proyectos especiales, incluidos los esfuerzos educacionales y otras reuniones.

RECOMENDACION

- 2.1.1.1 Que el Financial Statement auditado de 2016 (FPL 207/FinStat2016/Oct2017) sea aprobado por el Consejo y sea enviado a la Asamblea General para su aprobación y adopción.
- 2.1.2 El comité **recibió** un informe oral de las cuotas atrasadas 2016. El Tesorero anunció que 99,35% de las contribuciones de 2016 han sido recibidas.

2.2 Presupuesto de la AMM y Pagos de Cuotas

- 2.2.1 El Comité **examinó** el presupuesto para 2018 vs. 2016 Gastos reales (FPL 207 / Budget 2018 / Oct2017).

El Tesorero revisó los detalles del informe, incluidas algunas de las nuevas actividades propuestas que serían posibles debido a la buena situación financiera de la AMM. La Asociación Médica Canadiense preguntó al Tesorero aclarar si los nuevos proyectos propuestos se lograrán con el personal existente o si necesitarán contratar personal adicional en el Secretariado de la AMM. El Secretario General expresó que algunas actividades se harán con el personal actual, pero también se espera contratar a otras personas para el trabajo extra. Presentó al nuevo miembro del personal de la AMM, el encargado de la comunicación y de la información, Sra. Magda MIHAILA.

RECOMENDACION

- 2.2.1.1 Que el Presupuesto propuesto para 2018 (FPL 207 / Budget 2018 / Oct2017) sea aprobado por el Consejo y enviado a la Asamblea General para su aprobación y adopción.

- 2.2.2 El Comité **recibió** el Informe sobre el pago de cuotas de 2017 (FPL 207 / Dues Report / Oct2017) incluidas las cuotas atrasadas. Este documento será enviado a la Asamblea General para información.
- 2.2.3 El Comité **recibió** las Categorías de Cuotas 2018 (FPL 207 / Dues Categories 2018 / Oct2017). Este documento se enviará a la Asamblea General para su información.
- 2.2.4 El comité recibió un informe oral del Grupo de Finanzas. El Tesorero informó que el grupo examinó la política de auspiciadores que se debe hacer periódicamente para asegurar que sea clara y actual. Se refirió al lanzamiento de la plataforma educacional que se hará a fines de 2017 o principios de 2018, que es posible al excedente financiero acumulado.

El Secretario General informó sobre la situación en Venezuela y pidió al comité respaldar la decisión del grupo de finanzas de dispensar del pago de la cuota de la Federación Médica Venezolana en 2017 y considerar que están al día en sus pagos.

RECOMENDACION

- 2.2.2.4.1 Que el Consejo dispense el pago de la cuota de afiliación de la Federación Médica Venezolana.

2.3 Auditor

El comité **recibió** un informe oral y la recomendación del Tesorero de volver a nombrar a KPMG como auditor para el Financial Statement 2017.

RECOMENDACION

- 2.3.1 Que el Consejo resuelva que KPMG sea nombrado para auditar el Financial Statement 2017.

3. PLANES

3.1 Plan Estratégico de la AMM

Se ha finalizado el informe del Secretario General sobre la implementación del Plan Estratégico, en espera del resultado del Grupo de Trabajo sobre Gobernanza que ha concluido su mandato. Las recomendaciones en el informe final del grupo de trabajo se integrarán en el Plan Estratégico. El borrador se presentará al Consejo en abril de 2018.

3.2 Reuniones permanentes de la AMM

El Comité **examinó** la planificación y los arreglos para las futuras reuniones de la AMM (FPL 207 / WMA Future Meetings / Oct2017).

- 3.2.1 El Secretario General informó que las manifestaciones recientes y el trato de los médicos, activistas de derechos humanos y personas críticas del Gobierno en Turquía, ha

llevado a que el ExCo recomiende que la AMM dé marcha atrás en su decisión de realizar una Asamblea General en Estambul en 2019. El Secretario General reconoció que es desafortunado, ya que la AMM esperaba apoyar a la TMA al celebrar la reunión allí. Varios miembros hicieron eco de su arrepentimiento por la situación. Se procedió a explicar que la Asociación Médica de Georgia había accedido a la sede de la Asamblea General en 2019 en lugar de 2020. Por lo tanto, el Consejo Ejecutivo recomienda postergar indefinidamente la invitación de la Asociación Médica de Turquía y aceptar la oferta de la Asociación Médica de Georgia para celebrar la Asamblea General 2019.

El Secretario General aclara que este aplazamiento será reconsiderado cuando la situación en Turquía se estabilice. Añadió que la AMM emitirá un comunicado de prensa explicando la decisión de la AMM de no ir a Estambul en 2019 y expresar nuestro continuo respaldo a la TMA.

RECOMENDACION

- 3.2.1.1 Que el Consejo recomiende a la Asamblea que la AMM postergue indefinidamente la invitación de la Asociación Médica de Turquía para celebrar una reunión en 2019 y acepte la invitación de la Asociación Médica de Georgia para la Asamblea General en 2019.
- 3.2.2 El comité consideró la invitación de la Asociación Médica de Portugal para realizar el 215° Consejo en 2020.

RECOMENDACION

- 3.2.2.1 Que la invitación de la Asociación Médica de Portugal para realizar el 215° Consejo en 2020 sea aceptada.
- 3.2.3 El comité consideró la invitación de la Asociación Médica de Alemania para celebrar la 73ª Asamblea General en Berlín en octubre de 2022.

RECOMENDACION

- 3.2.3.1 Que la invitación de la Asociación Médica de Alemania para celebrar la 73ª Asamblea General en Berlín en octubre de 2022 sea aceptada.
- 3.2.4 En cuanto a la decisión del Consejo en abril de 2017 para recomendar que la Asamblea General 2021 ser celebrada en China, el Secretario General informó al Comité que él tenía preocupaciones en cuanto a accesos libres de la prensa durante la reunión, así como publicaciones relacionadas con comunicaciones electrónicas, el método por el cual la AMM organiza y comparte documentos. Observó que cree que ambas preocupaciones podrían ser resueltas, pero que ellos actualmente representan problemas que deben abordarse.

En la dirección del ExCo, el Secretario General informó al comité que la Federación Mundial Del Corazón se le había negado el permiso en último minuto para sostener una reunión en China a no ser que su miembro de Taiwán estuviera de acuerdo con cambiar su nombre. Si esto pasara a la AMM, tanto la AMM como los participantes arriesgarían el dinero gastado sobre la reunión, disposiciones de viajes, y tarifas por inscripción, que podrían ascender a más de 500.000 euros. En la discusión, era claro que la divergencia de

posiciones entre la Asociación Médica China y la Asociación Médica de Taiwán en cuanto al nombre de Taiwán la Asociación Médica permanecen sin solución. El Secretario General recordó que la AMM antes ha tomado una decisión de no interferir en esta situación interna política y acentuó esto y que la AMM no tiene ningún mandato o estatuto que nos da el derecho de hacer cualquier demanda en cuanto al nombre de un miembro. Varios miembros apoyaron esta decisión en sus comentarios durante la discusión. El Secretario General informó sobre la recomendación del ExCo que las dos asociaciones médicas, posiblemente con la ayuda de la AMM proporcione un mediador, empleen el próximo año para alcanzar un acuerdo sobre esta materia y que el comité espere hasta 2018 para considerar cualquier cambio a nuestro plan de celebrar la Asamblea General 2021 en China.

Las asociaciones médicas de China y Taiwán acordaron discutir el asunto de nombre de la Asociación Médica de Taiwán entre ellas, posiblemente con la ayuda de la AMM.

La decisión de abril de 2017 del Consejo de aceptar la invitación de la Asociación Médica de China se mantiene en la agenda (GA Council Report – Provisional Annex/Oct2017, punto 4.1) y será presentada a la Asamblea durante la sesión plenaria.

3.3 Reuniones Extraordinarias de la AMM

El Comité **recibió** el informe oral del Secretario General acerca de dos reuniones:

- 3.3.1 El Dr. Jon SNAEDAL informó que la Asociación Médica de Islandia y la AMM realizarán una Conferencia de Ética Médica, 1-4 de octubre de 2018 en Reykjavik, Islandia, en conjunto con la Asamblea General en Reykjavik.
- 3.3.2 [13ª Conferencia Mundial de la UNESCO sobre Bioética, Ética Médica y Derecho de Salud](#) en Jerusalén, Israel, 27-29 de noviembre de 2018
- 3.3.3 Las candidaturas para el curso de líderes AMM/CPW están cerradas, se realizará del 3 al 8 de diciembre de 2017. Esta reunión se hace en cooperación con la clínica Mayo y recibe apoyo financiero de Bayer y Pfizer.

4. MIEMBROS

4.1 Miembros constituyentes

- 4.1.1 El comité **consideró** la solicitud de afiliación de la Cámara Médica Checa (FPL 207/Apply- Czech/Oct2017). El Secretario General explicó que la Asociación Médica Checa, fue miembro de la AMM por mucho tiempo, recientemente terminó su afiliación en la AMM en reconocimiento al hecho que la Cámara Médica Checa es más representativa de los médicos en el país y una organización más apropiada para ser miembro de la AMM de la República Checa.

RECOMENDACION

- 4.1.1.1 Que la Cámara Médica Checa sea admitida como miembro constituyente de la AMM.

- 4.1.2 El comité **consideró** la solicitud de afiliación de la Asociación Médica de Bielorrusia (FPL 207/Apply-Belarus/Oct2017). El Secretario General explicó que la AMM ha estado en contacto con esta asociación muchos años y ahora da la bienvenida a su solicitud de ingreso en la AMM. La organización realmente tiene un asesor jurídico que es un miembro de su Consejo y por lo tanto un miembro de su asociación, pero esto no crea un problema con nuestros reglamentos y no debería excluir su afiliación en la AMM.

RECOMENDACION

- 4.1.2.1 Que la Asociación Médica de Bielorrusia sea admitida como miembro constituyente de la AMM.
- 4.1.3 El comité **consideró** la solicitud de afiliación de la Asociación Médica de Pakistán (FPL 207/Apply-Pakistan/Oct2017). El Secretario General informó que la Asociación Médica de Pakistán era antes miembro de la AMM. Gracias al trabajo de Presidente de la AMM, Dr. Ketan Desai, ellos han sido convencidos para volver a la AMM. La Asociación Médica de Pakistán realmente tiene seis no médicos "miembros honorarios" para méritos específicos, pero esto no crea conflicto con nuestra capacidad de apoyar su afiliación a la AMM.

RECOMENDACION

- 4.1.3.1 Que la Asociación Médica de Pakistán sea admitida como miembro constituyente de la AMM.
- 4.1.4 El comité **consideró** la solicitud de afiliación de la Cámara Médica de Rusia (FPL 207/Apply-Russia/Oct2017). El Secretario General explicó que la Cámara Médica de Rusia incluye organizaciones de 79 de las 82 regiones de Rusia, y las tres restantes están programadas para unirse al NMC más adelante este año. Consideró al NMC como el representante más representativo de las organizaciones médicas a nivel nacional en Rusia, con un fuerte enfoque en el autogobierno, con el objetivo de dirigir y supervisar la conducta del médico y desarrollar estándares éticos. Después de una revisión cuidadosa de su solicitud por el Asesor Legal de WMA, Sra. Marie COLEGRAVE, fue su recomendación que la AMM aprobara su solicitud. En respuesta a una pregunta de la Asociación Médica de Dinamarca, el Secretario General explicó las evaluaciones hechas por las que el NMC parece ser la asociación más representativa en Rusia. En respuesta a una pregunta de la Asociación Médica Canadiense, el Secretario General explicó que la cantidad de las cuotas pagadas por el NMC sería baja al principio. Le había dejado claro al presidente de la NMC que esperaba que las cuotas aumentasen gradualmente a medida que crece la situación financiera de la organización. El Dr. Peteris Apinis, Presidente de la Asociación Médica de Letonia, declaró que estaba muy familiarizado con la organización y su muy respetado líder.

El Secretario General que queda un problema con el antiguo miembro, la Sociedad Médica de Rusia (RMS), que aparentemente cree que aún se

encuentra en la AMM, aunque está terminando automáticamente desde principios de 2017 por falta de pago de la suscripción debida. El RMS envió una carta a la AMM con amenazas legales si la AMM acepta otro miembro de Rusia. El ExCo discutió esto en profundidad y concluyó que esto no debería interferir con la decisión de admitir al NMC

RECOMENDACION

- 4.1.4.1 Que la Cámara Médica de Rusia sea admitida como miembro constituyente de la AMM.

5. GOBERNANZA

5.1 Revisión de la gobernanza

El Comité **examinó** el informe del grupo de revisión de gobernanza (FPL 207 / Governance Review / Oct2017) del Prof. Rutger J. Van der Gaag, presidente del GT.

El Prof. Van der GAAG informó que el mandato y el grupo de trabajo habían concluido. Ha revisado algunas recomendaciones adicionales de la reunión del GT del día anterior que no están en el informe escrito. Varias AMNs y el Presidente del Consejo elogiaron al Presidente del grupo de trabajo por su excepcional liderazgo del grupo, destacando el progreso realizado considerando los numerosos temas difíciles.

La presidenta del Consejo reconoció que queda trabajo por hacer para implementar los cambios recomendados. Informó que presentará el informe del GT al ExCo para discutir y elaborar un plan para avanzar decidiendo qué actividades incrementales, de corto plazo y de largo plazo debe implementar la AMM. Hizo hincapié en la importancia de vincular este trabajo con el Plan Estratégico y ser creativo, pensativo y deliberativo sobre la implementación del cambio. La Presidenta del Consejo agradeció Grupo de Trabajo y sus miembros por su arduo trabajo.

RECOMENDACION

- 5.1.1 Que el Consejo acepte el informe del GT y sea presentado a la Asamblea General para información y discusión.

5.2 Comité de Revisión

El Presidente del comité de revisión, Dr. Mark PORTER, informó que el comité revisó las nuevas políticas propuestas para esta reunión y comenzó la cooperación con el Secretariado en el proceso de revisión de políticas de 10 años.

5.3 Revisión de los Artículos y Reglamentos de la AMM

- 5.3.1 El comité **consideró** la revisión propuesta de las Reglas de los Miembros Asociados de la AMM (FPL 207/AM Rules/Oct2017).

El Secretario General recomienda que los estudiantes de medicina y los médicos jóvenes reciban una membresía asociada gratuita por un período de cinco años, en

el entendido de que no recibirán ningún producto del área de miembros de la AMM y no tendrán derecho a voto en la reunión de miembros asociados.

RECOMENDACIÓN

5.3.1.1 Que la revisión propuesta de las Reglas de los Miembros Asociados de la AMM (FPL 207/AM Rules/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para su aprobación.

5.3.2 El comité **consideró** el Anexo de los términos de referencia de JDN (FPL 207/JDN ToR Appendix/Oct2017) que aborda los procedimientos de elección necesarios por la afiliación incrementada del grupo.

RECOMENDACION

5.3.1.1 Que el Anexo de los términos de referencia de JDN (FPL 207/JDN ToR Appendix/Oct2017) sea aprobado por el Consejo.

6. ACTIVIDADES EXTERNAS

6.1 Informe de miembros asociados

El comité **postergó** el informe del presidente de los miembros asociados (FPL 207/Chair of AM Report/Oct2017) del Dr. Joseph Heyman al Consejo.

6.2 Red de ex Presidentes

El comité **postergó** el informe de los ex Presidentes (PPCN) (FPL 207/PPCN Report/Oct 2017) al Consejo.

6.3 Informe JDN

El comité **postergó** el informe de la Red de Médicos Jóvenes (JDN) (FPL 207/JDN/Oct2017) de la Dra. Caline MATTAR al Consejo.

6.4 World Medical Journal

El comité **postergó** el informe del Director del WMJ (FPL 207/WMJ/Oct2017), Dr. Peteris APINIS, al Consejo.

6.5 Relaciones Públicas

El comité **postergó** el informe de Relaciones Públicas del Sr. Nigel Duncan (FPL 207/PR Report/Oct2017), al Consejo.

7. OTROS ASUNTOS

No hubo otros asuntos.

8. **CLAUSURA**

El comité terminó su reunión a las 14:55.



12.10.2017

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

Document no:	FPL 209/Dues Report/Apr2018	Original:
Title:	Report on Membership Dues Payment for 2018	English
Destination:	Finance and Planning Committee 209th Council Session Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Latvia 26-28 April 2018	Action(s) required: For Information
Note:	This document is composed of two parts, comparison of membership dues paid and number of declared members paid (Annex 1) for 2016, 2017 and 2018 as of 5 April 2018.	

COMPARISON OF MEMBERSHIP DUES PAID IN 2018, 2017 AND 2016

CONSTITUENT MEMBERS - COUNTRY

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60	Rate Classes	Rate Classes	Rate Classes
Category D -	2,15	A-D/member	A-D/member	A-D/member

1. Current year

AFRICA

ANGOLA	B	-	C	-	-	C	
CABO-VERDE	B	-	B	-	-	B	
CAMEROON	B	-	B	-	-	B	
CONGO	A	6 000	A	-6 000	-	A	
CÔTE D'IVOIRE	B	95	B	-95	95	B	
EGYPT	B	-	B	-	-	B	
ETHIOPIA	A	-	A	-	-	A	
GHANA	1 055	B	1 055	B	-	1 055	B
GUINEA	A	120	A	-	-	A	
KENYA	B	713	B	-	-	B	
LESOTHO	B	-	B	-	-	B	
MALAWI	A	-	A	-	40	A	
MALI	A	-	A	-	-	A	
MOZAMBIQUE	A	-	A	-	-	A	
NAMIBIA	C	-	C	-	-	C	
NIGERIA	14 250	B	14 250	B	-	14 250	B
RWANDA	80	A	A	-	-	A	
SÉNÉGAL	A	544	A	-544	-	B	
SOMALIA	***	A	-	A	-	A	
SOUTH AFRICA	14 040	C	14 040	C	-	14 040	C
SUDAN	B	-	B	-	-	B	

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member
TANZANIA		-	-	-
TUNISIA	433 B	633 B	-200	-
UGANDA	A	40 A	-40	40 A
ZAMBIA	950 B	950 B		950 B
ZIMBABWE	*** - A	- A	-	- A
Sub-total	30 809	38 440	-6 879	17 505

ASIA

BANGLADESH	570 B	570 B	-	412 B
CHINA	*** 20 000 C	80 000 C	-60 000	3 555 C
INDIA	71 250 B	71 250 B	-	71 250 B
ISRAEL	53 750 D	52 500 D	1 250	52 500 D
KUWEIT	2 150 D	2 100 D	50	2 102 D
MYANMAR	380 B	285 B	95	285 B
NEPAL	A	163 A	-163	163 A
PAKISTAN	475 B	**	475	**
SRI LANKA	B	- B	-	- B
VIETNAM	B	422 B	-422	- B
Sub-total	148 575	207 290	-58 715	130 267

EUROPE

ALBANIA	3 200 C	3 200 C	-	1 920 C
ANDORRA	D	- D	-	- D
ARMENIA	B	- B	-	- B
AUSTRIA	15 093 D	14 742 D	351	14 742 D
AZERBAIJAN	C	- C	-	- C
BELARUS	C	**		
BELGIUM	4 934 D	4 820 D	115	4 820 D
BULGARIA	C	- C	-	- C
CROATIA	1 500 D	- D	1 500	1 575 D
CYPRUS	D	- D	-	- D
CZECH REP.	*** 12 900 D	** D	12 900	1 680 D
DENMARK	32 250 D	31 500 D	750	31 500 D
ESTONIA	1 075 D	1 050 D	25	1 050 D
FINLAND	27 950 D	27 300 D	650	27 300 D
FRANCE	107 715 D	105 210 D	2 505	105 210 D
GEORGIA	259 B	437 C	-177	272 B
GERMANY	*** 112 875 D	220 500 D	-107 625	220 500 D
GREECE	10 750 D	10 500 D	250	10 500 D
HUNGARY	6 450 D	6 300 D	150	6 300 D
ICELAND	1 828 D	1 785 D	43	1 785 D
IRELAND	1 505 D	1 470 D	35	1 470 D
ITALY	D	12 600 D	-12 600	12 600 D
KAZAKHSTAN	C	240 C	-240	240 C
LATVIA	3 118 D	3 045 D	73	3 045 D

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60			
Category D -	2,15			
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member
LIECHTENSTEIN		-	-	-
LITHUANIA		-	-	-
LUXEMBOURG		1 275	-1 275	1 296
MACEDONIA		-	-	-
MALTA	1 075	1 050	25	1 050
MONTENEGRO		-	-	-
NETHERLANDS	128 153	124 121	4 032	33 128
NORWAY	32 250	31 500	750	31 500
POLAND	897	876	21	876
PORTUGAL		5 250	-5 250	5 250
ROMANIA	16 000	15 040	960	14 400
RUSSIA ***		11 200	-11 200	-
SERBIA		16 002	-16 002	-
SLOVAKIA		479	-479	479
SLOVENIA	6 927	6 829	98	-
SPAIN ***		105 000	-105 000	105 000
SWEDEN	43 215	42 210	1 005	42 210
SWITZERLAND	38 732	36 863	1 869	36 863
TURKEY	1 600	1 600	-	1 600
UKRAINE	95	95	-	
UNITED KINGDOM	219 300	214 200	5 100	214 200
UZBEKISTAN		-	-	67
VATICAN	108	105	3	105
Sub-total	831 753	1 058 392	-226 639	934 531

LATIN AMERICA

ARGENTINA		700	-700	4 200
BAHAMAS		-	-	-
BELIZE	160	**		
BOLIVIA		422	-422	422
BRAZIL	80 800	80 800	-	80 800
CHILE	4 504	4 400	105	4 400
COLOMBIA		-	-	-
COSTA RICA		600	-600	1 609
EL SALVADOR		-	-	-
HAITI		-	-	100
MEXICO		533	-533	533
PANAMA	566	803	-237	-
PERU		-	-	-
TRINIDAD AND TOBAGO		420	-420	420
URUGUAY		4 110	-4 110	5 273
VENEZUELA ***		-	-	-
Sub-total	86 030	92 788	-6 917	97 757

NORTH AMERICA

Membership rate per member

Category	2018	2017	2018/2017	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60			
Category D -	2,15			
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member
CANADA	64 715 D	63 210 D	1 505	63 210 D
USA	260 150 D	254 100 D	6 050	254 100 D
Sub-total	324 865	317 310	7 555	317 310
PACIFIC				
AUSTRALIA	44 406 D	45 555 D	-1 149	39 297 D
FIJI	C	- C	-	- C
HONG KONG	2 043 D	1 995 D	48	1 995 D
INDONESIA	B	- B	-	- B
JAPAN ***	D	317 100 D	-317 100	317 100 D
KOREA	37 625 D	36 750 D	875	36 750 D
MALAYSIA	2 400 C	2 400 C	-	2 400 C
NEW ZEALAND	400 D	2 100 D	-1 700	2 100 D
PHILIPPINES	B	713 B	-713	661 B
SAMOA	B	- B	-	- B
SINGAPORE	516 D	504 D	12	504 D
TAIWAN	D	23 125 D	-23 125	23 125 D
THAILAND	1 066 C	1 066 C	-	1 066 C
Sub-total	88 455	431 307	-342 852	424 998
TOTAL	1 510 487	2 145 527	-634 447	1 922 369

2. Previous years

Belgium (2006-2012)	2 002 D	2 002 D		2 002 D
Panama (2015-2016)		1 556 C		
Russia (2015)				5 250 D
Rwanda (2015-2017)	44 A			
Tunisia (2015-2016)		2 066 B		
Ukraine (2015, 2016)		185 B		
Uzbekistan (2013-2015)				189 D
Vietnam (2016)		422 B		
Sub-total	2 046	6 231		7 441
TOTAL	1 512 533	2 151 758	-639 225	1 929 810

** Not member at that time

***** Note by the Secretary General:**

The following statutory members have formal special arrangements with the WMA:

- Due to the current impossibility to transfer money out of Zimbabwe, the technical inability to collect our dues, the extreme inflation rate in the country and after having consulted with the Zimbabwe Medical Association the Secretary General considers the Zimbabwe Medical Association in Good Standing without having received dues so far but considers that ZIMA pays its annual dues (20 EUR) till the financial situation changes.

Membership rate per member

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
Category A -	0,40			
Category B -	0,95			
Category C -	1,60			
Category D -	2,15			
	Euro	Euro	Euro	Euro
	Rate Classes	Rate Classes		Rate Classes
	A-D/member	A-D/member		A-D/member

- Due to the war in Somalia, the Secretary General considers the Somalia Medical Association is in good standing and waived the membership dues since 2011.
- German Medical Association pays its dues in two equal parts on January 1st and July 1st.
- Japan Medical Association pays its dues in with its new business year in April.
- Spanish Medical Association pays its dues in two equal parts on February 1st and August 1st.
- The Czech Medical Association resigned in April 2017 and the Czech Medical Chamber joined the membership in October 2017.
- The membership of the Russian Medical Society was terminated in April 2017 following procedure according to WMA Bylaws, Chapter 1, Section 5B and the National Medical Chamber of Russia joined the membership in October 2017.
- Due to the financial crises in Venezuela, the membership dues of Venezuela Medical Association was waived for the years 2013 to 2017.
- Chinese Medical Association pays its dues by three installments. 1st installment was received on 4 April 2018.

COMPARISON OF DECLARED MEMBERS IN 2018, 2017 AND 2016

CONSTITUENT MEMBERS - COUNTRY

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
1. Current year				
AFRICA				
ANGOLA	-	-	-	-
CABO-VERDE	-	-	-	-
CAMEROON	-	-	-	-
CONGO	-	15 000	-15 000	-
CÔTE D'IVOIRE	-	100	-100	100
EGYPT	-	-	-	-
ETHIOPIA	-	-	-	-
GHANA	1 111	1 111	-	1 111
GUINEA	-	300	-300	-
KENYA	-	750	-750	-
LESOTHO	-	-	-	-
MALAWI	-	-	-	100
MALI	-	-	-	-
MOZAMBIQUE	-	-	-	-
NAMIBIA	-	-	-	-
NIGERIA	15 000	15 000	-	1 352
RWANDA	200	-	200	-
SÉNÉGAL	-	1 360	-1 360	-
SOMALIA	-	-	-	-
SOUTH AFRICA	8 775	8 775	-	8 775
SUDAN	-	-	-	-
TANZANIA	-	-	-	-
TUNISIA	456	666	-210	-
UGANDA	-	100	-100	100
ZAMBIA	1 000	1 000	-	1 000
ZIMBABWE	50	50	-	50
Sub-total	26 592	44 212	-17 620	12 588
ASIA				
BANGLADESH	600	600	-	434
CHINA	12 500	50 000	-37 500	2 222
INDIA	75 000	75 000	-	75 000
ISRAEL	25 000	25 000	-	25 000
KUWEIT	1 000	1 000	-	1 000
MYANMAR	400	300	100	300
NEPAL	-	407	-407	407
PAKISTAN	500	**	500	**
SRI LANKA	-	-	-	-
VIETNAM	-	444	-444	-
Sub-total	115 000	152 751	-37 751	104 363
EUROPE				

ANNEX

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
ALBANIA	2 000	2 000	-	1 200
ANDORRA	-	-	-	-
ARMENIA	-	-	-	-
AUSTRIA	7 020	7 020	-	7 020
AZERBAIJAN	-	-	-	-
BELARUS	-	**	-	**
BELGIUM	2 295	2 295	-	2 295
BULGARIA	-	-	-	-
CROATIA	697	-	697	750
CYPRUS	-	-	-	-
CZECH REP.	6 000	**	6 000	800
DENMARK	15 000	15 000	-	15 000
ESTONIA	500	500	-	500
FINLAND	13 000	13 000	-	13 000
FRANCE	50 100	50 100	-	50 100
GEORGIA	273	273	-	286
GERMANY	52 500	105 000	-52 500	105 000
GREECE	5 000	5 000	-	5 000
HUNGARY	3 000	3 000	-	3 000
ICELAND	850	850	-	850
IRELAND	700	700	-	700
ITALY	-	6 000	-6 000	6 000
KAZAKSTAN	-	150	-150	150
LATVIA	1 450	1 450	-	1 450
LIECHTENSTEIN	-	-	-	-
LITHUANIA	-	-	-	-
LUXEMBOURG	-	607	-607	617
MACEDONIA	-	-	-	-
MALTA	500	500	-	500
MONTENEGRO	-	-	-	-
NETHERLANDS	59 606	59 105	501	15 775
NORWAY	15 000	15 000	-	15 000
POLAND	417	417	-	417
PORTUGAL	-	2 500	-2 500	2 500
ROMANIA	10 000	9 400	600	9 000
RUSSIA	-	7 000	-7 000	-
SERBIA	-	10 001	-10 001	-
SLOVAKIA	-	228	-228	228
SLOVENIA	3 222	3 252	-30	-
SPAIN	-	50 000	-50 000	50 000
SWEDEN	20 100	20 100	-	20 100
SWITZERLAND	18 015	17 554	461	17 554
TURKEY	1 000	1 000	-	1 000
UKRAINE	100	100	-	-
UNITED KINGDOM	102 000	102 000	-	102 000
UZBEKISTAN	-	-	-	70
VATICAN	50	50	-	50
Sub-total	390 395	511 152	-120 757	447 912

LATIN AMERICA

ANNEX

	<u>2018</u>	<u>2017</u>	<u>2018/2017</u>	<u>2016</u>
ARGENTINA	-	333	-333	2 000
BAHAMAS	-	-	-	-
BELIZE	100	**	100	**
BOLIVIA	-	444	-444	444
BRAZIL	50 500	50 500	-	50 500
CHILE	2 095	2 095	-	2 095
COLOMBIA	-	-	-	-
COSTA RICA	-	375	-375	1 005
CUBA	-	-	-	-
EL SALVADOR	-	-	-	-
HAITI	-	-	-	250
MEXICO	-	333	-333	333
PANAMA	353	502	-149	-
PERU	-	-	-	-
TRINIDAD AND TOBAGO	-	200	-200	200
URUGUAY	-	1 957	-1 957	2 522
VENEZUELA	-	-	-	-
Sub-total	53 048	56 739	-3 691	59 349
NORTH AMERICA				
CANADA	30 100	30 100	-	30 100
USA	121 000	121 000	-	121 000
Sub-total	151 100	151 100	-	151 100
PACIFIC				
AUSTRALIA	20 653	21 692	-1 039	18 712
FIJI	-	-	-	-
HONG KONG	950	950	-	950
INDONESIA	-	-	-	-
JAPAN	-	151 000	-151 000	151 000
KOREA	17 500	17 500	-	17 500
MALAYSIA	1 500	1 500	-	1 500
NEW ZEALAND	186	1 000	-814	1 000
PHILIPPINES	-	750	-750	696
SAMOA	-	-	-	-
SINGAPORE	240	240	-	240
TAIWAN	-	11 011	-11 011	11 011
THAILAND	666	666	-	666
Sub-total	41 695	206 309	-164 614	203 275
TOTAL	777 830	1 122 263	-344 433	978 587

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/WMA Future Meetings/Apr2018	Original: Inglés
Título: Planificación de Reuniones Futuras de la AMM	
Destinado Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración

1. Puntos a considerar

1.1 Fechas de reuniones

En enero de 2018 se envió una encuesta a los miembros y las siguientes fechas son las preferidas para las reuniones en 2021/2022:

- 1.1.1 218ª Sesión del Consejo (lugar no decidido): **22-24 de abril de 2021**
- 1.1.2 72ª Asamblea General (lugar no decidido): **13-16 de octubre de 2021**
- 1.1.3 221ª Sesión del Consejo (lugar no decidido): **7-9 de abril de 2022**

1.2 Nuevas invitaciones recibidas

1.2.1 Asociación Médica de Ruanda (RMA) en **Kigali**¹

- Preferentemente para la **71ª Asamblea General en octubre de 2020**
- O años vacantes para una sesión del Consejo, abril 2021 ó 2022

1.2.2 Asociación Médica Británica (BMA) en **Londres**²

- para la **71ª Asamblea General en octubre de 2020**
- O años posteriores, 2021 y 2022

1.2.3 Orden Nacional de Médicos de Francia (CNOM) en **París**³

- para la **221ª Sesión del Consejo en abril de 2022**

¹ El Secretariado recibió un cuestionario completado y considera la ciudad de Kigali como posible lugar para una sesión del Consejo o una Asamblea General.

² El Secretariado recibió un cuestionario completado y considera la ciudad de Londres como posible lugar para una Asamblea General. La única preocupación es que los representantes rusos pueden tener dificultad para obtener una visa debido a la reciente situación política.

³ El Secretariado recibió un cuestionario completado y considera la ciudad de París como posible lugar para una sesión del Consejo.

El Secretariado hará una encuesta sobre las fechas y llamará a invitar para las reuniones futuras durante julio de 2018. Para consideración en la 210ª Sesión del Consejo en Reykjavik, en octubre 2018, las invitaciones deben ser presentadas al Secretariado hasta el 31 de agosto de 2018.

1.3 AG Pekín (o Shanghai) 2021

Después de la decisión tomada por la Asamblea General en octubre 2017, la invitación de la Asociación Médica de China fue postergada hasta la Asamblea General de 2018.

2. Lugares de las Asambleas y Sesiones del Consejo de la AMM 2005-2021

Para decidir los lugares de las Asambleas Generales de la AMM, se ha utilizado un sistema de rotación mundial, en el que la Asamblea General se celebra en cada una de las seis regiones de la AMM durante seis años.

Año	Fecha	Región	Lugar	Nota
2005	12-15 octubre	Latinoamérica	Santiago, Chile	
2006	12-15 octubre	Africa	Sun City, Sudáfrica	
2007	3-6 octubre	Europa	Copenhague, Dinamarca	150 Aniversario
2008	15-18 octubre	Pacífico	Seúl, Corea	100 Aniversario
2009	13-15 mayo	Asia	Tel Aviv, Israel	
2009	14-17 octubre	Asia	Nueva Delhi, India	
2010	20-22 mayo	Europa	Evian, Francia	
2010	13-16 octubre	Norteamérica	Vancouver, Canadá	
2011	7 - 9 abril	Pacífico	Sídney, Australia	
2011	12-15 octubre	Latinoamérica	Uruguay	
2012	26 – 28 abril	Europa	Praga, República Checa	
2012	10-13 octubre	Pacífico	Bangkok, Tailandia	
2013	11-13 abril	Pacífico	Bali, Indonesia	
2013	16-19 octubre	Latinoamérica	Fortaleza, Brasil	
2014	24-26 abril	Pacífico	Tokio, Japón	
	8-11 octubre	Africa	Durban, Sudáfrica	
2015	16-18 abril	Europa	Oslo, Noruega	
	14-17 octubre	Europa	Moscú, Rusia	
2016	28-30 abril	Latinoamérica	Buenos Aires, Argentina	
	19-22 octubre	Pacífico	Taipei, Taiwán	
2017	20-22 abril	Africa	Livingstone, Zambia	
	11-14 octubre	Norteamérica	Chicago, Estados Unidos	
2018	26-28 abril	Europa	Riga, Letonia	
	3-6 octubre	Europa	Reykjavik, Islandia	100º Aniversario
2019	25-27 abril	Latinoamérica	Santiago, Chile	
	23-26 octubre	Europa	Tiflis, Georgia	30º aniversario en 2019
2020	16-18 abril	Europa	Porto, Portugal	
	21-24 octubre			
2021	22-24 abril ⁴			

⁴ En espera de la aprobación del Consejo

	13-16 octubre ⁵	Asia	Pekín, China ⁶	106° aniversario en 2021
2022	7-9 abril ⁷			
	5-8 ó 12-15 octubre ⁸	Europa	Berlín, Alemania	75° aniversario en 2022

- Todas las reuniones futuras están en el [sitio de la AMM](#).

3. Arreglos para las reuniones permanentes

3.1 Asamblea General, Reykjavik 2018

Fecha – La Asamblea General se celebrará del 3 al 6 de octubre de 2018

Reuniones: [Harpa conference center](#)

Hotel: [Hilton Reykjavik Nordica](#)

Reuniones – El programa preliminar es el siguiente:

- Las reuniones previas del Comité Ejecutivo, grupos de trabajo y JDN se harán el 1 o 2 de octubre, día previo a las reuniones.
- Los tres **comités permanentes** y el de **credenciales** se reunirán el primer día, 3 octubre.
- La **Sesión Científica: Asociación Médica de Islandia/ AMM Conferencia de ética médica** se hará en el Harpa conference center del 1 al 4 de octubre. La sesión científica del 4 de octubre será reemplazada por la conferencia de ética médica.
- Habrá un **tour** de medio día para los acompañantes el 4 octubre.
- La reunión principal de la **Sesión del Consejo** tendrá lugar el 5 octubre.
- La **Ceremonia Inaugural** se celebrará el 5 octubre después de la sesión del Consejo
- Habrá un **tour** de medio día para todos los participantes el 5 octubre.
- Las **sesiones plenarias** de la Asamblea comenzarán el 6 octubre.

1 Oct	2 Oct	3 Oct	4 Oct	5 Oct	6 Oct
lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Conferencia sobre ética médica de la IcMA	1° día de conferencia	2° día de conferencia	3° día de conferencia (todo el día)		
Pre reuniones de la AMM (ExCo y GTs)	Pre reuniones de la AMM (GT en conjunto)	Consejo de la AMM	Sesión Científica de la AMM	AG de la AMM	Plenaria de la AG de la AMM

Interpretación – Habrá interpretación en cuatro idiomas (inglés, francés, español y japonés).

⁵ En espera de la aprobación del Consejo y la Asamblea General

⁶ En espera de la aprobación de la Asamblea General (véase punto 1.3)

⁷ En espera de la aprobación del Consejo

⁸ En espera de la aprobación del Consejo y la Asamblea General

Programa Social

- La recepción de bienvenida para todos los participantes será ofrecida por la Asociación Médica de Islandia el miércoles 3 octubre.
- La Asociación Médica de Islandia ofrecerá una cena para todos los participantes el viernes 5 octubre.
- La cena de la Asamblea de la AMM para todos los participantes será ofrecida por la AMM el sábado 6 octubre.

La inscripción y más información estará disponibles en mayo 2018 en el [sitio de la AMM](#)

3.2 212ª Sesión del Consejo, abril 2019

Fecha – Jueves 25 al sábado 27 de abril de 2018

Hotel – [Hotel Santiago \(Mandarin Oriental\)](#) in Santiago, Chile

Reuniones – El programa preliminar es el siguiente:

- las reuniones del **comité ejecutivo y grupos de trabajo** se realizarán el miércoles 24 de abril.
- la reunión comienza con la **sesión plenaria del Consejo** el jueves 25 de abril
- los tres **comités permanentes** se reunirán el jueves 25 y viernes 26 de abril
- la **reunión principal de la Sesión del Consejo** tendrá lugar el sábado 27 de abril

Interpretación – Habrá interpretación en cuatro idiomas (inglés, francés, español y japonés).

Programa Social

- Recepción para todos ofrecida por el Colegio Médico de Chile el jueves 25 de abril.
- Cena del Consejo ofrecida por la AMM el viernes 26 de abril.
- Tour de medio día y cena para todos ofrecidos por el Colegio Médico de Chile el sábado 27 de abril.

La inscripción y más información estará disponibles en octubre de 2018 en el sitio de la AMM



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/AM Membership/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe de los Miembros Asociados para 2017	
Destinación: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Recibir

1. Este informe cubre el período hasta el 31 de diciembre de 2017.
2. Durante el año 2017, 1.115 médicos mantuvieron su afiliación. El detalle por región es el siguiente (incluidos 25 miembros de por vida):

Japón: 647 al día
Otros países 468 al día y 25 miembros de por vida
IFMSA/JDN 137 miembros con gratuidad
3. Las solicitudes pueden obtenerse directamente de la AMM o de una asociación médica nacional que sea miembro constituyente de la AMM. La solicitud debe devolverse a la AMM junto al pago elegido.
4. Los estudiantes de medicina y los médicos jóvenes (al graduarse como médicos y por un período de cinco años) obtendrán la afiliación como miembros asociados de la AMM. No se les cobrará cuota de afiliación, pero tampoco se les proporcionará productos, servicios o publicaciones (excepto las publicaciones electrónicas). Además, estos miembros no tendrán derecho a voto.
5. Las inscripciones en línea para los diferentes tipos de miembros están disponibles en el [sitio de la AMM](#).

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/Chair AM Report/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe del Presidente de los Miembros Asociados (octubre 2017 – marzo 2018)	
Destinado a: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

En Chicago tuvimos una muy exitosa cena informal “conozca a los miembros asociados” auspiciada por la Asociación Médica de Estados Unidos. Tendremos otra cena informal en Riga el día 25 de abril que está abierta a todas las personas que asistan a la reunión del Consejo. Se debía inscribir con anticipación. Agradecemos a la Asociación Médica de Letonia por esta cena.

Al final de nuestra reunión en Chicago hubo 85 miembros de nuestro grupo activo Google. Hemos duplicado la cantidad a 195 miembros en esta plataforma de debate. Tuvimos una interesante discusión de cada documento enviado para esta reunión. Un solo documento tuvo más de 50 comentarios. Los debates se hacen con respeto y sirven para aclarar y están abiertas a todos los miembros asociados. Un resumen de nuestros comentarios figura en cada documento.

Tuvimos una conferencia el 26 de marzo para los líderes de la Red de Médicos Jóvenes, los ex Presidentes y el Presidente de los MA, junto al Secretario General. Quisimos conectarnos para buscar ideas de coordinación de las tres partes de los MA y agregar más valor a la AMM y a los MA. Este es un resumen de la reunión:

Asistentes:

Dana Hanson, Presidente de la Red de ex Presidentes (PPCN)
Jon Snaedal, Secretario del PPCN
Caline Mattar, Presidenta de la Red de Médicos Jóvenes (JDN)
Yassen Tcholakov, Asuntos médico-sociales de JDN
Otmar Kloiber, Secretario General AMM
Joe Heyman, Presidente de los miembros asociados de la AMM

- 1) Se discutió cómo lograr más reconocimiento de las políticas de la AMM entre los miembros de las asociaciones médicas nacionales (AMNs). Sería bueno si una AMN presentara una resolución en la sesión del Consejo para sugerir que las AMNs revisen la política de la AMM cuando consideren una nueva política o una existente.
- 2) Trataremos de tener una agenda para una reunión en Islandia para todos los MA con una posible transmisión.
- 3) Consideramos un esfuerzo voluntario para incluir a otros miembros asociados cuando se elabora una política en particular entre uno de los grupos de MA. Podemos tener un liderazgo para comunicar entre nosotros entre las reuniones para mantener a todos informados.

- 4) Podemos presentar temas que no son política o política en revisión a los MA en general para debatirlos en el grupo Google.
- 5) Abordamos las barreras que existen para transmitir la Sesión Científica a los MA que no pueden asistir. Al menos por ahora no podemos transmitirla a todos, ya que los oradores hablan en varios idiomas y porque existen problemas de finanzas y software.
- 6) Consideramos las relaciones entre la AMM y las sociedades internacionales de especialistas. Es saludable.
- 7) Abordamos la captación de MA. Ahora tenemos tres tipos de miembros, a) los que participan en medicina internacional, b) en salud pública y c) los interesados por otras razones. Debemos centrarnos en captar gente interesada en salud pública o ética médica.
- 8) Consideramos la posibilidad de transmitir las reuniones con GoToMeeting, Zoom y Adobe Connect para que los miembros que no pueden asistir puedan participar con más facilidad.
- 9) Consideramos añadir otra hora u otro tiempo de reunión para los MA en la que se podría realizar un debate con un panel.
- 10) Quisiéramos tener una manera formal periódica en la que el Presidente de MA pudiera reunirse con el comité ejecutivo para informarlos sobre los MA y para que el Presidente de MA conozca más de las actividades y preocupaciones de la AMM.
- 11) Consideramos un papel para los estudiantes de medicina que no entre en competición con la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA).
- 12) Consideramos cómo interesar a los miembros del Consejo para ser MA.
- 13) Descartamos realizar reuniones regionales de MA por ahora.

Dr. Joe Heyman
Presidente de Miembros Asociados



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/JDN Report/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe de la Red de Médicos Jóvenes (JDN) (octubre 2017 – marzo 2018)	
Destinado Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

Durante este período, los grupos de trabajo de JDN han continuado sus actividades, los que incluyen las condiciones de trabajo y atención médica para el paciente psiquiátrico.

Además, el GT Global Medical Exchanges sobre una encuesta a los miembros acerca del interés e identificación de las iniciativas existentes. La encuesta está en una etapa de prueba.

El grupo de trabajo sobre la resistencia antimicrobiana sigue su trabajo sobre otra campaña de redes sociales sobre RAM en colaboración con el Secretariado de la AMM para promover la política de la AMM y el curso RAM durante la semana de concienciación sobre los antibióticos, en noviembre. Se espera la revisión de la política pronto.

Como parte de la revisión de los procesos internos de la red, se han propuesto nuevos términos de referencia para regular los GTs de JDN. Esto se presentará para su debate en la reunión de Riga.

Los miembros de JDN participaron en el 4º Foro Global sobre Recursos Humanos en Salud, realizado en Dublín y contribuyó a la organización del foro de jóvenes del evento.

Hemos seguido realizando reuniones mensuales de administración, además de la teleconferencia con los miembros en general, a fin de asegurar la coordinación de las actividades y un seguimiento apropiado. También hemos implementado un sistema de información con el informe de mitad de año presentado en abril y otro del fin de año presentado en septiembre. Los grupos de trabajo de JDN comenzarán a informar sobre sus actividades dos veces al año. El próximo informe se hará antes de la reunión de Riga.

Hemos planificado la reunión de JDN en Riga, implementaremos un nuevo formato que incluye la creación de capacidad. Tendremos un taller sobre cambio climático como parte de la reunión y un taller sobre liderazgo en salud, en colaboración de los egresados del curso de liderazgo de la AMM.

La JDN sigue apoyando la colaboración regional. Hay un grupo de médicos jóvenes activo en Latinoamérica que sigue creciendo y hay nuevos miembros del mediterráneo oriental que ingresan a la red. La JDN trata de establecer una colaboración estrecha con los médicos jóvenes de Europa EJD en varios temas de interés común.

Con respecto a la educación médica, JDN sigue colaborando con la Federación Mundial de Educación Médica y estará presente en su reunión a través de la Presidenta de JDN, Dra. Caline Mattar y la directora de educación de JDN, Dra. Audrey Fontaine.

JDN sigue su asociación con IFMSA con colaboración y coordinación continua.

Desde la última reunión, un mayor número de representantes de los médicos jóvenes de las AMNs han ingresado a la red. Valoramos mucho la colaboración con estas asociaciones para aumentar la participación de los médicos jóvenes de las organizaciones nacionales.

Dra. Caline Mattar
Presidenta de JDN



03.04.18

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/PPCN Report/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe de la red de ex Presidentes (octubre 2017 – marzo 2018)	
Destinado a: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

El PPCN ha continuado su trabajo este año.

El Dr. Dana Hanson ha participado en la conferencia de líderes de la AMM /AM el 26 de marzo con el Dr. Jón Snaedal, secretario del PPCN (véase FPL 209/Chair of AM Report/Apr2018).

El Dr. Yank Coble ha seguido apoyando y organizando el Curso de Líderes de la AMM que se dicta en el campus de la clínica Mayo en Jacksonville para el curso de diciembre de 2017.

El Dr. Yoram Blachar ha participado activamente en la Conferencia mundial de la UNESCO sobre bioética, ética médica y derecho de salud, Limassol, también en la próxima reunión: 13ª conferencia en Jersusalén, Israel, 27 al 29 de noviembre de 2018.

El Dr. Jón Snaedal también está organizando la conferencia de ética médica de la Asociación Médica de Islandia y la AMM que se realizará en conjunto con la Asamblea General de la AMM en Reikjavik en 2018. Ha tenido el cargo de Presidente del International College for Person Centered Medicine (ICPCM) que ha estado cooperando con la AMM en la organización de la conferencia anual en Ginebra sobre la medicina centrada en la persona desde 2006. La conferencia del ICPCM fue realizada del 8 al 11 de abril de 2018.

El Dr. Mukesh Haikerwal sigue aumentando el perfil de la AMM en las redes sociales. Trabaja activamente en la relación con los miembros africanos y las asociaciones médicas que todavía no ingresan a la AMM. Ha representado a la AMM en la Asamblea de la Industria Mundial de Automedicación celebrada en Sídney en octubre de 2017.

Los miembros del PPCN entregan sus opiniones sobre preguntas planteadas por el Secretariado.

Agradecemos al Dr. Kloiber y su personal por su apoyo.

Dr. Dana Hanson
Presidente del PPCN



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/Nominating Process/Apr2018 Título: Propuesta para introducir una declaración de honor en el proceso de candidaturas a la presidencia de la AMM	Original: Inglés
Destinado Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota: Esto es presentado por la Asociación Médica Británica.	
Resumen: Esta propuesta es para introducir una declaración de honor en el proceso de candidaturas a la presidencia de la AMM. Es necesario ser diligente para establecer si el candidato puede desprestigiar a la AMM. Con esto nos aseguramos la reputación de la Asociación y del miembro constituyente que presenta la candidatura, con principios de transparencia y apertura. La propuesta debe considerar la capacidad, recursos y capacidad del sistema a fin de asegurar que no es una carga excesiva para la AMM ni el organismo que presenta la candidatura, por lo que debe ser proporcional.	
Políticas relacionadas: Artículos y reglamentos de la AMM, formulario de candidatura para la elección del cargo de Presidente.	

Actual mecanismo para presentar la candidatura a Presidente:

1. Extracto de los Artículos y Reglamentos de la AMM

B) Método para Presentar la Candidatura. Una asociación constituyente de la AMM puede presentar cualquier candidato debidamente calificado al cargo de Presidente de la Asociación Médica Mundial, enviando dicha candidatura por escrito al Secretariado de la AMM junto con la aceptación escrita del candidato. Esta candidatura debe incluir una certificación de que el candidato es miembro de la asociación constituyente que presenta la candidatura y que el carácter, integridad y aptitudes del candidato son irreprochables, lo que lo califica para el cargo de Presidente de la Asociación Médica Mundial. Dicha candidatura se hará en formularios proporcionados por el Secretario General, con la firma del responsable de la asociación constituyente y el timbre de la asociación médica nacional. La candidatura debe recibirse en el Secretariado al menos 3 semanas antes de la

apertura de la Asamblea en la que la elección deberá efectuarse. (véase anexo 1: formulario actual de candidatura para un miembro constituyente de la AMM).

2. Mecanismo para el término anticipado, extracto de los Artículos y Reglamentos de la AMM

F) Término

i) El Consejo estará facultado para tomar medidas a fin de mantener la integridad y reputación de la Asociación Médica Mundial, incluida, aunque no limitado a, suspender la autoridad de la persona para ser directivo de la AMM. La decisión de suspender la autoridad de la persona para ser directivo de la AMM necesitará una mayoría de 2/3 de los miembros del Consejo presentes y votantes. Antes de votar sobre una propuesta para suspender la autoridad de la persona para ser directivo, el Consejo debe:

a) Ofrecer la oportunidad a la persona en cuestión de dirigirse al Consejo en persona o por escrito.

b) Consultar al miembro constituyente al cual pertenece la persona.

ii) El voto afirmativo para suspender la autoridad del Presidente, Presidente-Electo y Ex Presidente Inmediato para ser directivo debe basarse en evidencia substancial y un grado razonable de certitud de que la persona ya no cumple con los requisitos estipulados en la sección B) y D) (iv) para ser directivo o no ha cumplido con los deberes del cargo.

iii) Entre las reuniones del Consejo, el Comité Ejecutivo tendrá la facultad de investigar acusaciones contra el Presidente, Presidente-Electo y Ex Presidente Inmediato y se comunicará con el Consejo, cuando sea apropiado, sobre esta situación. La persona acusada será excluida de la participación en este proceso, pero se le ofrecerá la oportunidad de responder a las acusaciones. El Presidente del Consejo informará los resultados del Comité Ejecutivo al Consejo en su próxima reunión. El Comité Ejecutivo no tendrá autoridad para suspender la autoridad de la persona para ser directivo.

iv) En caso de la suspensión de la autoridad del Presidente para ser directivo, el Consejo, si lo estima necesario, puede hacer dicho nombramiento o estipulaciones para eximir de los deberes del cargo hasta la próxima reunión de la Asamblea General.

v) Después de que el Consejo suspenda la autoridad del Presidente o Presidente-Electo para ser directivo, en la próxima reunión de la Asamblea General, el Consejo presentará una recomendación a la Asamblea General sobre el término permanente del cargo. La Asamblea General puede aceptar la recomendación del Consejo o rechazarla y tomar otras medidas que considere apropiadas. El término permanente del cargo necesita una mayoría de 2/3 de los delegados presentes y votantes.

3. Mecanismo propuesto:

La siguiente propuesta deriva de contactos con profesionales de RH y abogados especialistas en empleo con gran experiencia en los procesos de candidaturas.

Incluir la siguiente afirmación en el formulario de candidatura para los miembros constituyentes:

“Declaro que la información incluida en este formulario y en cualquier documentación adjunta es verdadera, según mi conocimiento y convicción, se otorga permiso para investigar y confirmar las cualificaciones, experiencia, fechas de empleo/afiliación para dar a conocer la información necesaria a otras personas u organizaciones a fin de verificar el contenido. Entiendo que la declaración de cualquier conflicto no evitará necesariamente que al candidato se le ofrezca este cargo, sin embargo, el candidato puede ser rechazado después de su nombramiento si alguna información es falsa, engañosa o si yo, el organismo que presenta la candidatura, ha omitido información importante”.

El organismo que presenta la candidatura también tendrá que declarar todo interés personal en la declaración escrita de aceptación.

*Si el candidato es elegido, ¿existen conflictos que puedan ser traspasados a la AMM?
Sí/No*

Si ha respondido Sí, por favor entregue información a continuación: [Dejar un espacio para el texto]

Se espera que el “examen” y la “investigación” sean realizados por el miembro constituyente que presenta la candidatura, que deberá firmar la declaración. Este proceso establecerá la idoneidad del candidato para el cargo en cuanto a aptitudes y experiencia.

4. Otras consideraciones:

- Anuncio público a todos los miembros constituyentes del futuro mecanismo propuesto.
- Incluir un perfil del cargo, el candidato debe demostrar un liderazgo eficaz por medio de:

[Ejemplo: extracto del formulario de la BMA para el candidato a presidente del Consejo]

1. Capacidad para demostrar confianza y respeto y ejercer influencia
2. Excelentes habilidades comunicacionales, escritas y orales con todas las potenciales audiencias
3. Liderazgo estratégico, habilidad para presidir y capacidad de negociación
4. Promoción de relaciones eficaces y comunicación abierta
5. Trabajo en equipo, influenciar a personas y recursos y diplomacia
6. Integridad personal y compromiso para mantener los más altos estándares de integridad y probidad

Esta lista de principios deberá ser adaptada a los requerimientos de la AMM, por ejemplo el principio 2 puede disuadir candidaturas de países que no son de habla inglesa. Además, el principio 3 no es aplicable a la función del Presidente de la AMM.

En los Artículos y Reglamentos de la AMM, en la sección “Deberes y Responsabilidades del Presidente” hay una lista de principios, esto se puede utilizar para el perfil de la función.



Anexo 1

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA
PARA LA ELECCION
al
CARGO DE PRESIDENTE PARA 2017-2018

Los suscritos, a nombre del (la) _____
(asociación médica nacional)

presentan la candidatura para Presidente de la Asociación Médica Mundial, del Dr.

_____. El candidato cuenta con el respaldo del (la)
(nombre del médico)

_____ y ha sido miembro de esta asociación por _____ años
(AMN) (número)

El Dr. _____ ha demostrado un compromiso total con las más altas
(nombre del médico)

normas de la ética médica a través de su vida profesional. Es un(a)

_____, que ha tenido el cargo de _____
(especialidad)

_____ del (la) _____.
(AMN)

El Dr. _____ siempre ha tenido una conducta profesional y personal
ejemplar. Los colegas de la asociación consideran que el

Dr. _____ es una persona de integridad impecable que estará al
servicio de la Asociación Médica Mundial con honor y distinción.

Presidente

Secretario General

* Se adjuntan el currículum vitae y la aceptación por escrito del candidato.

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/PR Report/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe de relaciones públicas (octubre 2017 - abril 2018)	
Destinación: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

Comunicados de prensa

Se han publicado 15 comunicados de prensa desde la Asamblea General en Chicago.

2017

- 17.11.2017 [Reunión de la región de Europa de la Asociación Médica Mundial sobre las cuestiones del final de la vida](#)
- 10.11.2017 [AMM exige libertad inmediata para médico encarcelado](#)
- 27.10.2017 [Asociación Médica Mundial reitera firme oposición a suicidio con ayuda médica y a proyecto de ley australiano](#)
- 20.10.2017 [Financiamiento de urgencia es necesario para combatir el cambio climático, afirma AMM](#)

- 19.10.2017 [AMM propone programas de garantía de calidad para escuelas de medicina](#)
- 19.10.2017 [Asamblea General de la AMM](#)
- 15.10.2017 [Asociación Médica Mundial posterga asamblea planificada en Estambul](#)
- 15.10.2017 [Cannabis medicinal: AMM estima necesaria más investigación](#)
- 14.10.2017 [Nueva promesa de médicos aprobada por la Asociación Médica Mundial](#)
- 13.10.2017 [Países deben asumir envejecimiento de sus poblaciones, afirma nuevo presidente de la AMM](#)
- 13.10.2017 [Organización mundial de médicos expresa solidaridad a médicos jóvenes en huelga de hambre](#)

2018

- 05.04.2018 [OMS y AMM firman memorando de acuerdo](#)
- 26.02.2018 [Comunidad internacional criticada por bombardeos en Siria](#)
- 13.02.2018 [AMM exige libertad inmediata para médico encarcelado](#)
- 01.02.2018 [Organizaciones médicas mundiales hacen llamamiento conjunto al presidente Erdogan](#)
- 30.01.2018 [AMM condena detención de dirigentes de Asociación Médica de Turquía](#)
- 29.01.2018 [Asociación Médica Mundial ha criticado enérgicamente planes para terminar con la autonomía de los médicos](#)

Publicidad en general

Hubo una buena respuesta a la publicación de la Declaración de Ginebra revisada después de la Asamblea de Chicago. La promesa fue publicada exclusivamente por JAMA (Journal of the American Medical Association) y en las semanas siguientes aparecieron artículos en la prensa de todo el mundo. Esto produjo un debate constructivo y en general fue muy bien recibido. Varias asociaciones médicas nacionales publicaron la Declaración en sus sitios y hubo varios informes de la promesa adoptados en diversas AMNs y pronunciada al comienzo de las reuniones de médicos. En los días posteriores a la Asamblea, hubo literalmente cientos de tweets en todo el mundo.

Otras declaraciones que tuvieron buena publicidad fueron los temas de cannabis medicinal, acoso y cambio climático. En el sitio de la AMM hay una selección de la cobertura en los medios.

En los últimos seis meses varios otros temas recibieron publicidad importante: suicidio con ayuda médica y en particular la conferencia sobre final de la vida realizada en Roma, con el mensaje del Papa. Esto fue muy citado en todo el mundo.

El otro hecho que tuvo mucha cobertura en los medios fue la detención de los dirigentes de la Asociación Médica de Turquía. Después de la detención, la AMM inició una extensa campaña en twitter que llamó la atención en todo el mundo. Esto demostró nuevamente que las redes sociales son un medio poderoso para lograr una reacción a los hechos instantánea y a corto plazo.

Twitter

La cuenta twitter de la AMM tiene más de 9.000 seguidores, un aumento de más de 2.000 cada año. La cantidad promedio de tweets en los últimos meses es de más de 70 cada mes. Las estadísticas muestran que el grupo más numeroso es de EE.UU., Reino Unido, Canadá y Australia. Más de la mitad de los seguidores tienen entre 25 y 34 años, muy pocos sobre 55.

La AMM se ha unido a otras organizaciones en campañas sobre la gripe y los falsos medicamentos. Algunos tweets se han disparado por las campañas oficiales.

La Sra. Magda Mihaila, directora de comunicaciones e informaciones de la AMM, está encargada ahora de twitter (<https://twitter.com/#!/medwma>) y Facebook.

Facebook

El [WMA Facebook](#) de la AMM lo regula el Secretariado en Ferney, dirigido por la Sra. Mihaila. Se publican artículos regularmente y Facebook tiene ahora más de 10.700 seguidores. Algunos artículos alcanzan a 8.5 k visitas. En el futuro, la oficina pretende aumentar la cantidad de seguidores entre los miembros de la AMM. También se considera crear un contenido más original para las redes sociales.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: FPL 209/WMJ Report/Apr2018	Original: Inglés
Título: Informe del Director del World Medical Journal	
Destinado a: Comité de Planes y Finanzas 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para ser recibido

El World Medical Journal cumple 64 años este año. La mayoría de los líderes de la Asociación Médica Mundial y las asociaciones médicas nacionales son un poco mayores o un poco más jóvenes que la propia WMJ. Durante este período de tiempo, el mundo ha cambiado; estos años han visto varias guerras y epidemias, el descubrimiento de nuevos medicamentos, desarrollos fantásticos en tecnologías médicas y, en última instancia, las personas ahora pueden vivir sus vidas en esta tierra 20 años más gracias a los esfuerzos de los profesionales médicos y de salud pública. Tanto para una revista como para una persona, los 64 años de edad tienen connotaciones de madurez, experiencia, estabilidad y también dificultades para realizar cambios. Por otro lado, 64 años es una edad perfecta para mirar hacia atrás en desarrollos pasados y hacer pronósticos a largo plazo para el futuro.

He tenido el placer de ser Editor en Jefe de la WMJ desde 2008 y año tras año me estoy preparando para dejar este puesto. El plazo máximo para el Presidente de la Asociación Médica de Letonia se está agotando y simplemente ya no perteneceré a la comunidad de la AMM.

Fue un gran honor asumir el Journal de Alan Rowe. Este hombre único fue el líder de nuestra revista durante muchos años y logró unir a médicos de todo el mundo, dando un excelente ejemplo al escribir artículos excelentes y mediante su fantástico dominio del idioma inglés. Creo que es poco probable que nuestra revista vuelva a experimentar esas habilidades del idioma inglés combinadas con un profundo sentido de los problemas médicos y éticos en el corto plazo.

Durante todos estos años, el profesor Elmar Doppelfeld ha estado a mi lado para apoyarme con ideas, opiniones y experiencia. Me gustaría agradecer a mis asistentes, Maira Sudraba y Velta Pozņaka, que trabajaron en la revista con gran devoción. Son ellas quienes hacen la mayor parte del trabajo. Y estoy agradecido de Otmar Kloiber, con quien se puede contar para obtener una opinión crítica sobre cada artículo. Si no fuera por él, tendríamos una revista mucho más engorrosa; sería mucho menor. Y, por supuesto, agradezco a Nigel Duncan, que prepara materiales excelentes sobre las actividades de la AMM.

El World Medical Journal es esencialmente una revista destinada a los líderes de las asociaciones médicas de todo el mundo. El objetivo principal de la revista, tal como lo veo, es informar a estos líderes sobre eventos clave, documentos, movimientos y la dirección en la que va la AMM, así como también proporcionar información sobre los eventos de las diferentes asociaciones médicas

nacionales. Después de todo, la tierra es pequeña y podemos estar orgullosos de que nuestra gente esté representada en todos los países.

No sólo todos los países del mundo tienen su propia asociación médica, sino que también tiene una revista médica nacional. Somos claramente muy diferentes. En los países grandes con cientos de miles de médicos que trabajan, estas revistas son abundantes, emitidas semanalmente y las compañías farmacéuticas colocan alegremente información ilustrativa sobre sus productos en ellas, manteniendo así el bienestar financiero de las revistas y permitiéndoles llegar a todos los médicos de forma gratuita. En los países más pequeños y aquellos con presupuestos de salud más estrictos, las revistas se publican con menos frecuencia, son más delgadas y no están disponibles para todos los médicos.

El World Medical Journal es una marca excelente; es la revista de la AMM. Podemos pensar en la AMM como un país de médicos del mundo, la comunidad médica mundial y el WMJ como el portavoz de este país, exactamente tan grande y poderoso como un país de este tamaño se merece.

Es cierto que los medios impresos están saliendo del espacio de información global. Las opiniones sobre la información recibida difieren en todo el mundo, pero la mayoría de los expertos coinciden en que más del 70% de esta información proviene de fuentes electrónicas (televisión, video, internet, etc.) y solo el 10-15% proviene de medios impresos. Una gran parte de la población mundial envía el contenido de sus buzones rellenos de publicidad directamente a la papelería.

Desde hace un par de años, la WMJ también se ha publicado predominantemente en forma digital. Sólo enviamos publicaciones impresas a las principales bibliotecas del mundo. Los artículos se nos envían en formato digital y mandamos la revista a las asociaciones médicas nacionales en formato digital. El World Medical Journal se publica cuatro veces al año. Se supone que cada número contiene cuarenta páginas, mientras que los números 2 y 4 son más gruesas ya que los complementamos con materiales del Consejo de la AMM y la Asamblea General.

El WMJ tiene una función neuroprotectora: escribir en una revista médica es una operación que aumenta el número de células neuronales y la actividad de sinapsis en el sistema nervioso central. La revista también es un registro de la historia, que es el día presente desde un punto de vista del futuro. No estoy seguro de que en 4 años a partir de ahora todavía se pueda leer sobre la Asociación Médica Mundial a través del portal wmj.net, mientras que estoy absolutamente seguro de que todos los números de la revista, a partir de la década de 1950, serán accesibles en la Biblioteca de la Universidad de Washington en Seattle. Es por eso que animo a los líderes de todas las asociaciones médicas nacionales a que contribuyan con sus artículos al WMJ. Posiblemente no quede ninguna otra evidencia histórica de las actividades realizadas por su asociación nacional bajo su liderazgo a nivel mundial.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: SMAC 209/Agenda/Apr2018/REV	Original: Inglés
Título: Agenda del Comité de Asuntos Médico-Sociales	
Destinación: Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración
Nota Esta agenda revisada incluye nuevos temas en los puntos 4.3, 6.1 y 6.2	

Jueves 26 de abril de 2018

Miembros del Comité

Dr. Miguel Roberto Jorge (Presidente)	Dr. Ajay Kumar
Dr. David O. Barbe	Prof. Leonid Eidelman
Dr. Michael Bryant Gannon	Dr. Toru Kakuta
Dr. Thomas Szekeres	Dr. Kenji Matsubara
Dr. Mark Porter	Dr. Moojin Choo
Dr. Louis Francescutti	Dr. René Héman
Dr. Shuyang Zhang	Dr. Mzukisi Grootboom
Dr. Walter Vorhauer	Dr. Heidi Stensmyren
Dr. Serafín Romero	Dr. Julio Trostchansky
Dr. Ramin Parsa-Parsi	

Ex-officio (con derecho a voto)

Dra. Ardis Dee Hoven, *Presidente del Consejo*
Prof. Frank Ulrich Montgomery, *Vicepresidente del Consejo*
Dr. Andrew Dearden, *Tesorero*

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente*
Dr. Leonid Eidelman, *Presidente-Electo*
Dr. Ketan Desai, *Ex Presidente Inmediato*
Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*
Sra. Marie Colegrave-Juge, *Asesora Legal*
Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*

Sra. Joelle Balfe, *Facilitadora*
Sra. Clarisse Delorme, *Advocacy Advisor*

1. APERTURA

- 1.1 Apertura del Presidente del Consejo
- 1.2 Aprobar: Informe de la reunión anterior realizada en Chicago, Estados Unidos (SMAC 207/Report/Oct2017)
- 1.3 Palabras de bienvenida del Presidente del Consejo
- 1.4 Migración y Salud, Dr. Poonam Dhavan, Programme Coordinator Migración y Salud, Organización Internacional para las Migraciones (IOM)

2. INFORME ORAL DE MONITOREOS

3. ASUNTOS PENDIENTES

3.1 Salud y Medio Ambiente

Recibir: Informe oral del grupo de medio ambiente

3.2 Bolsas plásticas, temas ecológicos y degradación ambiental

Considerar: Revisión propuesta de la Declaración sobre Degradación ambiental y manejo de productos químicos (SMAC 209/Environmental Degradation/Apr2018)

3.3 Turismo de Salud

Considerar: Proyecto de Declaración sobre el Turismo de salud (SMAC 209/Medical Tourism REV5/Apr2018)

3.4 Mujeres en Medicina

Considerar: Proyecto de Declaración sobre las Mujeres en Medicina y comentarios (SMAC 209/Women in Medicine COM REV2/Apr2018)

3.5 Autonomía Profesional de los Médicos

Considerar: Revisión propuesta de la [Declaración de Seúl sobre Autonomía profesional e independencia clínica](#) y comentarios (SMAC 209/Declaration of Seoul COM REV/Apr2018)

Considerar: Revisión propuesta de la [Declaración de Madrid sobre Regulación profesional](#) y comentarios (SMAC 209/Declaration of Madrid COM REV/Apr2018)

3.6 Desarrollo Sustentable

Considerar: Proyecto de Declaración sobre Desarrollo Sustentable y comentarios (SMAC 209/Sustainable Development COM REV/Apr2018)

3.7 **Pandemia de Gripe Aviar**

Considerar: Proyecto de Declaración sobre Pandemia de Gripe Aviar y comentarios (SMAC 209/Pandemic Influenza COM REV/Apr2018)

4. **ASUNTOS NUEVOS**

4.1 **Armas Nucleares**

Considerar: Proyecto de Declaración sobre las Armas Nucleares (SMAC 209/Nuclear Weapons/Apr2018)

4.2 **Elaboración y Promoción de una Guía de Salud Materna e Infantil**

Considerar: Proyecto de Declaración sobre la Elaboración y Promoción de una Guía de Salud Materna e Infantil (SMAC 209/Maternal and Child Handbook/Apr2018)

4.3 **Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias**

Considerar: Proyecto de Declaración de la AMM sobre Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias (SMAC 209/Pseudoscience/Apr2018)

5. **CLASIFICACION DE LAS POLITICAS de 2008**

Considerar: Recomendaciones recibidas (SMAC 209/Policy Review 2008/Apr2018)

6. **CUALQUIER OTRO ASUNTO**

6.1 Presentación y debate preliminar sobre una propuesta para una Red de la AMM sobre Medicina de Catástrofes (Asociación Médica Japonesa)

6.2 Presentación y debate preliminar sobre un documento para información sobre inteligencia artificial (Asociación Médica de Estados Unidos)

7. **CLAUSURA**



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Document SMAC 207/Report/Oct2017 o: Título: Informe del Comité de Asuntos Médico-Sociales	Original: Inglés
Destinació Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 al 28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración

Miércoles 11 de octubre de 2017

Miembros del Comité

Dr. Miguel Roberto JORGE (Presidente)	Dr. Ajay KUMAR
Dr. David O. BARBE	Prof. Leonid EIDELMAN
Dr. Michael Bryant GANNON	Dr. Toru KAKUTA
Dr Thomas SZEKERES	Dr. Kenji MATSUBARA
Dr. Mark PORTER	Dr. MooJin CHOO
Dr. Louis FRANCESCUTTI	Dr. René HÉMAN
Dr. Shuyang ZHANG	Dr. Mzukisi GROOTBOOM
Dr. Walter VORHAUER	Dr. Heidi STENSMYREN
Dr. Sarafín ROMERO	Dr. Julio TROSTCHANSKY
Dr. Ramin PARSA-PARSI	

Ex-officio (con derecho a voto)

Dr. Ardis Dee Hoven, *Presidente del Consejo*
Prof. Frank Ulrich Montgomery, *Vicepresidente del Consejo*
Dr. Andrew Dearden, *Tesorero*

Ex-officio (sin derecho a voto)

Dr. Ketan Desai, *Presidente*
Sir Michael Marmot, *Ex Presidente Inmediato*
Dr. Yoshitake Yokokura, *Presidente Electo*
Dr. Otmar Kloiber, *Secretario General*
Sra. Marie Colegrave-Juge, *Asesora Legal*
Sr. Adolf Hällmayr, *Asesor Financiero*
Prof. Vivienne Nathanson, *Facilitador*

1. APERTURA

- 1.1 Apertura de la Presidenta del Consejo a las 16:05 del miércoles 11 de octubre de 2017.
- 1.2 Excusas por ausencias: Dr. T. SZEKERES reemplazado por el Dr. H. LINDNER, Dr. J. TROSTCHANSKY reemplazado por el Dr. A. RODRIGUEZ.
- 1.3 El informe de la reunión anterior realizada en Livingstone, Zambia (SMAC 206/Report/Apr2017) fue aprobado por el comité.

2. INFORME DE MONITOREO

La Dra. TAINIJOKI, asesora médica de la AMM, informó que se ha programado una reunión a alto nivel sobre las enfermedades no transmisibles antes de la Asamblea General de la ONU en septiembre 2018. El Secretariado participa en el proceso de preparación, aboga por un enfoque holístico de las NCDs que debe incluir a los determinantes sociales de la salud. Invitó a los interesados a ponerse en contacto con el Secretariado.

3. ASUNTOS PENDIENTES

3.1 Salud y Medio Ambiente

La Presidenta del Consejo, Dra. A. HOVEN recordó al comité que el Dr. D. SHIN, co presidente del grupo de salud y medio ambiente [La Prof. V. NATHANSON es la otra co presidenta], renunció a su cargo hace algunos meses. La Dra. HOVEN anunció que nombrará un nuevo presidente para el grupo y pidió voluntarios a este cargo. La Dra. HOVEN nombrará al nuevo presidente de entre los voluntarios después de las reuniones de Chicago.

3.2 Función del Médico en las Adopciones

El comité consideró el Proyecto de Declaración sobre la Misión del médico en la prevención de la explotación en las adopciones (SMAC 207/Trafficking with Minors COM REV3/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.2.1 Que el proyecto de Declaración sobre la Misión del médico en la prevención de la explotación en las adopciones (SMAC 204/Trafficking with Minors COM REV3/Oct2017) sea aprobado por el Consejo y enviado a la Asamblea General para su adopción.

3.3 Turismo de Salud

El comité consideró el Proyecto de Declaración sobre Turismo de salud y comentarios (SMAC 207/Medical Tourism REV4/Oct2017) presentado por el coordinador de la Asociación Médica de Israel.

RECOMENDACION

- 3.3.1 Que el Proyecto de Declaración sobre Turismo de salud y comentarios (SMAC 207/Medical Tourism REV4/Oct2017) sea devuelto al coordinador para mayor elaboración.

3.4 Tuberculosis

El comité consideró la Revisión propuesta de la Resolución sobre la Tuberculosis y comentarios (SMAC 207/Tuberculosis COM REV2/Oct2017).

RECOMENDACION

3.4.1 Que la Revisión propuesta de la Resolución sobre la Tuberculosis y comentarios (SMAC 207/Tuberculosis COM REV2/Oct2017) sea aprobado por el Consejo y enviado a la Asamblea General para su adopción.

3.5 Salud y cambio climático

El comité consideró el Proyecto de Declaración sobre la Salud y el Cambio Climático y comentarios (SMAC 207/Climate Change COM REV3/Oct2017).

RECOMENDACION

3.5.1 Que el Proyecto de Declaración sobre la Salud y el Cambio Climático y comentarios (SMAC 207/Climate Change COM REV3/Oct2017) sea aprobado por el Consejo y enviado a la Asamblea General para su adopción.

3.6 Mujeres en medicina

El comité consideró el Proyecto de Declaración sobre las Mujeres en Medicina y comentarios (SMAC 207/Women in Medicine COM REV/Oct2017).

RECOMENDACION

3.6.1 Que el Proyecto de Declaración sobre las Mujeres en Medicina y comentarios (SMAC 207/Women in Medicine COM REV/Oct2017) sea enviado de nuevo a los miembros para comentarios.

3.7 Comercio Justo de Productos Médicos

El comité consideró el Proyecto de Declaración sobre el Comercio Justo de Productos Médicos y comentarios (SMAC 207/Fair Medical Trade COM REV/Oct2017).

RECOMENDACION

3.7.1 Que el Proyecto de Declaración sobre el Comercio Justo de Productos Médicos y comentarios (SMAC 207/Fair Medical Trade COM REV/Oct2017) enmendado, sea aprobado por el Consejo y enviado a la Asamblea General para su adopción.

3.8 Bolsas Plásticas y Problemas Ecológicos

El Comité consideró el Proyecto de Declaración sobre las Reducción del Consumo de Bolsas Plásticas para Abordar los Crecientes Problemas Ecológicos y comentarios (SMAC 207/Plastic Bags COM REV/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.8.1 Nombrar un coordinador para revisar la Declaración sobre la degradación ambiental y el manejo de los productos químicos a fin de incorporar el tema de la contaminación por bolsas plásticas. La Asociación Médica de Suecia se ofreció para esto.

3.9 Autonomía profesional de los médicos

El Comité consideró Revisión propuesta de la Declaración de Seúl sobre Autonomía Profesional e Independencia Clínica (SMAC 207/Declaration of Seoul/Oct2017) Revisión propuesta de la Declaración sobre Regulación Profesional (SMAC 207/Declaration of Madrid/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.9.1 Que la Revisión propuesta de la Declaración de Seúl sobre Autonomía Profesional e Independencia Clínica (SMAC 207/Declaration of Seoul/Oct2017) sea enviada a los miembros para comentarios.
- 3.9.2 Que la Revisión propuesta de la Declaración sobre Regulación Profesional (SMAC 207/Declaration of Madrid/Oct2017) sea enviada a los miembros para comentarios.

3.10 Desarrollo sostenible

El Comité recibió un informe oral del grupo de trabajo presidido por el Dr. M. MICHINAGA (Asociación Médica de Japón) y luego consideró el Proyecto de Declaración sobre Desarrollo Sostenible (SMAC 207/Sustainable Development/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.10.1 Que el Proyecto de Declaración sobre Desarrollo Sostenible (SMAC 207/Sustainable Development/Oct2017) sea enviado a los miembros para comentarios.

3.11 Influenza y Pandemia Aviar

El Comité recibió un informe oral del Secretario General y luego consideró la Revisión propuesta de la Declaración sobre Influenza y Pandemia Aviar (SMAC 207/Pandemic Influenza/Oct2017) preparada por la Dra. Caline MATTAR, especialista AMR.

RECOMENDACION

- 3.11.1 Que la Revisión propuesta de la Declaración sobre Influenza y Pandemia Aviar (SMAC 207/Pandemic Influenza/Oct2017) sea enviada a los miembros para comentarios.

3.12 Planificación Familiar y Derecho de la Mujer a la Anticoncepción

El Comité consideró la Revisión propuesta de la Declaración sobre la Planificación Familiar y Derecho de la Mujer a la Anticoncepción (SMAC 204/Right to Contraception/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.12.1 Que Revisión propuesta de la Declaración sobre la Planificación Familiar y Derecho de la Mujer a la Anticoncepción (SMAC 204/Right to Contraception/Oct2017) sea aprobado por el Consejo y enviado a la Asamblea General para información.

3.13 Contaminación Acústica

El Comité consideró la Revisión propuesta de la Declaración sobre Contaminación Acústica (SMAC 207/Noise Pollution/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.13.1 Que la Revisión propuesta de la Declaración sobre Contaminación Acústica (SMAC 207/Noise Pollution/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para información.

3.14 Apoyo a las Asociaciones Médicas en Latinoamérica y el Caribe

El Comité consideró la Revisión propuesta de la Resolución sobre el Apoyo a las Asociaciones Médicas en Latinoamérica y el Caribe (SMAC 207/Latin America and Caribbean/Oct2017).

RECOMENDACION

- 3.14.1 Que la Revisión propuesta de la Resolución sobre el Apoyo a las Asociaciones Médicas en Latinoamérica y el Caribe (SMAC 207/Latin America and Caribbean/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para información.

3.15 Embargos Económicos y Salud

El Comité consideró la Revisión propuesta de la Resolución sobre los Embargos Económicos y la Salud (SMAC 207/Economic Embargoes/Oct2017) que tuvo un cambio menor como parte del proceso de revisión de políticas.

RECOMENDACION

- 3.15.1 Que la Revisión propuesta de la Resolución sobre los Embargos Económicos y la Salud (SMAC 207/Economic Embargoes/Oct2017) sea aprobada por el Consejo y enviada a la Asamblea General para información.

4. CLAUSURA

El comité terminó su reunión a las 17:10.



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: SMAC 209/Environmental Degradation/Apr2018/REV	Original: Inglés
Título: Revisión propuesta de la Degradación ambiental y buen manejo de los productos químicos	
Destinado a: Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 -28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	<p>En la reunión en Chicago en octubre 2017, el comité de Asuntos Médico-Sociales consideró un proyecto de <i>Resolución sobre la Reducción del consumo de bolsas plásticas para abordar los crecientes problemas ecológicos</i>. En lugar de adoptar este proyecto, se decidió revisar la Declaración sobre la Degradación ambiental y buen manejo de los productos químicos para incorporar el problema de la contaminación con bolsas plásticas. La Asociación Médica de Suecia fue nombrada coordinadora y presenta esta revisión de la declaración de la AMM, con ayuda de Peter Orris, que incluye un texto sobre la contaminación con plásticos. El párrafo 7 no era muy claro, por lo que se ha enmendado. Los cambios están subrayados en negritas o tachados.</p> <p><i>La versión revisada incluye una enmienda en la sección “Medidas nacionales e internacionales” que fue omitida en el texto original.</i></p>

INTRODUCCION

Esta declaración aborda un aspecto importante de la degradación ambiental que es la contaminación ambiental con sustancias domésticas e industriales peligrosas. Enfatiza la peligrosa contribución química a la degradación ambiental y la función de los médicos en la promoción del buen manejo de los productos químicos como parte del desarrollo sostenible, en especial en el marco de la salud.

La mayoría de los productos químicos a los que están expuestos los seres humanos son de origen industrial e incluyen aditivos alimentarios, productos cosméticos y de consumo doméstico, agroquímicos y otras sustancias (medicamentos, suplementos dietéticos) utilizados para fines terapéuticos. Recientemente, la atención se ha concentrado en los efectos de los productos químicos realizados por el hombre (o sintéticos) en el medio ambiente, incluidos los industriales o agroquímicos específicos y en nuevos patrones de distribución de sustancias naturales debido a la actividad humana. Puesto que la cantidad de estos componentes se han multiplicado, los gobiernos y las organizaciones internacionales han comenzado a preparar un enfoque más completo para una

regulación segura. **La creciente cantidad de desechos plásticos en nuestro medio ambiente es otra gran preocupación que debe ser abordada.**

Aunque los gobiernos tienen la responsabilidad principal de establecer un marco para proteger la salud de las personas de los peligros que presentan los productos químicos, la Asociación Médica Mundial, en representación de sus miembros, enfatiza la necesidad de señalar los riesgos para la salud humana y presentar recomendaciones destinadas a la adopción de medidas.

ANTECEDENTES

Productos químicos preocupantes

Durante los últimos cincuenta años, el uso de pesticidas y fertilizantes químicos dominaron la práctica en la agricultura y las industrias manufactureras expandieron rápidamente el uso de productos químicos sintéticos a la producción de bienes de consumo e industriales¹.

La preocupación mayor es por los productos químicos que se mantienen en el medio ambiente, tienen un bajo índice de degradación, se bio-acumulan en el tejido humano y animal (se concentran mientras ascienden en la cadena alimentaria) y que tienen importante impacto dañino en la salud humana y el medio ambiente (en especial en bajas concentraciones)². Algunos metales que se producen naturalmente, incluido el plomo, mercurio y cadmio tienen un uso industrial y también son preocupantes. Avances en investigaciones sobre salud ambiental, incluidas muestras ambientales y humanas y técnicas de medición, junto a una mejor información sobre el potencial de los efectos de bajas dosis en la salud humana, han ayudado a acentuar las preocupaciones emergentes.

Los efectos de las emisiones químicas para la salud pueden ser directos (como un efecto inmediato de la emisión) o indirectos. Los efectos indirectos en la salud son causados por los efectos de las emisiones en la calidad del agua, aire y alimentos, como también alteraciones en los sistemas globales, como la capa de ozono y el clima, a las que pueden contribuir las emisiones.

Medidas Nacionales e Internacionales

El modelo de regulación de los productos químicos varía dentro de los países y entre éstos, de controles voluntarios a legislación estatutaria. Es importante que todos los países busquen un enfoque de legislación coherente, estandarizada y nacional para un control regulatorio. Además, las regulaciones internacionales deben ser coherentes, de modo que los países en desarrollo no sean forzados por circunstancias económicas a **aceptar niveles de exposición tóxica elevados** ~~evitar regulaciones nacionales potencialmente débiles~~. Un ejemplo del marco legislativo se puede consultar en:

<http://ec.europa.eu/environment/chemicals/index.htm>

Los productos químicos sintéticos incluyen todas las sustancias que son producidas o han resultado de actividades humanas, incluidos los productos químicos industriales y domésticos, fertilizantes, pesticidas, químicos en productos y desperdicios, prescripciones y medicamentos sin recetas y suplementos dietéticos, al igual que subproductos de procesos industriales o incineraciones, como las dioxinas. Además, en algunas circunstancias los nanomateriales pueden estar regulados por regulaciones de productos químicos sintéticos, pero en otros casos puede ser necesaria una regulación explícita.

Acuerdos internacionales notables sobre productos químicos

Existen varios acuerdos notables sobre productos químicos. Estos fueron inspirados por la primera Declaración de la Conferencia de la ONU sobre el Medio Humano en 1972 (Estocolmo) sobre la descarga de sustancias tóxicas en el medio ambiente³. Estos acuerdos incluyen el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos 1989, la Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo 1992, el Convenio de Rotterdam sobre consentimiento informado y envío de sustancias peligrosas 1998 y el Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes 2001.^{4 5 6} Se debe hacer notar que se dispone de poca información sobre la eficacia de los controles.

Enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional

La contaminación ambiental peligrosa a nivel mundial persiste, a pesar de estos acuerdos, lo que hace esencial un enfoque más completo de los productos químicos. Las razones de la actual contaminación incluyen la persistencia de las compañías, absoluta falta de control en algunos países, falta de conciencia de los peligros potenciales, incapacidad de aplicar el principio de precaución, falta de ratificación de los diversos convenios y tratados y falta de voluntad política. El Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional (SAICM) fue adoptado en Dubai el 6 de febrero de 2006 por delegados de más de 100 gobiernos y representantes de la sociedad civil. Este es un plan internacional voluntario elaborado para asegurar el buen manejo de los productos químicos a lo largo de su ciclo de vida, de manera que en 2020 los productos químicos sean utilizados y producidos de modo que se disminuyan al mínimo los efectos adversos para la salud humana y el medio ambiente. El SAICM incluye los productos químicos de la agricultura e industriales, cubre todos los pasos del ciclo de vida de los productos químicos de fabricación, uso y eliminación e incluye los químicos en productos y desechos.⁷

Desechos Plásticos

El plástico ha estado presente en nuestras vidas por más de 100 años y casi todos lo utilizan regularmente de alguna manera. Aunque se han desarrollado variedades biodegradables, la mayoría de los plásticos se desintegra muy lentamente con un proceso de descomposición que dura cientos de años. Esto significa que la mayor parte de los plásticos que se han fabricado todavía están en el planeta, a menos que se hayan quemado y contaminado la atmósfera con humo tóxico.

Las preocupaciones sobre el uso de plásticos incluyen la “acumulación de desechos en vertederos y en entornos naturales, problemas físicos para la vida silvestre a causa de la ingestión u obstrucción con plásticos, filtración de productos químicos derivados de los plásticos y el potencial de los éstos de traspasar sustancias químicas a la fauna y al ser humano”*. Muchos plásticos utilizados hoy son plásticos halogenados o contienen otros

* Thompson RC, Moore CJ, vom Saal FS, Swan SH. Plastics, the environment and human health: current consensus and future trends. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2009;364(1526):2153-2166. doi:10.1098/rstb.2009.0053.

aditivos usados en la producción que tienen efectos potencialmente peligrosos para la salud (cancerígenos o que producen alteraciones endocrinas).*

Nuestro consumo actual de plásticos no es sustentable, acumula desechos, por lo que contribuye a la degradación ambiental y es potencialmente nocivo para la salud. Por esto, es necesaria una regulación específica para contrarrestar la peligrosa distribución al medio ambiente de desechos plásticos que se descomponen lentamente y su incineración que produce con frecuencia subproductos tóxicos.

Recomendaciones de la Asociación Médica Mundial (AMM)

A pesar de estas iniciativas nacionales e internacionales, la contaminación química del medio ambiente, debido a un control inadecuado de la producción y su uso ~~de productos químicos~~, sigue teniendo efectos dañinos para la salud pública en general. Existe una clara evidencia que relaciona a algunos productos químicos con ciertos problemas de salud, pero no ~~hay evidencia para~~ todos los productos químicos **han sido probados por sus impactos en la salud y el medio ambiente. Esto es en** especialmente **cierto para** los nuevos productos químicos o nanomateriales, en particular con dosis bajas durante largos períodos. **La contaminación con plásticos de nuestro medio ambiente natural, incluido el mar donde el plástico se descompone en partículas diminutas, es otro tema de gran preocupación.** Con frecuencia se solicita a los médicos y al sector de salud que tomen decisiones sobre pacientes y el público en general, basadas en información existente. Por lo tanto, los médicos advierten que ellos también cumplen una función importante para disminuir la brecha entre la elaboración de políticas y el manejo de los productos químicos y en disminuir los riesgos para la salud humana.

La Asociación Médica Mundial recomienda que:

Defensa

- Las asociaciones médicas nacionales (AMNs) apoyen la legislación que disminuya la contaminación química, la exposición humana a los productos químicos, detecte y monitoree los productos químicos peligrosos tanto para el ser humano como para el medio ambiente y atenúe los efectos de la exposición tóxica para la salud con especial atención a la vulnerabilidad durante el embarazo y los primeros años de la niñez.
- Las AMNs insten a sus gobiernos a apoyar los esfuerzos internacionales para restringir la contaminación química a través de una gestión segura, o interrupción o sustitución más segura cuando no se pueda manejar (por ejemplo, asbesto), con una atención particular a los países desarrollados que ayudan a los emergentes a lograr un medio ambiente seguro y buena salud para todos.
- Las AMNs faciliten una mejor comunicación entre los ministerios/departamentos de gobierno responsables del medio ambiente y la salud pública.
- Los médicos y sus asociaciones médicas apoyen la protección ambiental, den a conocer los elementos de los productos, el desarrollo sostenible y la química verde en sus comunidades, países y regiones.
- Los médicos y sus asociaciones médicas deben apoyar la eliminación progresiva del mercurio y productos químicos bioacumulativos y tóxicos persistentes en los aparatos y

* Barnes, D. K. A.; Galgani, F.; Thompson, R. C.; Barlaz, M. (14 June 2009). "[Accumulation and fragmentation of plastic debris in global environments](#)". *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. **364**(1526): 1985–1998. doi:10.1098/rstb.2008.0205. PMC 2873009  PMID 19528051.

productos de salud, **además evitar la incineración de los desechos de estos productos que pueden crear más contaminación tóxica.**

- Los médicos y sus asociaciones médicas deben apoyar la legislación que requiera una evaluación ambiental y de impacto para la salud antes de introducir un nuevo producto químico o una nueva instalación industrial.
- Los médicos deben incentivar la publicación de evidencia de los efectos de los distintos productos químicos **y plásticos** y dosis en la salud humana y el medio ambiente. Estas publicaciones deben estar disponibles a nivel internacional y para los medios de comunicaciones, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y ciudadanos interesados a nivel local.
- Los médicos y sus asociaciones médicas **deben** apoyar la creación de sistemas eficaces y seguros para recolectar y eliminar los medicamentos que no son consumidos. **También deben abogar por la introducción a nivel mundial de sistemas eficaces de recolección y eliminación de los desechos plásticos.**
- **Los médicos y sus asociaciones médicas deben promover esfuerzos para disminuir la fabricación y uso de envases plásticos y bolsas plásticas y detener la incorporación de desechos plásticos en el medio ambiente. Esto puede incluir regulaciones específicas que limiten el uso de envases plásticos y bolsas plásticas.**
- Los médicos y sus asociaciones médicas deben apoyar los esfuerzos para rehabilitar o limpiar zonas de degradación ambiental basados en el principio de precaución de “el contaminador paga” y asegurar que dichos principios sean incluidos en la legislación.
- La AMM, AMNs y médicos deben instar a los gobiernos a colaborar en los departamentos y entre ellos a asegurar que se elabore una regulación coherente.

Liderazgo

La AMM:

- apoya los objetivos del Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional (SAICM) que promueve mejores prácticas en la manipulación de los productos químicos a través de la utilización de sustitución más segura, disminución de desechos, creación sostenible no tóxica, reciclaje y también la manipulación segura y sostenible de los desechos en el sector salud.
- advierte que estas prácticas químicas deben ser coordinadas con esfuerzos para disminuir los gases de efecto invernadero en la salud para mitigar su contribución al calentamiento mundial.
- insta a los médicos, asociaciones médicas y países a trabajar en conjunto para crear sistemas de alarma de eventos, a fin de asegurar de que los sistemas de salud y los médicos estén informados de los accidentes industriales de alto riesgo cuando ocurran y reciban información precisa oportuna sobre el manejo de estas emergencias.
- insta a las organizaciones locales, nacionales e internacionales a que se centren en la producción sostenible, sustitución segura, trabajos verdes seguros y consulta con la comunidad de la salud para asegurarse que los impactos dañinos del desarrollo en la salud sean anticipados y reducidos al mínimo.
- enfatiza la importancia de la eliminación segura de los medicamentos como un aspecto de la responsabilidad en salud y la necesidad de un trabajo conjunto para crear modelos de mejor práctica, a fin de disminuir esta parte del problema de desechos químicos.
- insta la clasificación ambiental de los medicamentos para estimular la prescripción de medicinas menos dañinas para el medio ambiente.
- **insta a realizar esfuerzos locales, nacionales e internacionales para disminuir el uso de envases plásticos y bolsas plásticas.**

- insta la investigación actual sobre el impacto de las regulaciones y el monitoreo de los productos químicos en la salud humana y el medio ambiente.

La AMM recomienda que los médicos:

- trabajen para disminuir los desechos médicos tóxicos y exposiciones en el marco profesional como parte de la campaña de la Alianza Mundial de Profesionales de la Salud para la práctica positiva
- trabajen para entregar información sobre los impactos en salud asociados con la exposición a productos químicos tóxicos, cómo reducir la exposición del paciente a agentes específicos e incentivar las conductas que mejoren la salud en general.
- informen a los pacientes sobre la importancia de la eliminación segura de los medicamentos que no son consumidos.
- trabajen con otros para abordar las brechas en investigación sobre el medio ambiente y la salud (por ejemplo, patrones y carga de las enfermedades atribuidas a la degradación ambiental; impactos en la comunidad y el hogar de los productos químicos industriales; **los efectos, incluidos para la salud, de la distribución de plásticos y desechos plásticos en nuestro medio ambiente natural**; las poblaciones más vulnerables y protecciones para ellas).

Educación profesional y creación de capacidad

La AMM recomienda que:

- Los médicos y sus asociaciones profesionales ayuden a crear conciencia profesional y pública de la importancia del ambiente y los contaminantes químicos globales en la salud profesional.
- Las asociaciones médicas nacionales (AMNs) y las asociaciones profesionales de médicos creen instrumentos para que los médicos ayuden a evaluar los riesgos de sus pacientes a la exposición química.
- Los médicos y sus asociaciones profesionales establezcan a nivel local la educación médica continua apropiada sobre los signos clínicos, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que son introducidas en las comunidades, como consecuencia de la contaminación química y exacerbadas por el cambio climático.
- La salud ambiental y la medicina del trabajo deben ser un tema central en la educación médica. Las escuelas de medicina deben fomentar la formación de suficientes especialistas en salud ambiental y medicina del trabajo.

¹ Wisner G, Center for International Environmental Law, UNEP Forum, Sept. 2005

² <http://www.unep.org/hazardoussubstances/Introduction/tabid/258/language/en-US/Default.aspx>

³ <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=97&ArticleID=1503&l=en>

⁴ <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=78&ArticleID=1163>

⁵ Wisner G, Center for International Environmental Law, UNEP Forum, Sept. 2005

⁶ <http://chm.pops.int/Convention/tabid/54/language/en-US/Default.aspx>

⁷ <http://www.chem.unep.ch/saicm/SAICM%20texts/SAICM%20documents.htm>



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: SMAC 209/Medical Tourism REV5/Apr2018	Original: Inglés
Título: Revisión propuesta del Proyecto de Declaración sobre el Turismo de Salud	
Destinado a: Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	<p>Este documento fue presentado por la Asociación Médica de Israel (IsMA) en el Consejo en Buenos Aires (abril 2016) que decidió enviarlo para comentarios. La 205ª Sesión del Consejo en Tapei (octubre 2016) decidió volver a enviarla a los miembros para comentarios.</p> <p>El Consejo en Livingstone (abril 2017) consideró los comentarios y la versión propuesta por IsMA. Después del debate, se decidió devolverla al coordinador. En octubre pasado en Chicago, el Consejo consideró la versión revisada (REV4) y decidió enviarla de nuevo al coordinador para revisión.</p> <p>Los cambios están en negritas y <u>subrayados</u>.</p>
Palabras clave	Turismo de salud, pacientes extranjeros, normas, ética

Introducción

1. El turismo de salud es un fenómeno en expansión, aunque hasta la fecha no hay consenso sobre su definición y en consecuencia, las prácticas y los protocolos en los diferentes países pueden variar sustancialmente. Para los fines de esta declaración, el turismo de salud se define como una situación en que los pacientes viajan voluntariamente a través de las fronteras internacionales para recibir tratamiento médico. Los tratamientos abarcan una amplia gama de servicios médicos, e incluyen comúnmente: la atención dental, cirugía estética, cirugía electiva y tratamiento de fertilidad (OCDE, 2011).
2. Esta declaración no incluye casos en los que un servicio de salud nacional o un hospital envía un paciente al extranjero para recibir tratamiento con el pago del costo o cuando, como en la Unión Europea, los pacientes pueden buscar atención en otro Estado miembro de la UE según criterios definidos legalmente y su sistema de salud cubre los costos. Tampoco incluye situaciones en las que las personas están en un país extranjero cuando se enferman y necesitan atención médica.
3. Si no se regula apropiadamente, el turismo de salud puede tener repercusiones médico-legales y éticas, al igual que consecuencias negativas, incluidos, pero no limitado a: fuga interna de cerebros, creación de un sistema de salud de dos categorías y la propagación de resistencia

antimicrobiana. Por lo tanto, es imperativo que existan reglas claras para regir este creciente fenómeno.

4. El turismo de salud es una industria global emergente, con los proveedores de servicios de muchos países que compiten por los pacientes extranjeros, cuyo tratamiento representa una fuente potencial importante de ingresos. La conciencia sobre la salud y la voluntad de invertir en ella se crea con el bienestar económico de los países y miles de millones de dólares se invierten cada año en el turismo de salud en todo el mundo. Los actores clave dentro de esta gama de la industria son los consumidores, corredores, gobiernos, proveedores de salud, aseguradoras y agencias de viajes. La proliferación de sitios de turismo de salud en Internet y contenido relacionado plantean preocupación por la información de salud en línea no regulada e inexacta.
5. Un turista de salud está en una situación más frágil y vulnerable que un paciente en su país de origen. Por lo tanto, es necesaria una sensibilidad adicional por parte del personal en cada etapa del tratamiento y durante la atención del paciente, incluida la estada lingüística y cultural cuando sea posible. Cuando se busca tratamiento médico en el extranjero, la continuidad normal de la atención puede ser interrumpida y por lo tanto, se deben tomar precauciones adicionales.
6. El turismo de salud tiene varias consecuencias éticas que deben ser consideradas por los interesados. **Los turistas de salud reciben atención en instituciones estatales y privadas, las regulaciones deben implementarse en ambos casos.** Estas recomendaciones están dirigidas principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en el turismo de salud a adoptar estos principios.

RECOMENDACIONES

Generales

7. La AMM enfatiza la importancia de crear sistemas de salud en cada país, a fin de evitar un turismo de salud excesivo, como resultado de limitadas opciones de tratamiento en el país del paciente. Los incentivos financieros para viajar fuera del país del paciente por atención médica no deben limitar inapropiadamente el diagnóstico y las alternativas terapéuticas en el país del paciente o restringir el tratamiento o las opciones de derivación.
8. La AMM llama a los gobiernos a considerar cuidadosamente todas las consecuencias del turismo de salud para el sistema de salud de un país a través de la elaboración de protocolos nacionales completos y coordinados para el turismo de salud, en consulta y cooperación con todos los interesados pertinentes. Estos protocolos deben evaluar las posibilidades de cada país para recibir turistas de salud, acordar los procedimientos necesarios y evitar impactos negativos para el sistema de salud del país.
9. La AMM llama a los gobiernos y proveedores de servicios a asegurar que el turismo de salud no afecte de manera negativa el uso adecuado de los recursos limitados de salud o la disponibilidad de atención apropiada para la población local del país que los acoge. Se debe prestar especial atención a los tratamientos con largas esperas o con escasos recursos médicos. El turismo médico no debe promover prácticas contrarias a la ética o ilegales, como el tráfico de órganos. Las autoridades, incluido el Gobierno, deben poder detener el turismo de salud selectivo cuando ponga en peligro la capacidad para atender a la población local.

10. La admisión de turistas de salud nunca debe permitir que distorsione la evaluación normal de la necesidad clínica y cuando corresponda, la creación de listas de espera o listas de prioridad para tratamientos. Una vez que el proveedor de salud acepte para tratamiento, el turista de salud debe ser tratado según la urgencia de su condición médica. Cuando sea posible, los pacientes deben ser derivados a instituciones aprobadas por las autoridades nacionales o acreditadas por organismos de acreditación reconocidos adecuadamente.

Antes de viajar

11. Se debe informar a los pacientes que las prácticas de tratamiento y la legislación de salud pueden ser diferentes que las de su país y que el tratamiento es proporcionado según las leyes y prácticas del país donde lo recibe. El médico/proveedor de servicios debe informar a los pacientes de sus derechos y recurso legal antes de viajar fuera de su país por atención médica, incluida información sobre recurso legal en caso de lesión del paciente y los posibles mecanismos de compensación.
12. El médico en el país de destino debe establecer un plan de tratamiento que incluya una estimación del costo y un plan de pago, antes de que el turista de salud viaje a dicho país. Además, el médico y la compañía de turismo de salud (si la hay) deben colaborar para asegurarse de que se tomen todas las medidas en conformidad con las necesidades médicas del paciente. Se debe entregar información al paciente sobre los riesgos potenciales de combinar procedimientos quirúrgicos con vuelos largos y actividades de vacaciones.
13. Se debe informar al turista de salud que la legislación sobre privacidad no es la misma en todos los países y en el contexto de los servicios suplementarios que recibirá, es posible que su información médica sea comunicada a personas que no son profesionales médicos (como los intérpretes). No obstante, si el turista de salud decide recurrir a estos servicios, se le debe entregar documentación que especifique los servicios prestados por el personal no médico (incluidos los intérpretes) y una explicación sobre quién tendrá acceso a su información médica, se le debe pedir dar su consentimiento para la divulgación necesaria.
14. Todos los interesados (clínicos y administrativos) involucrados en la atención de los turistas de salud deben conocer sus obligaciones éticas de proteger la confidencialidad. Cuando sea posible, los intérpretes y otro personal administrativo que tengan acceso a la información de salud del turista de salud deben firmar un acuerdo de confidencialidad.
15. Se debe informar al turista de salud que un cambio en su condición clínica podría implicar un cambio en el costo estimado y en los planes de viaje y requisitos de visa.
16. Si el plan de tratamiento es alterado por necesidad médica que queda clara después que se ha establecido el plan inicial, el turista de salud debe ser informado sobre este cambio y su razón. Se debe obtener el consentimiento del paciente para cualquier cambio en el plan de tratamiento.
17. Cuando un paciente tenga una enfermedad incurable, el médico en el país de destino debe entregarle información precisa sobre sus opciones de tratamiento médico, incluidas las limitaciones del tratamiento, la capacidad del tratamiento de alterar el curso de la enfermedad de manera importante, para aumentar la esperanza de vida y mejorar su calidad de vida. Si después de examinar toda la información, el médico llega a la conclusión de que no es posible mejorar su estado de salud, el médico debe informarlo al paciente y que no realice el viaje.

Tratamiento

18. Los médicos están obligados a atender a toda persona aceptada para tratamiento, local o extranjera, sin discriminación. Todas las obligaciones detalladas en la legislación y los códigos internacionales de ética médica se aplican por igual a los médicos en sus contactos con los turistas de salud.
19. Las decisiones médicas sobre el turista de salud las deben tomar los médicos, en cooperación con el paciente, y no el personal acompañante que no es médico.
20. A discreción de los médicos tratantes y cuando se disponga de información de buena calidad, al paciente no se le debe pedir pruebas que ya haya realizado previamente, salvo cuando sea preciso repetir las pruebas por necesidad clínica.
21. El paciente debe recibir información sobre su tratamiento en un idioma que comprenda, incluido el derecho a recibir un resumen del progreso y término del tratamiento de parte del médico tratante y la traducción de los documentos, si es necesario.
22. Se debe lograr un acuerdo antes de iniciar el tratamiento sobre la transferencia de los resultados de las pruebas y rayos X al país del paciente.
23. Cuando sea posible, se debe establecer comunicación entre los médicos en el país de origen y de destino, a fin de asegurar un seguimiento clínico apropiado post atención de los problemas médicos por los que el paciente fue tratado.
24. El médico que prepara el plan de tratamiento para el paciente debe confirmar el diagnóstico, el pronóstico y los tratamientos que el turista de salud ha recibido.
25. El paciente debe recibir una copia de sus documentos médicos para la continuidad de la atención y seguimiento en su país. Cuando sea necesario, se le debe dar una lista detallada de instrucciones y recomendaciones médicas para el período después de su partida. Esta información debe incluir una descripción del tiempo de la recuperación esperada y el tiempo necesario antes de viajar a su país, si es posible.

Publicidad

26. La publicidad de los servicios de turismo médico, por Internet o de cualquier otra forma, debe cumplir con los principios de ética médica aceptados e incluir información detallada sobre los servicios, incluida información sobre las áreas de especialidad del proveedor de servicios y los médicos a los que entrega los beneficios de sus servicios, como también los riesgos del turismo de salud. El acceso al estado de licencia/acreditación de los médicos y las instalaciones, como la información de los resultados debe estar disponible fácilmente. El material publicitario debe incluir que todo tratamiento médico conlleva un riesgo y que pueden existir riesgos adicionales específicos en el contexto del turismo de salud.
27. Las asociaciones médicas nacionales deben hacer todo lo posible para evitar la publicidad indebida o que atente contra los principios de ética médica, incluida la publicidad que contenga información incorrecta o parcial o que pueda inducir a engaño a los pacientes, como una exageración de los posibles beneficios.
28. Una publicidad que resalta los atributos positivos de un tratamiento médico específico también debe presentar los riesgos de dicho tratamiento y no debe garantizar los resultados

del tratamiento o promover expectativas de beneficios o resultados de tratamiento poco realistas.

Transparencia y prevención de conflictos de intereses

29. Los posibles conflictos de intereses pueden ser inevitables para los médicos que tratan a turistas de la salud, incluso a instancias de su institución empleadora. Es esencial que todas las circunstancias clínicas y las relaciones sean tratadas de manera abierta y transparente.
30. El médico debe ser transparente e informar al turista de la salud todo conflicto de intereses personal, financiero, profesional u otro, real o aparente, que pueda estar relacionado con su tratamiento.
31. El médico no debe aceptar ningún beneficio, otro que la remuneración por sus servicios, en el contexto del tratamiento médico y no debe ofrecer al turista de la salud ni aceptar de él ninguna oferta comercial o personal mientras exista la relación médico-paciente. Cuando el médico trata al turista de la salud como otro paciente que paga su consulta, se deben aplicar las mismas reglas que con los otros.
32. El médico debe asegurarse de que todo contrato con una compañía de turismo de salud o un turista de salud no constituya un conflicto de intereses con su empleador actual o con sus obligaciones éticas y profesionales hacia sus pacientes.

Transparencia en el pago y en los honorarios del médico

33. El plan de tratamiento y la estimación deben incluir un informe detallado de todos los costos, incluido un desglose de los honorarios del médico, como el pago por consulta, por cirugía y honorarios adicionales que pueda tener el paciente: costos de hospital, asistencia quirúrgica, prótesis (si es aparte) y gastos de atención postoperatoria.
34. El presupuesto puede ser cambiado después que se ha entregado el plan de tratamiento sólo si la condición clínica del paciente ha evolucionado o si las circunstancias han cambiado, de manera que sea imposible anticipar o prevenir. Si el precio fue cambiado, se debe informar al paciente la razón de dicho cambio en el costo de la manera más oportuna posible.

Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (2011)



ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	SMAC 209/Women in Medicine COM REV2/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Proyecto de Declaración sobre las Mujeres en Medicina	
Destinación:	Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 abril 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	Este documento fue presentado por la Asociación Médica de Israel (IsMA). La 206 sesión del Consejo en Livingstone (Abril 2017) consideró y decidió enviarlo a los miembros de la AMM para comentarios. La sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la versión acordada y decidió enviarla de nuevo a los miembros para comentarios.	
Palabras clave :	Mujeres, género, fuerza laboral, médico, doctora, salario, oportunidades de trabajo, feminización, equilibrio entre trabajo y vida personal.	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano (Vatican State)
BMA	British Medical Association
CMA	Canadian Medical Association
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España (Spain)

CNOM	French National Medical Council
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
GMA	German Medical Association
JDN	Junior Doctors Network
NZMA	New Zealand Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association
SAMA	South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AM	The Associate Members support this document but feel it needs to be stronger emphasizing that the social and cultural changes, especially about harassment of women, need to be the first and most important part of what needs to happen. We have moved that to the forefront, emphasizing its importance especially in the current social environment. We have moved some paragraphs around to indicate their relative importance. We think “family friendliness” could be more specific. We support this document with or without our suggestions.
AMV	We appreciate the work done by the Israeli Medical Association and completely agree with this proposal.
BMA	Overall this statement is very comprehensive and identifies some important areas where greater support and enforcement of rights offer major benefit to women doctors. We would like to propose the following changes to ensure the statement has the maximum relevance and impact for women doctors.
CNOM	The CNOM (French Medical Council) thanks the IsMA for the quality and importance of this text and supports it apart from paragraphs 25 and 28.
DMA	The Danish Medical Association is still critical towards this draft. We believe that the statement should be adjusted to focus unambiguously on equal rights and opportunities – rather than on problems and solutions for women in particular. The authors have already to some extent moved the draft in this direction – but we believe that more needs to be done. For example, we believe that some of the wording about the increase of the number of women in medicine still has a pejorative ring to it - for example the use of the phrase “the feminization of medicine”. Similarly, we believe that a change in title would be helpful. The title should reflect WMA’s goal concerning gender equal rights and opportunities rather than pointing to women in medicine as a separate issue.

FMA	FMA would like to thank the IMA for their work and for a more balanced text. However, we would still like to raise a question, whether the document could be even further developed and titled as a Statement on Gender Equality in Medicine? Parts of the text already correspond to this title.
NZMA	We welcome the development of this statement and are generally supportive of the fundamental principles. We have proposed a few minor suggested wording changes as tracked changes in the draft statement (see below).
GMA	<ul style="list-style-type: none"> • The GMA suggests avoiding the term “feminization”, which, according to female leaders in the medical profession, has a negative connotation in certain contexts and is sometimes used pejoratively. It has been replaced in most instances, but still appears in the preamble. • The GMA notes that there is some overlap between the section on Work-Life Balance and the section on Pregnancy and Parenthood (e.g., paragraph 10 could fit in both categories). • The GMA also suggests moving paragraph 13 to the Pregnancy and Parenthood section and combining it with paragraph 18. Paragraphs 19 and 20 are also covered elsewhere in the paper (e.g. in paragraph 18 “Parents should have the right to take maternity or parental leave without negative consequences...”) • The GMA recommends that paragraphs 22 and 23 focused on breastfeeding be combined.
NMA	Thanks to the Israeli Medical Association for revising this document. The document is improved and it does not only deal with female physicians, but also with equal rights between the sexes and a family friendly profession. We think the document should be even more directed towards both sexes and suggest some additions and deletions in the document. We do not agree that certain measures have to be taken due to the increased number of female physicians in medicine. More female physicians should not be considered as a challenge or a problem, and the concept feminisation of medicine could be perceived as something negative. Physicians of both sexes have common interests in developing a working life with equal opportunities for both female and male physicians. The situation is therefore more complex, and measures and changes in attitudes are necessary to establish good working environments for both male and female physicians. It must be acceptable also for male physicians to leave at 4 pm to pick up children in the kindergarten and male physicians should have equal opportunities to take marital leave without any reprisals from the employer.
SAMA	SAMA feels that this is an important document, which raises important issues. Further comments have been made in the body of the document. The current document seems to have lost its emphasis on the issues that affect women in medicine and is now emphasising a general working environment.

SwMA	The SMA feels that this policy would benefit from focusing even more on equal opportunities and rights for female and male physicians, rather than on perceived challenges due to a larger proportion of women in the medical workforce. We have suggested some changes of wording throughout the document to try to achieve this.
-------------	--

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

	Texto propuesto: SMAC 207/Women in Medicine REV/Oct2017	Specific Comments Additions: <u>bold/underlined</u> Deletions: lined-out Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propuesto revisado por: IsMA SMAC 209/ Women in Medicine REV2/Apr2018
Title	Declaración de la AMM sobre las Mujeres en Medicina		Declaración de la AMM sobre las Mujeres en Medicina
	Introducción		
New		<u>The WMA notes the increasing trend around the world for women to enter medical schools and the medical profession, and believes that the study and the practice of medicine must be transformed to a greater or lesser extent in order to support all people who study to become or practice as physicians, of whatever gender. This is an essential process of modernization by which inclusiveness is promoted by gender neutrality. This statement proposes mechanisms to identify and address barriers causing discrimination between genders.</u> [BMA]	La AMM señala la tendencia creciente en todo el mundo para que las mujeres ingresen a las facultades de medicina y la profesión médica, y considera que el estudio y la práctica de la medicina deben transformarse en mayor o menor medida para ayudar a todas las personas que estudian a convertirse o ejercer como médicos, de cualquier género. Este es un proceso esencial de modernización mediante el cual se promueve la inclusión mediante la neutralidad de género. Esta declaración propone mecanismos para identificar y abordar las barreras que causan discriminación entre los géneros.
1.	La declaración destaca el aumento de doctoras y con esto las oportunidades	Delete parag. [NMA] and [SwMA]	

	<p>y desafíos que esto plantea. Se recomiendan medidas en las siguientes materias: mayor presencia de mujeres en el mundo académico y funciones de administración, equilibrio entre trabajo y vida personal, cambios en la cultura de organización y consecuencias a largo plazo de la feminización.</p>	<p>Parag. 1 and 2 to change places [SAMA]</p> <p>The statement highlights the increase rise in the number of female physicians and with this the potential opportunities and challenges which arise [CMA]. The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of the feminization increased proportion of women in of medicine. [GMA]</p> <p>The statement highlights the rise in female physicians and with this the opportunities and challenges which arise. The statement recommends actions in the following areas: changes in organizational culture including the elimination of harassment in training and the workplace, increased presence of women in academia and management roles (including leadership and partnership), work-life balance, changes in organizational culture, and long-term implications of the feminization of medicine workforce changes in medicine. [AM: Please define the use of “the feminization of medicine” or use another term]</p> <p>The statement highlights the rise in female physicians and with this the opportunities and</p>	
--	--	---	--

		<p>challenges which arise. The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of the <u>feminization</u> increased proportion of women in of medicine. [GMA]</p> <p>The statement highlights the rise in numbers of female physicians and with this the opportunities and challenges which that arise. [NZMA]</p> <p>The statement highlights the rise increase in female physicians and with this the opportunities and challenges which arise. The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of workforce planning, the feminization of medicine. [AMA]</p> <p>..... The statement recommends actions in the following areas: increased presence of women in academia and management roles, work-life balance, changes in organizational culture and long-term implications of gender neutrality in the feminization of medicine. [BMA]</p>	
--	--	--	--

<p>2.</p>	<p>En muchos países del mundo la cantidad de mujeres que estudian y ejercen la medicina ha aumentado en las últimas décadas, más de 50% en muchos lugares.</p>	<p>Parag. 1 and 2 to change places [SAMA] Moved after parag. 3 for better flow of the document [SwMA] In many countries around the world, the number of women studying and practicing medicine has steadily risen over the past decades, surpassing 50% in many places. <u>Both men and women must have the same opportunities to do a career in medicine.</u> [NMA]</p>	<p>En muchos países del mundo la cantidad de mujeres que estudian y ejercen la medicina ha aumentado en las últimas décadas, más de 50% en muchos lugares.</p>
<p>3.</p>	<p>Este tema ya fue reconocido en la Resolución de la AMM sobre el Acceso de las Mujeres y Niños a la Atención Médica y el Papel de la Mujer en la Profesión Médica (1997 Hamburgo, 2008 Seúl) que entre otras cosas piden una mayor representación y participación en la profesión médica, en especial en vista del aumento de inscripción de mujeres en las escuelas de medicina. También piden un aumento de mujeres miembros en las AMNs a través del empoderamiento, desarrollo profesional, formación y otras iniciativas estratégicas.</p>	<p>Delete parag. [NMA] Parag. 3 and 4 to change places [SAMA] This The issue <u>of women in medicine</u> [SwMA] was previously recognized in the WMA Resolution on Access of Women and Children to Health Care and the Role of Women in the Medical Profession (1997 Hamburg, 2008 Seoul) [SwMA] which that [NZMA], among other things, called for increased representation and participation in the medical profession, especially in light of the growing enrolment of women in medical schools. It also called for a higher growth rate of membership of women in the NMA's <u>National Medical Associations (NMAs)</u> through empowerment, career development, training and other strategic initiatives. [SwMA+AM+SAMA+AMA+BMA]</p>	

		<p><u>In many countries around the world, the number of women studying and practicing medicine has steadily risen over the past decades, surpassing 50% in many places.</u> [SwMA: Moved from parag. 2 above for better flow of the document]</p>	
4.	Esto necesita medidas de apoyo, incluido lo siguiente:	<p>Parag. 3 and 4 to change places [SAMA]</p> <p>This development is in need of supportive measures offers opportunities for action, including in the following areas: [SwMA]</p>	Esto ofrece oportunidades para adoptar medidas, incluido lo siguiente:
New		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Elimination of harassment against women in both training and the workplace.</u> [AM] 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor énfasis en un equilibrio apropiado entre trabajo y vida de familia, y apoyar el desarrollo profesional del médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Greater emphasis on a proper balance of work and family life, while supporting the professional development of an individual physicians. [SwMA] 	Mayor énfasis en un equilibrio apropiado entre trabajo y vida de familia, y apoyar el desarrollo profesional del médico.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulo y realización de las mujeres en puestos a nivel académico, directivo y de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement and actualization of women in both [CMA] academia and non-academic practice environments, leadership, partnership, and managerial roles. [AM] 	Estímulo y realización de las mujeres en puestos a nivel académico, directivo y de gestión

		<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement and actualization of women in both academia, senior / leadership and managerial roles. [BMA] 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad de salarios y oportunidades de empleo para hombres y mujeres, terminar con las diferencias de salarios por género en medicina, y eliminación de barreras que afectan negativamente el avance de las doctoras 	<p>Equalization of pay and employment opportunities for men and women, the elimination of sex and gender pay gaps [AMA] in medicine, and the removal of barriers negatively affecting the advancement of female physicians. [NMA]</p>	<p>Igualdad de salarios y oportunidades de empleo para hombres y mujeres, terminar con las diferencias de salarios por género en medicina, y eliminación de barreras que afectan negativamente el avance de las doctoras.</p>
			<p>El tema de la mujer en la medicina fue reconocido previamente en la Resolución de la AMM sobre el Acceso de las mujeres y los niños a la atención médica y el papel de la mujer en la profesión médica que, entre otras cosas, exigía una mayor representación y participación en la profesión médica, especialmente ante la creciente matriculación de mujeres en las escuelas de medicina. También exigía una mayor tasa de crecimiento de la afiliación de mujeres en las asociaciones médicas nacionales (AMNs) a través del empoderamiento, el desarrollo profesional, la capacitación y otras iniciativas estratégicas.</p>
	RECOMENDACIONES		RECOMENDACIONES
		<p>Moved from below, as amended (parag 24-26):</p> <p>Changes in organizational culture</p>	

		<p>The medical profession and employers should work to eliminate not tolerate discrimination and harassment on the basis of gender and create a supportive environment that allows for equal opportunities for training, employment and advancement.</p> <p><u>Physicians and staff should be periodically trained to recognize, respond, and report signs of discrimination and harassment so that action can be taken to eliminate them from the workplace. Employers should have confidential, non-retaliatory protected programs for reporting discrimination and harassment. There should be a separate unbiased independent mechanism for addressing these reports on both an individual and systemic level.</u></p> <p>Hospitals should recognise that female physicians have been found to face higher levels of mental illness and suicide than their male peers and should investigate and address structural issues within the workforce that may contribute to this, including but not limited to organisational culture.</p> <p><i>[AM comments: This statement should be footnoted with data and source, if possible]</i></p> <p>Family friendliness should be part of the organizational culture of hospitals and other places of employment <u>by providing paid family leave when indicated.</u></p> <p>[AM]</p>	
--	--	---	--

	Mayor presencia de mujeres en el mundo académico, directivo y funciones de gestión	Delete [NMA]	Mayor presencia de mujeres en el mundo académico, directivo y funciones de gestión
5.	Las asociaciones médicas nacionales/escuelas de medicina/empleadores deben facilitar la creación de programas de mentores, patrocinios y contratación activa para proporcionar a las estudiantes de medicina y doctoras, guía y estímulo necesarios para asumir funciones de liderazgo y gestión.	<p>Delete parag. [NMA]</p> <p>National Medical Associations/Medical Schools/Employers should are urged to facilitate the establishment of mentoring programs, sponsorship, and active recruitment to provide female all medical students and physicians, guidance and encouragement necessary to undertake leadership and management roles. [SwMA]</p> <p>National Medical Associations/Medical Schools/Employers should facilitate the establishment of mentoring programs, sponsorship, and active recruitment to provide both female and male medical students and physicians, guidance and encouragement necessary to undertake leadership and management roles. [NZMA]</p>	Se insta a las asociaciones médicas nacionales/escuelas de medicina/empleadores a facilitar la creación de programas de mentores, patrocinios y contratación activa para proporcionar a los estudiantes de medicina y médicos, guía y estímulo necesarios para asumir funciones de liderazgo y gestión.
6.	Las AMNs deben considerar oportunidades e incentivos para estimular a los hombres y las mujeres a seguir diversas carreras en medicina y postular a becas y a cargos académicos, de alta dirección y gestión	<p>NMAs should explore support opportunities and incentives to encourage both men and women to pursue diverse careers in medicine and apply for fellowships, academic, senior leadership and management positions. [SwMA]</p> <p>NMAs should explore opportunities and incentives to encourage both men and more</p>	Las AMNs deben considerar oportunidades e incentivos para estimular a los hombres y las mujeres a seguir diversas carreras en medicina y postular a becas y a cargos académicos, de alta dirección y gestión.

		women to pursue diverse careers in medicine. NMAs should encourage and women to apply for fellowships, academic, senior leadership and management positions. [AM]	
7.	Las AMNs deben presionar para lograr políticas sobre educación médica y trabajo igual para los géneros	Deleted paragraph. [SwMA] NMAs should lobby pro-actively [AM] for gender equal medical education, and work and responsibility policies [CGCM] NMAs should lobby for equal sex and gender equal medical education and work policies. [AMA]	Las AMNs deben presionar para lograr políticas sobre educación médica y trabajo igual para los géneros.
8.	Se debe fomentar la participación de las mujeres en organizaciones sobre políticas de salud y organizaciones médicas profesionales	Engagement of both women and men in health policy organizations and professional medical organizations should be encouraged. [SwMA] Equal engagement of women and men in health policy organizations and professional medical organizations should be encouraged. [NZMA]	Las AMNs deben fomentar la participación de hombres y mujeres en organizaciones sobre políticas de salud y organizaciones médicas profesionales.
	Equilibrio entre trabajo y vida personal		Equilibrio entre trabajo y vida personal
9.	Los médicos deben reconocer que un equilibrio entre trabajo y vida personal es beneficioso para todos los médicos, aunque las mujeres pueden enfrentar desafíos especialmente en el	Physicians should recognize that an appropriate work-life balance is beneficial to all physicians, however that women may uniquely face challenges to work-life balance	Los médicos deben reconocer que un equilibrio entre trabajo y vida personal es beneficioso para todos los médicos, pero que las mujeres pueden enfrentar desafíos especialmente en el equilibrio entre trabajo y vida personal impuestos por las

	<p>equilibrio entre trabajo y vida personal impuestos por las expectativas de la sociedad que deben abordarse para solucionar el problema.</p>	<p>imposed by societal expectations that must be addressed to solve the issue. [SwMA]</p> <p>Physicians should recognize that an appropriate work-life balance is beneficial to all physicians, however and [NZMA] that women may uniquely face unique challenges to work-life balance imposed by societal expectations that must be addressed to solve the issue. [GMA]</p> <p>Physicians should recognize that an appropriate work-life balance is beneficial to all physicians, however that women may uniquely face challenges to work-life balance imposed by societal expectations concerning gender roles that must be addressed to solve the issue. [CGCM]</p>	<p>expectativas de la sociedad sobre los roles de género que deben abordarse para solucionar el problema.</p>
<p>10.</p>	<p>Los hospitales y otros lugares de trabajo deben esforzarse para ofrecer y promover el acceso a guarderías de alta calidad, asequibles y flexibles para los padres que trabajan, incluido el alojamiento y guardería cuando sea apropiado. Esto debe estar disponible a médicos de ambos sexos, reconociendo la necesidad de un mejor equilibrio entre trabajo y vida personal. Deben entregar información sobre los servicios disponibles que apoyan la compatibilidad de trabajo y familia</p>	<p>Hospitals and other places of employment should strive to provide and promote access to high quality, affordable, flexible childcare for working parents, including the provision of onsite housing and childcare where appropriate. These services should be available to both male and female working physicians, recognizing the need for a better work-life balance. They should provide information on available services which support the compatibility of work and family. [SwMA]</p>	<p>Los hospitales y otros lugares de trabajo deben esforzarse para ofrecer y promover el acceso a guarderías de alta calidad, asequibles y flexibles para los padres que trabajan, incluido el alojamiento y guardería cuando sea apropiado. Estos servicios deben estar disponible a médicos de ambos sexos, reconociendo la necesidad de un mejor equilibrio entre trabajo y vida personal. Los empleadores deben entregar información sobre los servicios disponibles que apoyan la compatibilidad de trabajo y familia.</p>

		<p>Hospitals and other places of employment should strive to provide and promote access to high quality, affordable, flexible childcare for working parents, including the provision of onsite housing and childcare where appropriate. These should be available to male and female all physicians [AM], recognizing the need for a better work-life balance. As well as about co-responsibility in personal life. They should provide male and female physicians information [CGCM] on available services which that support the compatibility of work and family. [NZMA]</p> <p>Hospitals and other places of employment should be receptive to the possibility of flexible and family-friendly working hours, including part-time residencies, posts, and professional appointments, where appropriate. particularly in fields in which women are underrepresented. [NMA]</p>	
11.	<p>Los hospitales y otros lugares de trabajo deben ser receptivos a la posibilidad de horarios de trabajo flexible y favorable a las familias, incluidas las residencias parciales, puestos y nombramientos profesionales, cuando sea apropiado, en particular en los sectores en que las mujeres están poco representadas</p>	<p>Hospitals and other places of employment should be receptive to the possibility of flexible and family-friendly working hours where appropriate, including part-time residencies, posts, and professional appointments, where appropriate [NZMA]. particularly in fields in which women are underrepresented. [NMA + SwMA]</p>	<p>Los hospitales y otros lugares de trabajo deben ser receptivos a la posibilidad de horarios de trabajo flexible y favorable a las familias, incluidas las residencias parciales, puestos y nombramientos profesionales, en particular en los sectores en que las mujeres están poco representadas.</p>
12.	<p>Es necesario investigar más los horarios de trabajo alternativos y las</p>	<p>There is a need for increased research on alternative work schedules and</p>	<p>Es necesario investigar más los horarios de trabajo alternativos y las oportunidades de</p>

	oportunidades de telecomunicación que permita la flexibilidad en el equilibrio de exigencias entre trabajo y vida personal	telecommunication opportunities that will allow flexibility in balancing work-life demand of men and women . [CGCM]	telecomunicación que permita la flexibilidad en el equilibrio de exigencias entre trabajo y vida personal.
13.	Las AMNs deben abogar por el cumplimiento, y cuando sea necesario, de políticas que obliguen al pago de licencia de maternidad y permiso parental en sus respectivos países	NMAs should advocate for the enforcement and, where necessary, the [SwMA] introduction of policy mandating appropriate paid maternity leave and [CMA + SwMA] parental leave in their respective countries. The policy should include options for flexible working hours. [SwMA] NMAs should advocate for the enforcement and, where necessary, the introduction of policy mandating appropriate paid maternity leave and parental leave and rights in their respective countries. [BMA] Move to parag. 18.[GMA]	Las AMNs deben abogar por el cumplimiento, y cuando sea necesario, de políticas que obliguen al pago apropiado de permiso parental y sus derechos en sus respectivos países.
14.	Los centros médicos y las organizaciones profesionales deben contar con políticas y prácticas justas, imparciales y transparentes para ofrecer a las doctoras y las estudiantes de medicina un acceso igualitario a oportunidades de empleo, educación y formación en medicina	Medical workplaces and professional organisations should have fair, impartial and transparent policies and practices to give female and male doctors and medical students equal access to employment, education and training opportunities in medicine. [SwMA] Medical workplaces and professional organisations should have fair, impartial and transparent policies and practices to give all [NZMA] female doctors physicians and medical students equal access to	Los centros médicos y las organizaciones profesionales deben contar con políticas y prácticas justas, imparciales y transparentes para ofrecer a todos los médicos y estudiantes de medicina un acceso igualitario a oportunidades de empleo, educación y formación en medicina.

		employment, education and training opportunities in medicine. [AMA]	
	Embarazo y paternidad		Embarazo y paternidad
15.	Debe ser inadmisibles que los empleadores pregunten a los postulantes sobre planificación familiar en relación con el trabajo	<p>It should be illegal inadmissible for employers to ask applicants about pregnancy and/or family planning in relation to work. [BMA]</p> <p>It should be inadmissible for employers to ask applicants about family planning in relation to work or when applying medical school or residency. [JDN]</p>	Debe ser ilegal que los empleadores pregunten a los postulantes sobre embarazos o planificación familiar en relación con el trabajo.
New		<u>Physicians should have the freedom to choose when they wish to have children and should not feel pressures against doing so at a time of their choosing.</u> [JDN]	
16.	El empleador debe realizar una evaluación del riesgo con respecto a los riesgos para las doctoras embarazadas que trabajan por turnos La doctora embarazada debe tener derecho a no trabajar turnos de noche o turnos de guardia durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre, sin sufrir consecuencias negativas sobre el salario o la progresión en la residencia	<p>A risk assessment should be made by the employer concerning the risks to pregnant physicians working shifts. The pregnant physician should have the right not to not work night shifts or on-call shifts during the later part of pregnancy, especially during the last trimester, without any negative employment consequences on salary or progression in residency. [SwMA]</p> <p>A risk assessment should be made by the employer concerning the risks to pregnant physicians working shifts. Considerations</p>	El empleador debe realizar una evaluación del riesgo para las doctoras embarazadas y sus niños por nacer, cuando una doctora ha dado a luz recientemente y amamanta. Cuando se constata o el médico considera que una empleada o su niño correrían riesgo si sigue con sus tareas habituales, el empleador debe ofrecer un trabajo alternativo adecuado por el cual la doctora debe recibir su salario normal. La doctora debe tener derecho a no trabajar turnos de noche o turnos de guardia durante la última parte del embarazo, sin sufrir consecuencias negativas sobre el salario, empleo o la progresión en la residencia.

		<p><u>for radiation exposure, hazardous chemicals, environmental exposures, lifting requirements, access to adequate food and water, and restroom access should be addressed and accommodations provided.</u> The pregnant physician, <u>whether in training or practicing,</u> should have the right to <u>make schedule accommodations in order to avoid</u> night shifts or on-call shifts <u>(if desired), and radiologic and infectious exposure</u> during pregnancy, especially during the last trimester, without negative consequences on salary or progression in residency. <u>Pregnant physicians should be able to choose which work or training accommodations best fit their personal and family needs.</u> [AM]</p> <p>A risk assessment <u>of the workplace</u> should be made by the employer concerning the risks to pregnant physicians <u>and their unborn children, when a physician has recently given birth and when she is breastfeeding, where it is found, or a medical practitioner considers, that an employee or her child would be at risk were she to continue with her normal duties, the employer should provide suitable alternative work for which the physician should receive her normal rate of pay</u> working shifts. The pregnant physician should have the right to not work night shifts or on-call shifts during</p>	
--	--	--	--

		<p>pregnancy, especially during the last trimester, without negative consequences on salary or progression in residency. [BMA: <i>The statement on risk assessments for pregnant doctors working shifts should be widened to include the range of workplace activities that could put pregnant physicians and their unborn children at risk e.g. long periods of standing, lifting heavy items. It should also be broadened to include new mothers and those breastfeeding.</i>]</p>	
17.	<p>Las doctoras embarazadas deben tener las mismas oportunidades de formación en el perfeccionamiento de postgrado</p>		<p>Las doctoras embarazadas deben tener las mismas oportunidades de formación en el perfeccionamiento de postgrado.</p>
18.	<p>Los padres deben tener el derecho a permisos parentales sin consecuencias negativas para su empleo y oportunidades de formación o de carrera</p>	<p>Parents should have the right to take maternity or parental leave without negative consequences on their employment, training or career opportunities [SwMA + CMA]</p> <p>Parents should have the right to take maternity or parental leave without negative consequences on their employment, training or career opportunities. <u>NMAs should advocate for the enforcement and, where necessary, the introduction of policy mandating appropriate paid maternity leave and parental leave in their respective countries.</u> [GMA]</p>	<p>Los padres deben tener el derecho a permisos parentales sin consecuencias negativas para su empleo y oportunidades de formación o de carrera.</p>

19.	Los padres deben tener licencia parental adecuada con un pago justo y opciones para un trabajo flexible.	Delete parag. [GMA + SwMA]	
20.	Los padres deben tener derecho a volver al mismo puesto después de la licencia parental, sin temor a despido	Delete parag. [GMA + SwMA]	Los padres deben tener derecho a volver al mismo puesto después de la licencia parental, sin temor a despido.
21.	Los empleadores y los organismos de formación deben proporcionar el apoyo necesario a cualquier médico que vuelva luego de un prolongado período de ausencia, incluido entre otros por licencia de maternidad y permiso por cuidado de ancianos	Employers and training bodies should provide necessary supports to any physician returning after a prolonged period of absence, including inter alia for after parental, or maternity and elder-care leave. (SwMA) Employers and training bodies should provide necessary supports to any physician returning after a prolonged period of absence including inter alia for parental and/or maternity or caring for older or disabled relatives and elder-care leave. [BMA]	Los empleadores y los organismos de formación deben proporcionar el apoyo necesario a cualquier médico que vuelva luego de un prolongado período de ausencia, incluido por licencia de maternidad y permiso por cuidado de ancianos.
22.	Las madres deben poder amamantar (o tener tiempo protegido para extraerse la leche) durante las horas de trabajo, según las normas actuales de la OMS		Las madres deben poder amamantar (o tener tiempo protegido para extraerse la leche) durante las horas de trabajo, según las normas actuales de la OMS.
23.	Los lugares de trabajo deben contar con instalaciones adecuadas para las mujeres que amamantan, incluidas zonas designadas para amamantar, extraerse la leche y almacenarla	Workplaces should provide adequate accommodation areas for women who are breastfeeding, including designated areas for breastfeeding, breast pumping, and milk storage. [SwMA]	Los lugares de trabajo deben contar con instalaciones adecuadas para las mujeres que amamantan, incluidas zonas designadas para amamantar, extraerse la leche y almacenarla.
	Cambios en la cultura de organización		Cambios en la cultura de organización

<p>24.</p>	<p>La profesión médica y los empleadores deben trabajar para eliminar la discriminación y el acoso en base al género y crear un marco de apoyo que permita oportunidades iguales de empleo, formación y avance</p>	<p>The medical profession and employers should work to eliminate discrimination and harassment on the basis of sex and gender and create a supportive environment that allows for equal opportunities for training, employment and advancement. [AMA]</p>	<p>La profesión médica y los empleadores deben trabajar para eliminar la discriminación y el acoso en base al género y crear un marco de apoyo que permita oportunidades iguales de empleo, formación y avance.</p>
<p>25.</p>	<p>Los hospitales deben reconocer que las doctoras tienen más enfermedades mentales y suicidios que sus colegas masculinos y deben investigar y abordar los temas estructurales en el personal que puede contribuir a esto, incluido, pero no limitado a la cultura de organización.</p>	<p>Delete parag. [CNOM: <i>Unless we can back up this phenomenon with a reference to the scientific evidence, we would recommend deleting this paragraph</i>]</p> <p>Hospitals should recognise that female physicians have been found to face be subject to higher risks levels of mental illness and suicide than their male peers and should investigate and address structural issues within the workforce that may contribute to this, including but not limited to organisational culture. [SwMA: <i>Please add reference to studies showing this</i>]</p> <p>Hospitals and other primary care and work for women centers should recognise that female physicians have been found to face higher levels of mental illness and suicide than their male peers and should investigate and address structural issues about hiring policies within for the workforce that may contribute to this, including but not limited to organisational culture [CGCM]</p>	

		<p>[SAMA: <i>Please provide a reference for this statement</i>]</p> <p>Replace parag. by: <u>Employers should recognise that female physicians have been found to face significant levels of mental illness, from mild to severe conditions, and suicide</u> [BMA: <i>The statement on hospitals addressing the issues associated with the higher risks of mental illness and suicide experienced by women needs qualification. Whilst there is some evidence that women doctors in some countries are at a higher risk of suicide compared to men, the evidence on mental health is more complex due to factors including underreporting of mental health issues by men. It is therefore preferable to highlight and address the specific mental health issues experienced by women doctors which are linked to career pathways, combining work with family and workplace discrimination. There is a role for all healthcare employers in tackling these issues, not just hospitals.</i>]</p>	
26.	La amistad familiar debe ser parte de la cultura organizacional de los hospitales y otros lugares de trabajo.		La amistad familiar debe ser parte de la cultura organizacional de los hospitales y otros lugares de trabajo.
	Planificación e investigación de la fuerza laboral		Planificación e investigación de la fuerza laboral
		Move parag. 29 below here [AM]	

<p>27.</p>	<p>Los gobiernos deben considerar la creciente cantidad de mujeres que entran a medicina en un contexto de planificación de la fuerza laboral a largo plazo. Una fuerza laboral diversa es beneficiosa para el sistema y los pacientes. Las organizaciones que ofrecen atención médica deben asegurar que los sistemas tengan los recursos apropiados para que todos los que trabajan en ellos puedan prestar una atención segura a los pacientes y sean recompensados adecuada y equitativamente. Los gobiernos también deben trabajar para impedir actitudes y comportamientos negativos, prejuicios o normas y valores caducos de parte de las organizaciones y las personas.</p>	<p><u>NMA's should encourage</u> Governments should <u>to</u> take the increasing number of women entering medicine into consideration in the context of long-term workforce planning.... [SAMA]</p> <p>Governments should take the increasing number of women entering medicine into consideration in the context of long-term workforce planning. A diverse workforce is beneficial to the system <u>health care</u> and to patients. <u>Governments need to take this into account in the context of long-term workforce planning.</u> Organizations delivering healthcare should focus on ensuring systems are appropriately resourced to ensure <u>that</u> all those working within it <u>them</u> are able to deliver safe care to patients and are appropriately and equitably rewarded. Governments should also work to counteract negative attitudes and behaviour, bias, and/or outdated norms and values from organizations and individuals. [SwMA]</p> <p>Governments <u>and employers</u> should take the increasing number of women entering medicine into consideration in the context of long-term workforce planning. A diverse workforce is beneficial to the <u>health care</u> system and to patients.... [AM]</p>	<p>Las AMNs deben instar a los gobiernos a considerar la creciente cantidad de mujeres que entran a medicina en un contexto de planificación de la fuerza laboral a largo plazo. Una fuerza laboral diversa es beneficiosa para el sistema de salud y los pacientes. Las organizaciones que ofrecen atención médica deben asegurar que los sistemas tengan los recursos apropiados para que todos los que trabajan en ellos puedan prestar una atención segura a los pacientes y sean recompensados adecuada y equitativamente. Los gobiernos también deben trabajar para impedir actitudes y comportamientos negativos, prejuicios o normas y valores caducos de parte de las organizaciones y las personas.</p>
<p>28.</p>	<p>Los gobiernos deben invertir en investigación para evaluar las</p>	<p><u>NMA's should encourage</u> Governments should <u>to</u> invest in research.... [SAMA]</p>	<p>Las AMNs deben instar a los gobiernos a invertir en investigación para identificar los factores que</p>

	<p>consecuencias a largo plazo asociadas a los diferentes enfoques de los médicos femeninos y masculinos a la atención de pacientes. Deben trabajar para identificar los factores que llevan a las mujeres a optar por ciertos pasos en la carrera y campos de especialización a comienzos de su educación médica y formación y luchar por eliminar los obstáculos a fin de lograr una representación igualitaria de las mujeres en todos los campos de la medicina.</p>	<p>Governments should invest in research to evaluate the long-term implications associated with the different approaches of male and female physicians to patient care. They should work to identify those factors that drive women and men [SwMA] to choose certain career steps and fields of specialization early on in their medical education and training and strive to address any identified barriers [CMA] in order to achieve equal representation of women and men in all fields of medicine. [SwMA]</p> <p>Replace parag. by: <u>Research should be commissioned to identify those factors that drive women to choose certain fields of specialization early on in their medical education and training, so that women have a broader choice of career and specialty.</u> [BMA: <i>The statement on research required to evaluate the long-term implications associated with the different approaches of male and female physicians to patient care requires clarification. The key priority in research and policy focus should be the barriers which still prevent women being able to choose and continue their careers in certain specialties of medicine – e.g. because of a lack of flexibility, inability to work part time, long/unsocial hours culture</i>].</p>	<p>llevan a las mujeres a optar por ciertos campos de especialización a comienzos de su educación médica y formación y luchar por eliminar los obstáculos a fin de lograr una representación igualitaria de hombres y mujeres en todos los campos de la medicina.</p>
--	--	--	---

		<p><u>Considering the data now available to us which would enable investigation into the question that gender could have an impact on the different approaches of male and female physicians to patient care or different care models,</u> governments should invest in research to evaluate the long-term implications associated with the different approaches of male and female physicians to patient care. They should work to identify those factors that drive women to choose certain career steps and fields of specialization early on in their medical education and training and strive to address barriers in order to achieve equal representation of women in all fields of medicine. [CNOM]</p>	
<p>29.</p>	<p>Los gobiernos y los empleadores deben asegurar que los hombres y las mujeres reciban una compensación igual proporcional a sus trabajos y trabajar para eliminar la diferencia de salarios entre sexos en la medicina</p>	<p><u>NMA's should encourage</u> Governments and employers should to ensure that men and women receive equal compensation for commensurate work and work to eliminate the gender pay gap in medicine. [SAMA]</p> <p>Governments and employers should ensure that men and women and men receive equal compensation for commensurate work and work to eliminate the gender pay gap in medicine. [SwMA]</p> <p>Governments and employers should ensure that men and women receive equal</p>	<p>Las AMNs deben instar a los gobiernos y los empleadores a asegurar que los hombres y las mujeres reciban una compensación igual proporcional a sus trabajos y luchar para eliminar la diferencia de salarios entre sexos en medicina.</p>

		compensation for commensurate work and work to eliminate the sex and gender pay gap in medicine. [AMA] Move above, before parag. 27 [AM]	

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

<p>Documento: SMAC 209/ Declaration of Seoul COM REV/Apr2018</p> <p>Título: Revisión propuesta de la Declaración de Seúl sobre la Autonomía Profesional y la Independencia Clínica</p>	<p>Original: Inglés</p>
<p>Destinación Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018</p>	<p>Medidas necesarias: Para consideración</p>
<p>Nota: Como parte del proceso de revisión de políticas, el Consejo en Buenos Aires (abril 2016) decidió que la Declaración sobre la Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica sea cancelada y archivada y que las Declaraciones de Seúl y Madrid sean fusionadas en un solo documento, completada con las secciones que faltan de la Declaración. La Prof. Vivienne Nathanson se ofreció para realizar esto. Después de la revisión propuesta presentada al Consejo en Taipei (Oct. 2016) y enviada para comentarios, el Consejo en Livingstone (abril 2017) cambió su decisión y estimó que las Declaraciones de Seúl y Madrid se mantengan separadas y sean revisadas individualmente para incorporar las secciones que faltan de la Declaración sobre la Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica que será cancelada y archivada. El texto a continuación presenta la revisión propuesta de la Declaración de Seúl de la Prof. Nathanson. La 207ª sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la propuesta y decidió enviarla a los miembros para comentarios.</p>	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano (Vatican State)
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	French National Medical Council
FMA	Finnish Medical Association
DMA	Danish Medical Association
NZMA	New Zealand Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SAMA	South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AMV	The proposed revision of WMA Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence is accepted as it is.
CMA	The CMA supports this Declaration.
DMA	The DMA supports this important, clear and well-written document.
CNOM	The CNOM (French Medical Council) supports this text and would like professional autonomy to be defined throughout the text as the ability of physicians to organise their professional lives (which can be difficult for physicians working as employees), which helps to guarantee clinical independence. This definition would ensure consensus for all members of the WMA.
FMA	FMA can accept the amended document except for para 6 which we propose to be reworded.
JDN	No changes proposed
NMA	NMA supports this document, but suggests two minor changes.
NZMA	We are comfortable with this revised declaration and have no specific amendments.

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: SMAC 207/Declaration of Seoul/Oct2017	Specific Comments Additions: bold/underlined Deletions: lined-out Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propuesto revisado por: Coordinador SMAC 209/ Declaration of Seoul REV/Apr2018 <i>Rapporteur's comments are in italic</i>
Title	Declaración de Seúl sobre la Autonomía Profesional y la Independencia Clínica		Declaración de Seúl sobre la Autonomía Profesional y la Independencia Clínica
	La AMM reafirma la <u>Declaración de Madrid sobre Regulación Profesional.</u>		La AMM reafirma la <u>Declaración de Madrid sobre Regulación Profesional.</u>
	La Asociación Médica Mundial, reconoce la esencia natural de la autonomía profesional y la independencia clínica del médico y establece que:		La Asociación Médica Mundial, reconoce la esencia natural de la autonomía profesional y la independencia clínica del médico y establece que:
1	La autonomía profesional y la independencia clínica son elementos esenciales para prestar atención médica de calidad a todos los pacientes y poblaciones.	Professional autonomy and clinical independence are essential elements in providing quality health care to all patients and populations. <u>The autonomy and professional independence of the physician are essential requirements for high quality health care and therefore it is a benefit for the patients whose rights it protects, and for the society, reason why they must be preserved.</u> [CGCM] [AMA: <i>Combined first two paragraphs</i>]	La autonomía profesional y la independencia clínica son elementos esenciales para prestar atención médica de calidad a todos los pacientes y poblaciones. <u>La autonomía y la independencia profesionales son esenciales para prestar una atención médica de alta calidad y por ende en beneficio de los pacientes y la sociedad.</u> <i>¿Se debe eliminar esto dada la redacción del último párrafo?</i>

<p>2</p>	<p>La autonomía profesional y la independencia clínica describen el proceso en el que el médico tiene la libertad de expresar su opinión profesional con respecto a la atención y al tratamiento de sus pacientes, sin influencia indebida o inapropiada de partes o personas externas.</p>		<p>La autonomía profesional y la independencia clínica describen el proceso en el que el médico tiene la libertad de expresar su opinión profesional con respecto a la atención y al tratamiento de sus pacientes, sin influencia indebida o inapropiada de partes o personas externas.</p>
<p>3</p>	<p>La medicina es un arte y una ciencia muy complejos. A través de una larga formación y experiencia, el médico se convierte en un experto médico y sanador que considera evidencia para aconsejar a los pacientes. Puesto que los pacientes tienen derecho a la autodeterminación y decidir con ciertas limitaciones qué intervenciones médicas realizarán, esperan que los médicos tengan la libertad de sugerir recomendaciones clínicamente apropiadas</p>	<p>Medicine is a highly complex art and science. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts and healers therapists (NMA) weighing evidence to formulate advice to patients. Whereas patients have the right to self-determination, deciding within certain constraints which medical interventions they will undergo, they expect their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations. (<i>NMA comments: In Norway "healer" is associated with persons not officially recognised as health care personnel</i>)</p> <p>Medicine is a highly complex art and science. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts and healers weighing evidence to formulate advice to patients. Whereas patients have the right to self-determination, deciding within certain constraints which medical interventions they will undergo, they expect their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations.[SwMA]</p>	<p>La medicina es un arte y una ciencia muy compleja. A través de una larga formación y experiencia, el médico se convierte en un experto médico y sanador que considera evidencia para aconsejar a los pacientes. Puesto que los pacientes tienen derecho a la autodeterminación y decidir con ciertas limitaciones qué intervenciones médicas realizarán, esperan que los médicos tengan la libertad de sugerir recomendaciones clínicamente apropiadas</p>

New		<p><u>The professional service of the physician cannot be considered a commercial service because it is subject to specific ethical standards that allow it to provide professional, competent, qualified and respectful care with the professional standards and values that protect the patient</u> [CGCM: to link to parag.3]</p>	<p><i>Aunque hay un “llamado más alto” a la medicina, también se proporciona comercialmente en muchos países.</i></p>
4	<p>Los médicos reconocen que deben considerar la estructura del sistema de salud y los recursos financieros. Las restricciones irracionales a la independencia clínica impuestas por los gobiernos y administradores no son apropiadas para el interés superior del paciente, puede que no estén basadas en evidencia y corren el riesgo de afectar la confianza que es elemento esencial en la relación médico-paciente.</p>	<p>Physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources <u>and prudent use of those resources</u>. Unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients, may not be evidence based and risk undermining the trust which is an essential component of the patient-physician relationship. [SAMA]</p> <p>Physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources <u>when making treatment decisions</u>. Unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients, <u>because they</u> may not be evidence based</p>	<p>Los médicos reconocen que deben considerar la estructura del sistema de salud y los recursos financieros <u>cuando tomen decisiones sobre tratamientos</u>. Las restricciones irracionales a la independencia clínica impuestas por los gobiernos y administradores no son apropiadas para el interés superior del paciente, <u>porque</u> puede que no estén basadas en evidencia y corren el riesgo de afectar la confianza que es elemento esencial en la relación médico-paciente.</p>

		and risk undermining the trust which is an essential component of the patient-physician relationship. [AMA]	
New		<u>Professional autonomy does not imply that the physician can deviate from the professional guidelines when he considers it necessary and he must be prepared to explain his performance and assume his responsibilities.</u> [CGCM: to link to parag. 4]	<u>La autonomía profesional está limitada a la observancia de las reglas profesionales, normas y la base de evidencia.</u>
New		<u>Whilst there is need for priority setting and limitations on health care coverage due to limited resources, increasingly, governments, health care funders (third party payers), administrators and Managed Care organisations interfere with clinical autonomy by imposing unreasonable rules and disease cover limitations. These rules do not take into considerations evidence-based medicine principle, cost-effectiveness and best interest of patients. Often, economic evaluation studies are undertaken from funder’s perspective and not from users’ perspective which put more emphasis on cost-savings than health outcomes.</u> [SAMA: <i>Subject to editorial language changes</i>]	<u>El establecimiento de prioridades y las limitaciones en la cobertura de salud son esenciales debido a los recursos limitados. Los gobiernos, los financiadores de la salud (tercer pagador), administradores y organizaciones de atención administrada pueden interferir en la autonomía clínica al tratar de imponer reglas y limitaciones. Esto puede que no refleje los principios de medicina en base a evidencia, rentabilidad y beneficio del paciente. Estudios de evaluación económica se pueden realizar desde una perspectiva del financiador y no del usuario que ponen más énfasis en la reducción de costos en lugar de los resultados en salud.</u>

<p>New</p>		<p><u>Furthermore, priority setting, funding decision making and resource allocation/limitations processes are not transparent. The lack of transparency further perpetuates health inequities.</u> [SAMA]</p>	<p><u>Los procesos de establecimiento de prioridades, toma de decisiones sobre financiamiento y destinación/limitación de recursos a menudo no son transparentes. Esto prolonga las desigualdades en salud.</u></p>
<p>5</p>	<p>Algunos administradores de hospitales y los terceros que financian consideran que la autonomía profesional del médico es incompatible con el manejo prudente de los costos de salud. La realidad es que la autonomía profesional es un factor contribuyente principal para los médicos que ayudan a los pacientes a tomar decisiones informadas y permite que los médicos rechacen las solicitudes de pacientes y familiares para acceder a tratamientos y servicios inapropiados.</p>	<p>Some hospital administrators and third-party payers consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. The reality is that p (NMA) Professional autonomy is a major contributing factor to physicians assisting patients to make informed choices, and enables physicians to refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services. (NMA's comments: WMA should avoid characterising other occupational groups negatively)</p> <p>Some hospital administrators and third-party payers may [SwMA] consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. <u>When necessary, National Medical Associations (NMAs) should address these concerns</u> [AM]. The reality, <u>however</u> [SwMA], is that professional autonomy is a major contributing factor to physicians assisting patients to make informed</p>	<p>Algunos administradores de hospitales y los terceros que financian consideran que la autonomía profesional del médico es incompatible con el manejo prudente de los costos de salud. La realidad es que la autonomía profesional es un factor contribuyente principal para permite a los médicos que ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y permite que apoyar a los médicos si rechazan las solicitudes de pacientes y familiares para acceder a tratamientos y servicios inapropiados.</p>

		<p>choices, and enables physicians to refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services. <u>When disagreements arise among physicians, patients and families, physicians should listen carefully to the patients' concerns, and try to arrive at a mutually satisfying solution.</u> [AM]</p> <p>Some hospital administrators and third-party payers consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. The reality is that <u>However,</u> professional autonomy is a major contributing factor to <u>allows</u> physicians assisting patients to <u>help patients</u> make informed choices, and enables <u>supports</u> physicians to if they refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services. [AMA]</p>	
<p>6</p>	<p>La interferencia con la autonomía profesional y la independencia clínica de los médicos de parte de otros profesionales de la salud puede perjudicar la óptima atención de pacientes, fundamentalmente como interferencia por personal no médico.</p>	<p>Delete paragraph and replace by new paragraph below [AMA]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals <u>and others</u> can damage optimal patient care as fundamentally as <u>interference by lay personnel.</u> <u>The physician must be guaranteed the freedom to express clinical and ethical opinion without any inappropriate external interference.</u> [CGCM]</p>	<p><i>Se acepta la sugerencia de la AMA, véase el nuevo párrafo a continuación.</i></p>

		<p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals <u>employed by funders, administrators and managed care organisations</u> can damage optimal patient care as fundamentally as interference by lay personnel. [SAMA]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals can damage optimal patient care as fundamentally as interference by lay personnel. [SwMA]</p> <p>Interference with the professional autonomy and clinical independence of physicians by other health care professionals can damage optimal patient care as fundamentally as interference by lay personnel. <u>may create confusion in clinical settings and have negative effect on patient care, and should thus be avoided. This does not rule out the need for team work in patient care.</u> [FMA]</p>	
New		<p><u>Care is given by teams of health care professionals, led by physicians. No member of the care team should interfere with the professional autonomy and clinical independence of the physician, who assumes the ultimate responsibility for the care of the patient. In situations where another team</u></p>	<p><u>La atención médica la prestan equipos de profesionales de la salud, por lo general liderados por médicos. Ningún miembro del equipo debe interferir en la autonomía profesional y la independencia clínica del médico que asume la responsabilidad final de la atención del paciente. En las</u></p>

		<u>member has clinical concerns about the proposed course of treatment, a mechanism to voice those concerns without fear of reprisal should exist.</u> [AMA]	<u>situaciones en que otro miembro del equipo tenga dudas clínicas sobre el tratamiento propuesto, debe existir un mecanismo para expresar dichas dudas sin miedo a represalias.</u>
New		<u>The delivery of health care by physicians is governed by ethical rules, professional norms and by applicable law. Physicians contribute to the development of normative standards, recognizing that this both regulates their work as professionals and provides assurance to the public.</u> [AM]	<u>La prestación de atención médica que realizan los médicos está regida por reglas éticas, normas profesionales y la legislación vigente. Los médicos contribuyen a la elaboración de normas y reconocen que ellas regulan su trabajo como profesionales y proporcionan seguridad al público.</u>
7	Los comités de ética, comités de credenciales y otras formas de revisión por la profesión han sido establecidos desde hace tiempo, reconocidos y aceptados por la medicina organizada para controlar la conducta profesional del médico y, cuando corresponde, imponer restricciones razonables sobre la libertad profesional absoluta del médico. <i>(del párrafo 3 de la Declaración sobre Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica)</i>	<u>As a guarantee of the autonomy and professional and clinical independence of the physician and of the patients and of compliance with their norms are the ethics committees</u> [CGCM]. Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review <u>that</u> [CGCM] have been long established, recognised and accepted by organised medicine as ways to scrutinise physicians’ professional conduct and, where appropriate, impose reasonable restrictions on the absolute [SwMA] professional freedom of physicians. Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review, <u>including regulating bodies,</u> have been long established [SAMA]	Los comités de ética, comités de credenciales y otras formas de revisión por la profesión han sido establecidos desde hace tiempo, reconocidos y aceptados por la medicina organizada para controlar la conducta profesional del médico y, cuando corresponde, <u>pueden</u> imponer restricciones razonables sobre la libertad profesional absoluta del médico.

		<p>Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review have long been long established, recognised and accepted by organised medicine as ways to scrutinise physicians’ professional conduct and, where appropriate, impose reasonable restrictions on the absolute professional freedom of physicians. [AMA]</p>	
<p>8</p>	<p>La Asociación Médica Mundial reafirma la importancia de la autonomía profesional y de la independencia clínica como componente esencial de la atención médica de alta calidad y como beneficio del paciente que debe ser preservado. La AMM también afirma que la autonomía profesional y la independencia clínica son elementos centrales del profesionalismo médico.</p>	<p>The World Medical Association WMA [RDMA] reaffirms the importance of professional autonomy and clinical independence as an essential component of high quality medical care and a benefit to the patient that must be preserved. <u>The WMA also affirms that professional autonomy and clinical independence are core elements of medical professionalism. The medical profession for the benefit of its patients and a professional exercise of the highest quality has a permanent obligation to protect, defend and support the autonomy and professional independence of the physician.</u> [CGCM]</p> <p>The World Medical Association reaffirms the importance of that professional autonomy and clinical independence as an are essential components of high quality medical care and a benefit to the patient the patient-physician relationship that must be preserved. The WMA also affirms that professional autonomy and</p>	<p>La Asociación Médica Mundial reafirma la importancia de que la autonomía profesional y de la independencia clínica como son componentes esenciales de la atención médica de alta calidad y como beneficio del paciente la relación médico-paciente que deben ser preservadas. La AMM también afirma que la autonomía profesional y la independencia clínica son elementos centrales del profesionalismo médico.</p> <p><i>Véase pregunta en el párrafo antes del 2</i></p>

		clinical independence are core elements of medical professionalism. [AMA]	
--	--	---	--

Febrero 2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	SMAC 209/ Declaration of Madrid COM REV/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Revisión propuesta de la Declaración de Madrid de la AMM sobre la Regulación Profesional	
Destinación:	Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para Consideración
Nota:	<p>Como parte del proceso de revisión de políticas, el Consejo en Buenos Aires (abril 2016) decidió que la Declaración sobre la Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica sea cancelada y archivada y que las Declaraciones de Seúl y Madrid sean fusionadas en un solo documento, completada con las secciones que faltan de la Declaración. La Prof. Vivienne Nathanson se ofreció para realizar esto. Después de la revisión propuesta presentada al Consejo en Taipei (Oct. 2016) y enviada para comentarios, el Consejo en Livingstone (abril 2017) cambió su decisión y estimó que las Declaraciones de Seúl y Madrid se mantengan separadas y sean revisadas individualmente para incorporar las secciones que faltan de la Declaración sobre la Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica que será cancelada y archiva. La 207ª sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la revisión propuesta de la Declaración de Madrid y decidió enviarla a los miembros para comentarios.</p>	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano (Vatican State)

BMA	British Medical Association
CMA	Canadian Medical Association
CNOM	French National Medical Council
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de Espana (Spain)
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
JDN	Junior Doctors Network
NMA	Norwegian Medical Association
NZMA	New Zealand Medical Association
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AM	The Associate Membership supports this document with or without our suggestions above.
BMA	While we can agree with the sentiment of the declaration – the system described does not apply to the UK. The statement, as it is currently written, assumes that all national regulatory systems are still ‘professionally-led’ and describes how this must be maintained/protected/encouraged. Given that the UK has moved away from this model, it is very difficult for us to adhere to this.
DMA	The DMA supports this document. We have a few minor suggestions (see below in the text).
FMA	FMA supports the proposed amendments to the Declaration. We have a few comments to the text.
NZMA	We are broadly comfortable with this revised declaration and have no specific amendments. However, we received the following comment on clause 11 (last paragraph): <i>This looks mostly fine, except that regulation in our part of the world is done by a body which is not directly elected by the profession, and involves political patronage, in that the MCNZ is approved by, and responsible to, the Minister of Health. A minority of the members are elected, and they are subject to ministerial approval. Most are appointed by the Minister. Not sure how this lies with the WMA position. The statement seems a bit naïve. Much of the regulation in NZ and Australia now happens between the colleges and regulatory bodies, whereas the NZMA contributes on a global level with policies and positions, especially the Code of Ethics, but does not really regulate despite being influential. Maybe the paper is being pragmatic and avoiding what it cannot directly influence.</i>

NMA	Acknowledging that this document could be valuable for some of WMAs members, NMA experiences this document to be a little bit out of date. The medical profession must be open to the society and attentive to its surroundings and NMA has no regulatory responsibilities. Para 2 illustrates our concerns. It is too categorical to say that physicians are the best to judge the actions of their peers. The profession should in the spirit of the Geneva Declaration not close within itself, but be open also to be judged by others and learn from the society and the patients. We suggest that the document is rewritten to be less categorical and more inclusive.
SwMA	The SMA feels that the proposed wording is too strongly based on the concept that professionally-led regulation is the only acceptable solution to achieve high standard health care. We totally agree that the medical profession must be actively involved and have a strong voice in the development of rules and guidelines for health care. However, we do not believe that it is always absolutely necessary for the medical profession to have regulatory powers. If used appropriately, we believe that other systems can be accepted. We have suggested some changes of wording in order for the declaration to be a bit more flexible in this regard. In Sweden, for example, different authorities (The National Board of Health and Welfare, The Health and Social Care Inspectorate and The Medical Responsibility Board) develop rules and guidelines for and supervise health care and health professionals. In our opinion, this system works quite well.
AMV	We accept the Proposed revision of WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation as it is.

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: SMAC 207/Declaration of Madrid/Oct2017	Specific Comments Additions: bold/underlined Deletions: lined-out Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propueso revisado por: Coordinador SMAC 209/ Declaration of Madrid REV/Apr2018 <i>Rapporteur's comments are in italic</i>
Title	Declaración de Madrid sobre la Regulación Profesional		Declaración de Madrid sobre la Regulación Profesional
	La AMM reafirma la Declaración de Seúl sobre la autonomía profesional y la independencia clínica de los médicos		La AMM reafirma la Declaración de Seúl sobre la autonomía profesional y la independencia clínica de los médicos
New		<p><u>PREAMBLE</u></p> <p><u>The regulation of the medical profession is key to ensure social confidence in the profession, to ensure the qualification and registration of professionals, to control the profession and its responsibilities, to ensure the revalidation, maintenance and updating of professional competence, transparency and accountability, to respond professionally to the needs of citizens, to defend the professional autonomy of the physician, to develop medical ethics, deontology and disciplinary intervention and to promote articulation between the State, the profession and the health system.</u></p> <p><u>The performance of the profession and the social responsibility of physicians is framed in a system of</u></p>	<p><i>Esta nueva introducción sería inaceptable para países como Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Noruega por sus comentarios generales, ya que insiste en la regulación total profesional médica. Por esto, se sugiere una introducción más breve que incluya algunos de estos conceptos.</i></p> <p><u>La regulación de la profesión médica desempeña un papel esencial en asegurar y mantener la confianza pública en las normas de atención y de conducta que pueden esperar de la profesión médica. Esta regulación requiere una participación profesional independiente muy fuerte. Esta puede ser la voz</u></p>

		<p><u>values belonging to the profession. The fundamental purpose of medical regulation is to protect citizens, ensuring that the profession is exercised by qualified people with credentials that certify their professional competence and maintenance thereof over time, generating social confidence in medicine.</u></p> <p><u>The medical profession must take the initiative in its regulation and lead the necessary changes in order to reach the highest levels of ethical and professional demands. An effective, committed, independent and transparent self-regulation is a key element to continue deserving the social legitimacy that sustains the medical profession.</u> (CGCM)</p>	<p><u>principal o una entre otros asociados atentos e informados, siempre que la regulación asegure los más altos estándares posibles en la profesión médica.</u></p>
	<p>Los médicos aspiran a la creación o mantenimiento de sistemas de regulación que protejan de la mejor manera los más altos estándares posibles de atención para todos los pacientes. Los médicos consideran que los modelos profesionales constituyen el marco óptimo para realzar y asegurar el derecho del médico de tratar a sus pacientes sin interferencia, basado en su mejor opinión clínica. Por lo tanto, la AMM insta a sus miembros constituyentes y a todos los médicos a tomar medidas para asegurar que dichos sistemas estén implementados. Estas medidas</p>	<p>Physicians aspire to the development or maintenance of systems of regulation that will best protect the highest possible standards of care for all patients. Physicians believe that Professionally led models provide the optimum environment to enhance and assure the individual physician’s right to treat patients without interference, based on his or her best clinical judgment..... (AM)</p> <p>Physicians aspire to the development or maintenance of systems of regulation that will best protect the highest possible standards of care for all patients. Physicians believe that professionally led models provide the optimum environment to enhance an profesionales d assure the individual physician’s right to treat patients without interference, based on his or her best clinical judgment. Therefore, the WMA urges its constituent members and all physicians to take actions to ensure such</p>	<p>Los médicos aspiran a la creación o mantenimiento de sistemas de regulación que protejan de la mejor manera los más altos estándares posibles de atención para todos los pacientes. Los médicos consideran que los modelos profesionales constituyen el marco óptimo para realzar y asegurar el derecho del médico de tratar a sus pacientes sin interferencia, basado en su mejor opinión clínica. Por lo tanto, la AMM insta a sus miembros constituyentes y a todos los médicos a tomar medidas para asegurar que dichos sistemas eficaces estén implementados. Estas medidas deben ser informadas por los siguientes principios:</p>

	<p>deben ser informadas por los siguientes principios:</p>	<p>systems are in place. These actions should be informed by the following principles.- (SwMA)</p>	
<p>1</p>	<p>La sociedad ha otorgado a los médicos un alto grado de autonomía profesional e independencia clínica, por lo que pueden hacer recomendaciones basadas en sus conocimientos y experiencia, evidencia clínica y comprensión holística de los pacientes, incluido lo mejor para ellos sin influencia externa indebida o inapropiada.</p>	<p>Physicians have been granted by society enjoy (AMA) a high degree of professional autonomy and clinical independence that allows them to perform a qualified and responsible profession without undue external interference. Professional self-regulation shows the trust that society has placed in physicians, whereby they are able to make recommendations based on their knowledge and experience, clinical evidence and their holistic understanding of the patient including his/her best interests without undue or inappropriate outside influence. (CGCM)</p> <p>Physicians have been granted by society a high degree of complete professional autonomy (CNOM) and clinical independence, whereby they are able to make recommendations based on their knowledge and experience, clinical evidence and their holistic understanding of the best interest of the patient including his/her best interests [RDMA: <i>Where does this 'holistic understanding' refer to?</i>] without undue or inappropriate outside influence (SwMA).</p> <p>Physicians have been granted by society a high degree of professional autonomy and clinical independence, whereby they are able to make recommendations based on their knowledge and experience, clinical evidence and their holistic understanding of the patient including his/her best interests best interests of their patients without undue or inappropriate outside influence. [FMA: <i>We prefer the current wording</i>]</p>	<p>La sociedad ha otorgado a Los médicos tienen un alto grado de autonomía profesional e independencia clínica, por lo que pueden hacer recomendaciones basadas en sus conocimientos y experiencia, evidencia clínica y comprensión holística de los pacientes, incluido lo mejor para ellos sin influencia externa indebida o inapropiada.</p> <p><i>Holística tiene la definición usual – los médicos entienden a sus pacientes en el marco de sus familias, entorno, trabajo, etc.</i></p>

<p>2</p>	<p>La planificación y la prestación de todos los tipos de atención médica están basados en un modelo ético que rige a todos los médicos. Este es un elemento de profesionalismo y protege a los pacientes. Los médicos están en mejor posición para juzgar las acciones de sus pares frente a estas normas, si se consideran las circunstancias locales pertinentes.</p>	<p><u>The professional self-regulation of physicians must be based on an ethical model that applies to everyone equally and develops the principles of professionalism that protects and benefits patients.</u> The planning and delivery of all types of health care is based upon an ethical model by which all physicians are governed. This is an element of professionalism and protects patients. [CGCM] Physicians are best placed <u>qualified</u> to judge the actions of their peers against such normative standards, bearing in mind relevant local circumstances. [AMA]</p> <p>The planning and delivery of all types of health care is based upon an ethical model and <u>current evidence-based medical knowledge</u> by which all physicians are governed [CNOM]. This is an element of professionalism and protects patients. Physicians are best placed to judge the actions of their peers against such normative standards, bearing in mind relevant local circumstances. (SwMA)</p>	<p><u>La regulación profesional de los médicos debe estar basada en un modelo que se aplique a todos por igual, que proteja y beneficie a los pacientes.</u> La planificación y la prestación de todos los tipos de atención médica están basados en un modelo ético <u>y conocimientos médicos en base a evidencia actual</u> que rigen a todos los médicos. Este es un elemento de profesionalismo y protege a los pacientes. Los médicos están en mejor posición <u>calificados</u> para juzgar las acciones de sus pares frente a estas normas, si se consideran las circunstancias locales pertinentes.</p>
<p>3</p>	<p>La profesión médica tiene una responsabilidad continua de autorregularse. La autoridad del control final y la toma de decisiones la debe mantener el médico, basada en su formación médica específica, conocimientos y experiencia.</p>	<p><u>Each country, in a collective, medical action will assume the responsibility of establishing and maintaining a system of self-regulation through its National Medical Association that ensures the professional autonomy of the physician to make decisions regarding the medical care of their patients, guaranteeing professional, responsible and appropriate conduct.</u> The medical profession has a continuing responsibility to be self-regulating. Ultimate control and decision-making authority must rest with physicians, based on their specific medical training, knowledge, experience and expertise. [CGCMC]</p>	<p><i>La enmienda del CGCM sería inaceptable para los países que aceptan un modelo de regulación mixto. La redacción revisada busca mantener el concepto de liderazgo médico sin causarles problemas a estos miembros.</i></p> <p>La profesión médica tiene una responsabilidad continua de <u>estar fuertemente regulada o de autorregularse.</u> La autoridad del control final y la toma de</p>

		<p>The medical profession has a continuing responsibility to be self-regulating. Ultimate control and decision-making authority must rest with physicians, based on their specific medical training, knowledge, experience and expertise. <u>Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a transparent system of professionally-led regulation.</u> [SwMA]</p>	<p>decisiones la debe mantener <u>incluir al</u> el médico, basada en su formación médica específica, conocimientos y experiencia. <u>En los países con autorregulación, los médicos deben asegurarse que esto mantenga la confianza del público. En los países con un sistema de regulación mixto, los médicos deben asegurarse que se mantenga la confianza profesional.</u></p>
<p>4</p>	<p>A los médicos en cada país se les insta a establecer, mantener y participar activamente en un sistema legítimo, riguroso y transparente de regulación profesional.</p>	<p>Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a legitimate <u>fair</u> (CGCM), rigorous (FMA+RDMA) and transparent system of professionally-led regulation, <u>though efforts such as national clinical guidelines developed by and for physicians</u> (DMA)</p> <p><i>(RDMA: The term ‘rigorous’ seems to strict? Without this word the sentence is complete as well (legitimate and transparent system...). ‘rigorous’ suggests that regulation has always to be followed, but in the end it is always the physician who decides to follow a rule or not (comply or explain).)</i></p> <p>Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a legitimate rigorous and transparent system of professionally-led regulation. <u>Such systems are intended to balance physicians’ rights to exercise medical judgment freely with the obligation to do so wisely and temperately.</u> (AMA)</p>	<p>A los médicos en cada país se les insta a establecer, mantener y participar activamente en un sistema legítimo <u>justo</u>, riguroso y transparente de regulación profesional. <u>Estos sistemas están destinados a equilibrar los derechos del médico a dar su opinión médica libremente con obligación de hacerlo sensata y moderadamente.</u></p> <p><i>Se ha mantenido “riguroso”, ya que requiere una base de evidencia para el sistema.</i></p>

		<p>Move to the end of paragraph 3 with amendments (SwMA)</p>	
<p>5</p>	<p>Las asociaciones médicas nacionales deben hacer todo lo posible para promover y apoyar el concepto de regulación profesional entre sus miembros y el público. A fin de evitar potenciales conflictos de intereses entre su representante y los roles de regulación, deben asegurar la separación de los dos procesos y una atención rigurosa a un sistema de regulación transparente y justo que garantice al público su imparcialidad.</p>	<p>National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they must ensure separation of the two processes and pay rigorous attention (BMA) to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its independence and fairness (CMA).</p> <p>National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they must ensure separation of the two processes and rigorous attention to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its fairness. The regulator must be transparent and communicate the information available regarding ethical and professional norms on which their professional practice is based to society and its professionals. (CGCM)</p> <p>National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that avoid potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they</p>	<p>Las asociaciones médicas nacionales deben hacer todo lo posible para promover y apoyar el concepto de regulación profesional bien informada y eficaz entre sus miembros y el público. A fin de evitar potenciales conflictos de intereses entre su representante y los roles de regulación, deben asegurar la separación de los dos procesos y prestar una atención rigurosa a un sistema de regulación transparente y justo que garantice al público su independencia e imparcialidad.</p> <p><i>Las nuevas palabras cerca del comienzo aclaran que la regulación debe ser eficaz para ser aceptable. El uso de bien informada permite que los que adoptan profesional a justificarlo con esta frase. Para los que adoptan un marco regulatorio mixto, refuerza sus argumentos para una participación profesional importante.</i></p>

		<p>National Medical Associations must ensure appropriate transparency and a clear separation of the two processes and rigorous attention to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its fairness. (SwMA)</p> <p>..... To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided they must ensure separation of the two processes and rigorous attention to a transparent and fair system of regulation that will assure the public of its fairness. (RDMA: <i>RDMA thinks it unnecessary to add this very strict instruction</i>)</p> <p>Switch parag. 5 and 10: Parag 10 replaces 5: “Whatever judicial or regulatory process a country has established, any judgement on a physician’s professional conduct or performance must incorporate evaluation by the physician’s professional peers who, by their training knowledge and experience, understand the complexity of the medical issues involved”. (AMA)</p>	
New		<p><u>Any system of professionally-led regulation must ensure the quality of care provided to patients, the competence of the physician providing that care and guarantee the professional conduct of all physicians, generating social confidence in medicine and in the physician.</u> (CGCM)</p>	<i>Esto se aborda en otros párrafos.</i>
6	Todo sistema de regulación profesional debe asegurar:	Any system of professionally-led regulation must ensure and enhance (FMA):	Todo sistema de regulación profesional debe realzar y asegurar:

		Any system of professionally-led regulation must ensure: (BMA)	
	<ul style="list-style-type: none"> la calidad de la atención prestada a los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ensure the delivery of high quality of the safe care provided to patients, (BMA) 	<ul style="list-style-type: none"> la entrega de alta calidad de la atención segura prestada a para los pacientes,
	<ul style="list-style-type: none"> la competencia del médico que presta la atención 	<ul style="list-style-type: none"> ensure the competence of the physician providing that care (BMA) 	<ul style="list-style-type: none"> la competencia del médico que presta la atención
	<ul style="list-style-type: none"> la conducta profesional de todos los médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ensure the professional conduct of all physicians, and (BMA) the professional conduct of all physicians, and (AM) 	<ul style="list-style-type: none"> la conducta profesional de todos los médicos y
New	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Protection of the society (SAMA) 	<ul style="list-style-type: none"> La protección de la sociedad
	<ul style="list-style-type: none"> inspirar la confianza de los pacientes, sus familias y el público. 	<ul style="list-style-type: none"> Inspire (AM+FMA) the confidence of patients, their families and the public. (SwMA) and (AM) Inspire the confidence support of patients, their families and the public. (AMA: <i>see also para. 11</i>) Inspire the confidence of patients, their families and the public as far as possible in the case of a life-threatening emergency. (CNOM) <p>Replace last bullet by: As such, the regulation should pursue the confidence of patients, their families and the public. (RDMA: <i>Grammatically wrong. It is hard to understand how regulation can inspire confidence. RDMA thinks regulation needs to pursue confidence.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover inspirar la confianza de los pacientes, sus familias y el público.

New		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ensure the regulation system itself is subject to quality assurance</u> (BMA) 	<p><u>El sistema de regulación está sujeto al control de la calidad</u></p>
New		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>The honour of the medical profession</u> (AM) 	
7	<p>A fin de asegurar que se ofrece la atención continua de calidad al paciente, los médicos deben ser requeridos a participar activamente en el proceso de desarrollo profesional continuo para actualizar y mantener sus conocimientos clínicos, experiencia y competencia.</p>	<p>To ensure that the patient is offered quality continuing care, physicians must be required to <u>should</u> (SwMA) participate actively in the process of Continuing Professional Development, <u>including reflection</u>, (BMA) in order to update and maintain their clinical knowledge, skills and competence. <u>Employers and management have a responsibility to enable physicians to meet this requirement</u> (DMA)</p> <p>To ensure that the patient is offered quality continuing care, physicians must be required to participate actively in the process of Continuing Professional Development in order to update and maintain their clinical knowledge, skills and competence. (RDMA: <i>Physicians should not only be required to do so, they should actually do so.</i>)</p>	<p>A fin de asegurar que se ofrece la atención continua de calidad al paciente, los médicos deben ser requeridos a participar activamente en el proceso de desarrollo profesional continuo, <u>incluido en la práctica reflexiva</u>, para actualizar y mantener sus conocimientos clínicos, experiencia y competencia. <u>Los empleadores y la administración tienen la responsabilidad de permitir que los médicos cumplan con este requisito.</u></p>
8	<p>La conducta profesional de los médicos siempre debe estar dentro de los límites del código de ética en vigor en cada país. Las asociaciones médicas nacionales deben promover entre los médicos una conducta profesional y ética para beneficio de sus pacientes. Las violaciones a la ética deben ser reconocidas rápidamente,</p>	<p>The professional conduct of physicians must always be within the bounds of the Code of Ethics governing physicians in each country. National Medical Associations must promote professional and ethical conduct among physicians for the benefit of their patients. <u>Professional Associations should insist upon ethical consideration to be sure that physicians resist financial incentives to offer either too much or too little medical care</u> (AM). Ethical violations must <u>should</u> be promptly recognized, reported and acted upon.</p>	<p>La conducta profesional de los médicos siempre debe estar dentro de los límites del código de ética en vigor en cada país. Las asociaciones médicas nacionales deben promover entre los médicos una conducta profesional y ética para beneficio de sus los pacientes y las violaciones a la ética deben ser reconocidas rápidamente, informadas <u>a las autoridades reguladoras pertinentes</u> y aplicar medidas. Los médicos culpables de</p>

	<p>informadas y aplicar medidas. Los médicos culpables de estos actos deben recibir medidas disciplinarias apropiadas y cuando sea posible ser rehabilitados</p>	<p>Physicians who have erred must be appropriately disciplined and where possible rehabilitated. (SwMA)</p> <p>The professional conduct of physicians must always be within the bounds of the Code of Ethics governing physicians in each country. National Medical Associations must promote professional and ethical conduct among physicians for the benefit of their patients, and ethical violations must be promptly recognized, reported and acted upon. Physicians who have erred must be appropriately disciplined and where possible rehabilitated. Physicians are obligated to intervene in a timely manner to ensure that impaired colleagues cease practicing and receive appropriate assistance from a physician health program. (AMA)</p> <p>Delete the last 2 sentences (“ethical violations” until end of parag.) (RDMA: <i>The RDMA is not sure if this is necessary to add. A first question is who should report and act upon it. A second consideration is that these ‘actions’ suggest a rather harsh regime of possibly ‘naming and shaming’. RDMA thinks this is not the most effective way to promote professional conduct, since it may lead to defensive medicine and to attempts to hide mistakes. Both can work out contrarily to what is wanted.</i>)</p>	<p>estos actos deben recibir medidas disciplinarias apropiadas y cuando sea posible ser rehabilitados. <u>Los médicos están obligados a intervenir de manera oportuna para asegurar que los colegas afectados dejen de ejercer y reciban asistencia apropiada con un programa de salud para médicos.</u></p> <p><i>A fin de aclarar que esto no es sobre señalar y avergonzar, el informe debe hacerse a las autoridades reguladoras apropiadas.</i></p>
<p>New</p>		<p><u>The professionally-led regulatory body should publish the outcomes of disciplinary hearings that identifies offending physicians who have been found responsible of violations while keeping patients anonymous. These include criminal charges, cautions, specified</u></p>	<p><i>Aunque la publicación parece útil, esto es demasiado generalizado, en especial dado que muchos casos tienen apelaciones exitosas.</i></p>

		<p><u>continuing education and remediation programs, and any fines paid. This establishes transparency and trust between the public and physicians, increases patient safety, and promotes just outcomes for offenses.</u> (JDN)</p>	<p><i>Se ha modificado la redacción en caso que los miembros quieran “pedir” alguna forma de publicación.</i></p> <p><u>Cuando los procesos judiciales o casi judiciales terminen, y si el caso es adverso para el médico, el organismo regulador debe publicar los resultados e incluir información sobre las medidas correctivas adoptadas. Las lecciones aprendidas de cada caso se deben en lo posible considerar y utilizar en los procesos de educación profesional.</u></p>
<p>9</p>	<p>Se insta a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para enfrentar los nuevos problemas, incluidas las potenciales amenazas inapropiadas para la regulación profesional. Es esencial para beneficio de los pacientes el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales.</p>	<p>National Medical Associations are urged to assist each other in coping with new and developing problems, including potential inappropriate threats to professionally-led regulation. The ongoing challenges. Such exchange of information and experiences between National Medical Associations is essential for the benefit of patients (SwMA)</p> <p>National Medical Associations are urged to assist each other in coping with new and developing problems, including potential inappropriate threats to professionally-led regulation. The ongoing exchange of information and experiences between National Medical Associations is essential for the benefit of patients. (AMA)</p> <p><i>(DMA comments: We would suggest adding examples of “inappropriate threats”. Also, perhaps “inappropriate” is redundant here.)</i></p>	<p>Se insta a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para enfrentar los nuevos problemas, incluidas las potenciales amenazas inapropiadas para la regulación profesional. Es esencial para beneficio de los pacientes el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales.</p>

10	<p>Cualquiera sea el proceso judicial o regulador establecido por un país, toda opinión sobre la conducta profesional del médico debe tomar en cuenta la evaluación de los colegas médicos, quienes por su formación y experiencia, comprenden la complejidad de los asuntos médicos en cuestión. <i>(del para. 2 de “Posición” de la Declaración sobre Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica)</i></p>	<p>Switch parag. 5 and 10: Parag 5 replaces 10, with amendments: “National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public. To ensure that potential conflicts of interest between their representative and regulatory roles are avoided, they must ensure separation of the two processes and rigorous attention adherence to a transparent and fair equitable system of regulation that will assure the public of its fairness”. (AMA)</p>	<p>Cualquiera sea el proceso judicial o regulador establecido por un país, toda opinión sobre la conducta profesional del médico debe tomar en cuenta la evaluación de los colegas médicos, quienes por su formación y experiencia, comprenden la complejidad de los asuntos médicos en cuestión. <i>(del para. 2 de “Posición” de la Declaración sobre Responsabilidad Profesional por las Normas de Atención Médica)</i></p>
New		<p><u>The World Medical Association and National Medical Associations advocate to both patients and the public that a system of professionally-led regulation is critical to ensure high quality medical care. (AM)</u></p>	<p><i>Véase comentarios de NZMA, BMA, NMA y SwMA al principio de este documento.</i></p>
11	<p>Un sistema eficaz y responsable de regulación profesional por parte de la profesión médica en cada país no debe servir o proteger internamente a la profesión y el proceso debe ser justo, razonable y suficientemente transparente para asegurar esto. Las asociaciones médicas nacionales deben ayudar a sus miembros a comprender que la</p>	<p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and to ensure this the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent and offer guarantees regarding the benefits to patients, generating social confidence in the profession, to ensure this (CGCM). Consideration should be given to the addition of health care consumers as part of a non-professional minority on professionally-led regulatory</p>	<p>Un sistema eficaz y responsable de regulación profesional por parte de la profesión médica en cada país no debe servir o proteger internamente a la profesión y el proceso debe ser justo, razonable y suficientemente transparente para asegurar esto. Las asociaciones médicas nacionales deben ayudar a sus miembros a comprender que la autorregulación no sólo debe ser una protección para los médicos, sino que debe</p>

	<p>autorregulación no sólo debe ser una protección para los médicos, sino que debe mantener la seguridad, apoyo y confianza del público en general, como también el honor de la profesión.</p>	<p>bodies(AM). National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself. (RDMA: <i>Why should it be protective of physicians at all? See point above what regulation should aim for instead. Moreover ‘be protective of physicians’ here seems in contrast to ‘not be self-serving or internally protective of the profession’ as mentioned in the first sentence.</i>)</p> <p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself. (SwMA)</p> <p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself. (CMA: <i>Unless “only”</i>)</p>	<p>mantener la seguridad, apoyo y confianza del público en general, como también el honor de la profesión.</p>
--	--	--	--

		<p><i>is removed, this sentence is in direct opposition to the one preceding it).</i></p> <p>An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self-serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. [note: previously stated.] National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation must not only protect be protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as and the honour of the profession itself. (AMA)</p>	
New		<p><u>Acting responsibly, the physician should always consider the economic dimension of their actions, regardless of who finances them. This consideration should not serve as a pretext to deny patients the necessary medical services.</u> (CGCM)</p>	<p><u>Aunque los médicos siempre deben considerar las dimensiones económicas de su atención recomendada, esto no debe ser un pretexto para negar los servicios médicos necesarios.</u></p> <p><i>Pregunta – ¿Es esto pertinente para el tema de este documento?</i></p>

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	SMAC 209/Sustainable Development COM REV/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Proyecto de Declaración sobre el Desarrollo Sostenible	
Destinación:	Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	<p>El Consejo en Taipei (octubre 2016) decidió establecer un grupo de trabajo sobre desarrollo sostenible con el mandato de elaborar una política de la AMM sobre el tema y definir una estrategia de desarrollo sostenible a nivel internacional y nacional. El GT está compuesto por miembros constituyentes de los siguientes países: Japón (ccordinador), Portugal, Brasil, Holanda, Reino Unido y Red de Médicos Jóvenes.</p> <p>El GT nombró al Dr. Agostinho Sousa (Portugal) como relator y presenta este texto al Consejo en Chicago (octubre 2017). El Consejo consideró la propuesta y decidió enviarla a los miembros para comentarios.</p>	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association

CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de Espana
CMA	Canadian Medical Association
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SAMA	The South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AM	The Associate Membership supports this document with or without our suggestions.
AMV	Accepted as it is.
BMA	We fully support this paper and are pleased to see that the WG has gone beyond the SGDs by drawing together the various policy instruments that underpin the goals.
CMA	The CMA supports this Statement.
DMA	The DMA believes that this document needs further development with regards to both content and form. As the draft stands, the focus and the key messages in the document are unclear which leads the reader in doubt about the purpose of the statement.
FMA	FMA thanks the working group for the draft statement. In our view, the document would benefit from some rewriting, especially as regards paragraphs 8-12 [<i>Because of the issue on the paragraph numbering, those paragraphs are now numbered 7-11; see text below</i>]. It could be further clarified how these policy priorities link to SDGs and whose priorities they are. Furthermore, it could e.g. be explained how the implementation of Health in All Policies can help in the fulfillment of the SDGs. We also propose to shift paragraph 7 [<i>should be numbered 6 in the next version, see above</i>] to the recommendations.
NMA	The Norwegian Medical Association supports this document as it is.

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: SMAC 207/Sustainable Development/Oct2017	Specific Comments Additions: bold/underlined Deletions: lined-out Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propuesto revisado por: Coordinador SMAC 209/ Sustainable Development REV/Apr2018
----	---	---	--

Title	Declaración sobre el Desarrollo Sustentable		Declaración sobre el Desarrollo Sustentable
	Introducción		Introducción
1.	<p>La AMM considera que la salud y el bienestar dependen de los determinantes sociales de la salud (SDH), las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes sociales influirán directamente en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (SDG) de la ONU. Muchos de los objetivos SDG, metas y los indicadores que se han elaborado para medir su progreso también serán medidas útiles del impacto que las acciones tienen en la reducción de los SDH y en particular las desigualdades en salud.</p>	<p>... Many of the SDG goals, targets and the indicators that have been developed to measure progress towards them, will also be useful measures of the impact of action is having on reducing the SDH and, in particular, on reducing health inequities. [BMA]</p> <p>The WMA believes that health and well-being are dependent upon social determinants of health (SDH), the circumstances conditions in which people are born, grow, live, work and age; and the social influences on these conditions ... Many of the SDG goals, targets and the indicators that have been developed to measure progress towards them, will also be useful measures of the impact action is having on reducing improving the SDH and, in particular, health inequities. [AM]</p> <p>The WMA believes that health and well-being are dependent upon social determinants of health (SDHs), the circumstances in which people are born, grow, live, work and age ... Many of the SDG goals, targets and the indicators that have been developed to measure progress towards them, will also be useful measures of the impact action is having on reducing the SDHs and, in particular, health inequities. [SAMA]</p>	<p>La AMM considera que la salud y el bienestar dependen de los determinantes sociales de la salud (SDH), las circunstancias condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes sociales influirán directamente en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG) de la ONU. Muchos de los objetivos SDG, metas y los e indicadores que se han elaborado para medir su progreso también serán medidas útiles del impacto que las acciones tienen en la reducción el mejoramiento de los SDH y en particular en la disminución de las desigualdades en salud.</p>
2.	<p>Esta declaración se basa en la política de la AMM sobre SDH como está establecida en la Declaración de Oslo y en los principios básicos de la ética</p>	<p>This statement builds upon WMA policy on SDH as set out in the Declaration of Oslo on Social Determinants of Health, and upon the basic principles of medical ethics set out in the Declaration of Geneva. (1) [SwMA]</p>	<p>Esta declaración se basa en la política de la AMM sobre SDH los Determinantes Sociales de la Salud como está establecida en la Declaración de Oslo y en los</p>

	médica de la Declaración de Ginebra (1).		principios básicos de la ética médica de la Declaración de Ginebra. (1).
3.	La AMM reconoce los importantes esfuerzos realizados por la ONU con la adopción el 25 de septiembre de 2015 de la resolución “ <i>Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development</i> ” (2). La agenda sobre desarrollo sustentable se basa en cinco temas clave: gente, planeta, prosperidad, paz y asociación y el principio de no dejar a nadie atrás. La AMM apoya la importancia de los esfuerzos globales en el desarrollo sustentable y el impacto que puede tener en la humanidad.	... The WMA affirms ^{supports} the importance of global efforts on sustainable development and the impact that they can ^{it could} bring to humanity. [BMA]	La AMM reconoce los importantes esfuerzos realizados por la ONU con la adopción el 25 de septiembre de 2015 de la resolución “ <i>Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development</i> ” (2). La agenda sobre desarrollo sostenible se basa en cinco temas clave: gente, planeta, prosperidad, paz y asociación y el principio de no dejar a nadie atrás. La AMM apoya ^{afirma} la importancia de los esfuerzos globales en el desarrollo sostenible y el impacto que pueden tener en la humanidad.
4.	Los SDG están basados en las lecciones aprendidas de los éxitos y fracasos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG), incluida la desigualdad en muchos ámbitos de la vida. Aunque no hay un concepto general que unifique a los SDG, la AMM considera que la desigualdad en salud y bienestar resume gran parte de la agenda. La AMM nota que sólo el objetivo 3 es claramente sobre salud, muchos de los objetivos tienen elementos importantes de salud.	[Comment: WE NEED TO SAY EXACTLY WHAT GOAL #3 IS, AND POSSIBLY FOOTNOTE OR DESCRIBE ALL THE GOALS.] [AM] ... The WMA notes that while only goal 3 is overtly about health, many of the goals have major health components. [SAMA]	Los SDG están basados en las lecciones aprendidas de los éxitos y fracasos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG), incluida la desigualdad en muchos ámbitos de la vida. Aunque no hay un concepto general que unifique a los SDG, la AMM considera que la desigualdad en salud y bienestar resume gran parte de la agenda <u>2030</u> . La AMM nota que sólo el objetivo <u>SD3</u> es claramente sobre salud, muchos de los objetivos tienen elementos importantes de salud.

<p>5.</p>	<p>La AMM reconoce que los gobiernos deben comprometerse e invertir para implementar completamente los objetivos en 2030, de conformidad con la agenda de acción Addis Ababa (3) (4). La AMM también reconoce el riesgo que los SDG puedan ser consideradas inasequibles debido a su costo potencial estimado entre 3,3 y 4,5 trillones de dólares al año. (5)</p>	<p>The WMA recognizes that governments must commit and invest to fully implement the goals by 2030, in alignment with the Addis Ababa Action Agenda (3) (4) ... [SwMA]</p>	<p>La AMM reconoce que todos los gobiernos deben comprometerse e invertir para implementar completamente los objetivos en 2030, de conformidad con la agenda de acción Addis Ababa (3) (4). La AMM también reconoce el riesgo que los SDG puedan ser consideradas inasequibles debido a su costo potencial estimado entre 3,3 y 4,5 trillones de dólares al año. (5)</p>
<p>6.</p>	<p>La AMM enfatiza la necesidad de trabajo cruzado e intersectorial para lograr los objetivos y considera que la salud debe estar incluida en todos los SDG y no sólo en el objetivo específico 3 de salud. (2) (6)</p>		<p>La AMM enfatiza la necesidad de trabajo cruzado e intersectorial para lograr los objetivos y considera que la salud debe estar incluida en todos los SDG y no sólo en el objetivo específico SD3 de salud. (2) (6)</p>
	<p>Prioridades de políticas</p>		<p>Prioridades de políticas</p>
<p>7.</p>	<p>Reconocimiento de la salud en todas las políticas y los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>Recognition of the Social Determinants of Health and the Health in All Policies / Multisectoral / Whole of Government / Whole of Society approach <i>[rearranged sentence and made additions]</i> [SAMA]</p>	<p>Reconocimiento de la salud en todas las políticas y los determinantes sociales de la salud/ enfoque de toda la sociedad.</p>
<p>8.</p>	<p>Otros ámbitos son esenciales para lograr el SDG3, que incluyen:</p>	<p>Policy Other areas that are essential to achieving the SDG3s. They include: [BMA] <i>[Comment: what is meant by SDG3s ?]</i> [RDMA]</p>	<p>Otros ámbitos de políticas que son esenciales para lograr el SDG3, que incluyen:</p>

		<p>Other areas as considerations are also essential to achieving the SDG3s targets. They include: [SwMA]</p> <p>Attention to Other areas that are essential to achieving the SDG3s, they that include: [SAMA]</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento del paciente y seguridad del paciente • Mejoramiento continuo de la calidad en salud • Superar el impacto del envejecimiento en salud • Abordar la resistencia antimicrobiana • Seguridad y bienestar del personal de salud 		<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento del paciente y seguridad del paciente • Mejoramiento continuo de la calidad en salud • Superar el impacto del envejecimiento en salud • Abordar la resistencia antimicrobiana • Seguridad y bienestar del personal de salud
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>The AMM and NMAs should promote the principle of equity in health is an objective shared by society. It must also be ensured that the health sector does not increase inequalities in health and promote equitable provision of health services in all groups of society and in all stages of health care.</u> [CGCM]</p>	
9.	<p>Asegurar un alineamiento de políticas entre todos los organismos de la ONU y el trabajo de las organizaciones gubernamentales regionales, como la UE, Unión Africana, Liga Arabe, ASEAN y OEA. (7)</p>	<p>Ensure Ensuring policy alignment ... [SAMA]</p> <p>Ensure policy alignment between among all the UN Agencies and the work of regional governmental organizations such as EU, African Union, Arab League, ASEAN, and Organization of American States. (7) [AMA]</p>	<p>Asegurar un alineamiento de políticas entre todos los organismos de la ONU y el trabajo de las organizaciones gubernamentales regionales, como la UE, Unión Africana, Liga Arabe, ASEAN y OEA. (7)</p>

<p>10.</p>	<p>La AMM se compromete a trabajar en colaboración con otros interesados sobre los otros acuerdos globales que sustentan el proceso y programa de los SDG.</p>	<p>The WMA commits to working collaboratively with a wide range ofother stakeholders on the variousother global agreements that will underpin the SDG process and programme. [BMA]</p> <p><i>[Delete paragraph:] [SwMA]</i></p> <p><i>[Comment: THIS FITS BETTER UNDER THE RECOMMENDATIONS SECTION. WE HAVE SUGGESTED ADDITIONAL WORDING IN THE FIRST PARAGRAPH OF THAT SECTION.] [SwMA]</i></p> <p>The WMA's commits commitment to working collaboratively with other stakeholders on the other global agreements that will underpin the SDG process and programme. [SAMA]</p>	<p>La AMM se compromete a trabajar en colaboración con otros interesados sobre los otros acuerdos globales que sustentan el proceso y programa de los SDG.</p>
<p>11.</p>	<p>La implementación de los otros tres acuerdos globales sobre el proceso de desarrollo sustentable:</p>	<p>The WMA commits to support implementation of the other three global agreements regarding the sustainable development process: [BMA]</p> <p>The implementation of the other three global agreements regarding the sustainable development process: [AM]</p> <p>The WMA supports the implementation of the other three additional global agreements regarding the sustainable development process: [AMA]</p>	<p>La AMM se compromete a respaldar la implementación de los otros tres acuerdos globales sobre el proceso de desarrollo sostenible:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> La Agenda de acción Addis Ababa como el mecanismo que proporcionará el apoyo final para la agenda 2030 	<ul style="list-style-type: none"> The Addis Ababa Action Agenda is the mechanism that will provide the financial support for the 2030 Agenda [AM] 	<p>La Agenda de acción Addis Ababa como el mecanismo que proporcionará el apoyo final para la agenda 2030.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> The Addis Ababa Action Agenda as the mechanism that will provide the financial support for the 2030 Agenda. [SAMA] 	
	<ul style="list-style-type: none"> El Acuerdo de París como único mecanismo obligatorio del proceso de desarrollo sustentable que establece un plan de acción para poner al mundo por buen camino para evitar el peligroso cambio climático, al limitar el calentamiento global a bajo 2°C por sobre los niveles pre industriales. (8) (9) 	<ul style="list-style-type: none"> The Paris Agreement is the only binding mechanism of the sustainable development process that sets out a global action plan to put the world on track to avoid dangerous climate change by limiting global warming to well below 2°C above pre-industrial levels. (8) (9) [AM] 	<p>El Acuerdo de París como único <u>es el</u> mecanismo obligatorio del proceso de desarrollo sostenible que establece un plan de acción para poner al mundo por buen camino para evitar el peligroso cambio climático, al limitar el calentamiento global a bajo 2°C por sobre los niveles pre industriales. (8)-(9)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> El Marco Sendai para la Disminución de Riesgo de Catástrofe como el acuerdo que reconoce que el Estado tiene el rol principal para disminuir el riesgo de catástrofe, pero que la responsabilidad se debe compartir con otros interesados, incluidos el gobierno local, el sector privado y otros actores. (10) 	<ul style="list-style-type: none"> The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction as the agreement which recognizes that the State has the primary role to reduce disaster risk but that responsibility should be shared with other stakeholders including local government, and the private sector and other stakeholders. (10) [BMA] The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction is the agreement which recognizes that the State has the primary role to reduce disaster risk but that responsibility should be shared with other stakeholders including local government, the private sector and other stakeholders. (10) [AM] 	<p>El Marco Sendai para la Disminución de Riesgo de Catástrofe como el acuerdo que reconoce que el Estado tiene el rol principal para disminuir el riesgo de catástrofe, pero que la responsabilidad se debe compartir con otros interesados, incluidos el gobierno local, el sector privado y otros actores. (10)</p>

	•		
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>Establish strategies for strengthening specific public health programs and national health systems to address the social determinants of health, redirecting health services, interventions and programs with the aim of reducing inequities and ensuring universal coverage and achieving that establishments, goods and services related to health are available to all, are acceptable, accessible, appropriate and of good quality.</u> [CGCM]</p>	
	<p>Recomendaciones y Compromisos</p>		
<p>12.</p>	<p>La AMM se compromete a trabajar con otras organizaciones intergubernamentales, incluidas la ONU y la OMS, en la implementación y el seguimiento de esta agenda y los acuerdos internacionales relacionados. (11) (12) (13)</p>	<p>The WMA commits to work with other intergovernmental organizations, including the UN and <u>the WHO, and other stakeholders</u> for the implementation and follow-up of this agenda and related international agreements. (11) (12) (13). [SwMA]</p> <p>... The WMA commits to working <u>ing</u> with other intergovernmental organizations, including the UN and WHO, for the implementation and follow-up of this agenda and related international agreements. (11) (12) (13). <i>[Added sentence:]</i> <u>This should include putting pressure on States that have not committed to some of the binding international agreements, including the Paris Agreement.</u> [SAMA]</p> <p>The WMA commits to work with other <u>non-governmental and</u> intergovernmental organizations, including the UN and WHO, for the implementation and follow-up of this agenda,</p>	<p>La AMM se compromete a trabajar con otras organizaciones intergubernamentales, incluidas la ONU y la OMS, <u>organizaciones de profesionales de la salud y otros interesados</u> en la implementación y el seguimiento de esta agenda y los acuerdos internacionales relacionados <u>y para armonización de políticas y defensa.</u> (11) (12) (13)</p>

		and -related international agreements, and for policy and advocacy alignment. (11) (12) (13) [AMA]	
13.	La AMM se compromete a colaborar con las asociaciones miembros constituyentes para apoyar su trabajo a nivel nacional y con los gobiernos en la implementación de la agenda 2030	The WMA commits to collaborate ing with its constituent member Associations to support their work at national and regional levels , and with governments on the 2030 Agenda implementation. [SAMA]	La AMM se compromete a colaborar con las asociaciones miembros constituyentes para apoyar su trabajo a nivel regional y nacional y con los sus gobiernos en la implementación de la agenda 2030.
14.	La AMM recomienda que las AMNs elaboren una estrategia sobre la recopilación de información, implementación, aumento de capacidad y defensa para incrementar la coherencia de políticas y aumentar al máximo el impacto de los médicos a niveles nacional y global.	The WMA recommends that NMAs create a-strategy ies regarding data collection, implementation, capacity building and advocacy, to enhance policy coherence and to maximise the impact of doctors Agenda implementation at national and global levels. [SwMA]	La AMM recomienda que las AMNs elaboren una estrategias sobre la recopilación de información, implementación, aumento de capacidad y defensa para incrementar la coherencia de políticas y aumentar al máximo el impacto de los médicos la implementación de la agenda 2030 a niveles nacional y global.
15.	La AMM se compromete a trabajar con otras organizaciones no gubernamentales, incluidas otras organizaciones de profesionales de la salud para armonizar política y defensa. (14)	The WMA commits to work ing with other non-governmental organizations, a range of partners besides governments , including business , other healthcare professionals ² organizations, conservation agencies, donors, and community organisations , to align policy and advocacy. (14) [SAMA] <i>[Delete paragraph; incorporated in #12]</i> [AMA]	La AMM se compromete a trabajar con otras organizaciones no gubernamentales, incluidas otras organizaciones de profesionales de la salud para armonizar política y defensa. (14)
16.	La AMM también recomienda que las AMNs trabajen con bancos de	The WMA also recommends that NMAs work with development banks, NGOs, intergovernmental organisations and other stakeholders that are also working	La AMM también recomienda que las AMNs trabajen colaboren con bancos de

	<p>desarrollo, ONGs, organizaciones intergubernamentales y otros interesados que también trabajan para implementar la agenda 2030, en especial en sus propios países. (15) (16) (17) (18)</p>	<p>forto implementing of the 2030 aAgenda, especially in their own countries (15) (16) (17) (18) [BMA]</p> <p>The WMA also recommends that NMAs workcollaborate with development banks, NGOs, intergovernmental organisations and other stakeholders that are also working forto implementing of the 2030 Agenda, especially in their own countries (15) (16) (17) (18) [SwMA]</p> <p>The WMA also recommends that NMAs workcooperate with development banks, NGOs, intergovernmental organisations and other stakeholders that are also working for implementing ofto implement the 2030 Agenda, especially in their own countries (15) (16) (17) (18) [AMA]</p>	<p>desarrollo, ONGs, organizaciones intergubernamentales y otros interesados que también trabajan para implementar la agenda 2030, en especial en sus propios países. (15) (16) (17) (18)</p>
<p>17.</p>	<p>La AMM pide a la ONU y la OMS elaborar normas sobre cómo se implementará el financiamiento de la salud para lograr los objetivos establecidos en la agenda 2030 y las consecuencias económicas de las NCDs, envejecimiento y resistencia antimicrobiana. (5)</p>	<p>WMA asks the UN and WHO to develop guidelines on how financing for health will be implemented to reach the targets established by the 2030 aAgenda, and the economic implications of NCDs, aging and antimicrobial resistance. (5) [BMA]</p> <p>WMA asksencourages the UN and the WHO to develop guidelines on how financing for health will be implemented to reach the targets established by the 2030 agenda and economic implications of NCDs, aging and antimicrobial resistance. (5) [SwMA]</p> <p>The WMA asks the UN and WHO to develop guidelines ... [SAMA]</p>	<p>La AMM pide insta a la ONU y la OMS elaborar normas sobre cómo se implementará el financiamiento de la salud para lograr los objetivos establecidos en la agenda 2030 y las consecuencias económicas de las NCDs, envejecimiento y resistencia antimicrobiana. (5)</p>
		<p>[Added paragraph:] Physicians and their NMAs must assume the SDGs of sustainable development as their</p>	

		<p><u>own and strive to achieve the specific objectives of the health field, promoting healthy lifestyles and the quality of life of individuals and communities, ensuring the sustainability of the systems that sustain life.</u> [CGCM]</p>	
--	--	---	--

References:

1. **The World Medical Association.** WMA Declaration of Geneva. [Online] May 2006. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html>.
2. **UN General Assembly.** Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Online] 21 October 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
3. **United Nations.** Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf.
4. **UN DESA.** A DESA Briefing Note On The Addis Ababa Action Agenda. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.un.org/esa/ffd/ffd3/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/DESA-Briefing-Note-Addis-Action-Agenda.pdf>.
5. **World Health Organization.** Health in 2015: from MDGs to SDGs- Chapter 9. *The SDGs: Reflections on the Implications and Challenges for Health.* [Online] WHO, December 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/MDGs-SDGs2015_chapter9.pdf?ua=1.
6. **Adams, Barbara and Judd, Karen.** Silos or system? The 2030 Agenda requires an integrated approach to sustainable development. [Online] 2016. [Cited: 13 February 2017.] https://www.globalpolicywatch.org/wp-content/uploads/2016/09/GPW12_2016_09_23.pdf.
7. **UN Economic and Social Commission for Western Asia.** *Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development in the Arab States. Implementation challenges at the national level.* New York, USA : UN ECOSOC, 2016.
8. **UNFCCC.** Paris Agreement. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://unfccc.int/files/essential_background/convention/application/pdf/english_paris_agreement.pdf.
9. **European Commission.** Paris Agreement. [Online] February 2017. [Cited: 13 February 2017.] http://ec.europa.eu/clima/policies/international/negotiations/paris_en.
10. **United Nations.** Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030. [Online] 2015. [Cited: 13 February 2017.] http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf.
11. **World Health Organization.** Universal Health Coverage Data Portal. [Online] World Health Organization, 2016. [Cited: February 13, 2017.] <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>.
12. **Organisation for Economic Co-operation and Development.** Better Policies for 2030: AN OECD Action Plan on the Sustainable Development Goals. [Online] OECD, 2016. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.oecd.org/dac/OECD-action-plan-on-the-sustainable-development-goals-2016.pdf>.
13. **WHO.** Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Online] 12 December 2016. [Cited: 13 February 2017.] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_32-en.pdf.
14. **United Nations.** Partnerships for SDGs. [Online] United Nations, 2016. [Cited: 13 February 2017.] <https://sustainabledevelopment.un.org/partnerships/>.

-
15. **The World Bank**. Press Release. Global Community Makes Record \$75 Billion Commitment to End Extreme Poverty. [Online] 15 December 2016. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/12/15/global-community-commitment-end-poverty-ida18>.
 16. **Asian Development Bank**. Key Indicators for Asia and the Pacific 2016. [Online] 2016. [Cited: 13 February 2017.] <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/204091/ki2016.pdf>.
 17. **United States Council for International Business**. Business for 2030. [Online] USCIB, 2015. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.businessfor2030.org/>.
 18. **World Bank Group; UNDP**. Transitioning from the MDGs to the SDGs. [Online] 9 November 2016. [Cited: 13 February 2017.] <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/SDGs/English/Transitioning%20from%20the%20MDGs%20to%20the%20SDGs.pdf?download>.

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	SMAC 209/Pandemic Influenza COM REV/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Revisión propuesta de la Declaración sobre la Pandemia de Gripe Aviar	
Destinado a:	Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	<p>Como parte del proceso de revisión de políticas 2016, el Consejo en Buenos Aires (abril 2016) decidió que la Declaración sobre Gripe Aviar y Pandemia de Gripe debe tener una revisión menor. Durante el Consejo en Taipei (octubre 2016) – a pedido del Secretario General – el Consejo acordó postergar el proceso de revisión por ciertas dudas sobre el contenido científico del documento.</p> <p>En el Consejo en Livingstone (abril 2017), el Dr. Kloiber informó al Consejo que una versión revisada de la Declaración sería presentada en octubre en Chicago. La versión propuesta fue preparada por la Dra. Caline Mattar, especialista en resistencia antimicrobiana. La 207ª sesión del Consejo en Chicago (octubre 2017) consideró la propuesta y decidió enviarla a los miembros de la AMM para comentarios.</p>	

Abreviaturas:

AM	Associate Members
AMA	American Medical Association
AMV	Associazione Medica del Vaticano
BMA	British Medical Association
CGCM	Consejo General de Colegios Médicos de España
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins (France)
CMA	Canadian Medical Association
DMA	Danish Medical Association
FMA	Finnish Medical Association
NMA	Norwegian Medical Association
RDMA	Royal Dutch Medical Association
SAMA	The South African Medical Association
SwMA	Swedish Medical Association

GENERAL COMMENTS	
AM	Excellent document. We support it with or without our edits. We further suggest removing the word, “etc” from paragraphs 7c and 8c. If other items should be listed, we prefer listing the specifics. <i>[Note: this has been added in the table below]</i>
AMA	The discussion of mutation risks or co-existence with other viruses included in the 2006 version (paragraph 5) has been omitted. We believe this discussion is crucial to an understanding the genesis of pandemic strains of viruses and should be reinstated.
AMV	We think that the point 7.b [“Identify legal and ethical frameworks as well as governance in relation to the pandemic”] is a bit generic. It should be possible to find a more specific recommendation.
BMA	We overall support this paper and feel that it has been produced to a high technical standard. However, we have some concern that the language may be too technical throughout the piece and that the overall tone may not be widely accessible to an international audience.
DMA	The DMA has no comments to this document.

CNOM	There seems to be a crossover in the text between aviary influenza and seasonal influenza.
FMA	FMA can accept the revised document. However, we would like to point out that WMA now has a general statement on epidemics and pandemics, and we propose to refer to that in the preamble of this document.
NMA	The Norwegian Medical Association supports this document with some minor changes.

Numbering will be deleted (or adjusted) when the revised text is adopted.

No	Texto propuesto: SMAC 207/Pandemic Influenza/Oct2017	Specific Comments Additions: <u>bold/underlined</u> Deletions: <u>lined-out</u> Comments only: <i>[italic]</i>	Texto propuesto revisado por: Coordinador SMAC 209/ Pandemic Influenza REV/Apr2018
Title	Declaración sobre la Pandemia de Gripe Aviar		Declaración sobre la Pandemia de Gripe Aviar
	Introducción		Introducción
1.	La pandemia de gripe ocurre aproximadamente tres o cuatro veces cada siglo. Por lo general se da cuando aparece un nuevo virus de la gripe A que se transmite fácilmente de una persona a otra contra la cual el ser humano tiene poca o ninguna inmunidad. El control de la infección y las medidas de alejamiento social pueden contribuir a ralentizar la propagación del virus. Parece ser difícil fabricar una vacuna cuando no se puede predecir con precisión la cepa	<i>[Last sentence deleted]</i> [CGCM] ... Adequate supplies of antivirals are key for treatment of specific at risk populations and possibly control further spread in certain settings. [SAMA] ... Adequate supplies of antivirals are key for treatment of specific at risk population and possibly control in controlling further spread of the outbreak. in certain settings. [AMA]	La pandemia de gripe ocurre aproximadamente tres o cuatro veces cada siglo. Por lo general se da cuando aparece un nuevo virus de la gripe A que se transmite fácilmente de una persona a otra contra la cual el ser humano tiene poca o ninguna inmunidad. El control de la infección y las medidas de alejamiento social pueden contribuir a ralentizar la propagación del virus. Parece ser difícil fabricar una vacuna cuando no se puede predecir con precisión la cepa de la gripe

	<p>de la gripe que aparecerá. El suministro adecuado de antivirales es clave para tratar a las poblaciones en riesgo y posiblemente controlar una mayor propagación en ciertos entornos.</p>		<p>que aparecerá. El suministro adecuado de antivirales es clave para tratar a las poblaciones en riesgo y controlar una mayor propagación <u>del brote</u>.</p>
<p>2.</p>	<p>La gripe aviar es una infección zoonótica de las aves silvestres y de corral que puede causar infecciones esporádicas al ser humano. Los pájaros infectados tienen gran cantidad de virus en sus heces, mucosas y saliva. Los humanos se infectan si están expuestos al virus a través de la boca, ojos o inhalación de partículas del virus. También puede haber casos de transmisión limitada de un humano a otro.</p>	<p>... There may also have been evidence of a non-sustained limited human to human limited transmission reported as well. [BMA]</p> <p>... There may have been evidence of a nNon-sustained human to human limited transmission has been reported as well. [SwMA]</p> <p>... Humans are infected if they are exposed through the mouth, eyes, or from the inhalation of virus particles. There may have has been evidence of a non-sustained human to human limited transmission reported as well. [CMA]</p> <p>... Birds act as a reservoir and shed the virus in their feces, mucous and saliva. Humans are may be infected if they are exposed through the mouth, eyes, or inhalation of virus particles. There may have been evidence of a non-sustained Limited evidence of human to human limited-transmission has been reported as well. [AMA]</p>	<p>La gripe aviar es una infección zoonótica de las aves silvestres y de corral que puede causar infecciones esporádicas al ser humano. Los pájaros infectados tienen gran cantidad de virus en sus heces, mucosas y saliva. Los humanos se infectan si están expuestos al virus a través de la boca, ojos o con la inhalación de partículas del virus. También hay evidencia limitada de casos de transmisión de un humano a otro.</p>
<p>3.</p>	<p>Esta declaración proporciona orientación a las asociaciones médicas nacionales y médicos sobre cómo pueden participar en el proceso de</p>	<p>This statement alongside with WMA Statement on Epidemics and Pandemics provides guidance to National Medical Associations and physicians on how</p>	<p>Esta declaración junto con la Declaración sobre Epidemias y Pandemias proporciona orientación a las asociaciones</p>

	<p>planificación de una pandemia o para enfrentar una pandemia de gripe o de gripe aviar en sus respectivos países. También describe los requisitos para la preparación y respuesta de los gobiernos. Por último, entrega recomendaciones sobre las actividades que deben considerar los médicos para prepararse a una pandemia de gripe</p>	<p>they should be involved in their respective country's pandemic influenza planning process in addition to responding to Avian Influenza or pandemic influenza should it occur... [FMA]</p> <p>This statement provides guidance to National Medical Associations and physicians on how they should be involved in their respective country's pandemic influenza planning and how to respond process in addition to responding to Avian Influenza or pandemic influenza should it occur... [AMA]</p>	<p>médicas nacionales y médicos sobre cómo pueden participar en el proceso de planificación de una pandemia o para enfrentar una pandemia de gripe o gripe aviar en sus respectivos países.</p>
	Recomendaciones		Recomendaciones
	Gripe Aviar		Gripe Aviar
4.	<p>En el caso en que se observe un aumento de la transmisión de una cepa de gripe aviar a los humanos, se deben tomar las siguientes medidas:</p>	<p>In the event of an avian influenza outbreak, that an Avian Influenza strain transmission to humans increases, the following measures should be taken: [AMA]</p>	<p>En el caso de un brote de gripe aviar, se deben tomar las siguientes medidas:</p>
a	<p>Evitar las fuentes de exposición cuando sea posible, ya que es la medida de prevención más eficaz.</p>	<p>Sources of exposure should be avoided when possible as this is the most effective prevention measure, [CMA, SAMA]</p>	<p>Evitar las fuentes de exposición cuando sea posible, ya que es la medida de prevención más eficaz.</p>
b	<p>Utilizar un equipo de protección individual y adoptar medidas de higiene de las manos para toda persona que manipule aves, como también para el personal de salud</p>	<p>Personal protective equipment should be used and hand hygiene practices emphasized for personnel handling poultry as well as the for healthcare teams [SwMA]</p>	<p>Utilizar un equipo de protección individual y adoptar medidas de higiene de las manos para toda persona que manipule aves, como también para el personal de salud.</p>

		<p>Personal protective equipment should be used and hand hygiene practices emphasized for personnel handling poultry as well as members of the healthcare team. [CMA]</p> <p>... as well as the healthcare team. [SAMA]</p>	
c	<p>Toda ave infectada/expuesta debe ser destruida y eliminar adecuadamente los cadáveres. Desinfectar rigurosamente las granjas</p>	<p>All infected/exposed birds should be destroyed with proper disposal of carcasses, and rigorous disinfection of farms. [CMA, SAMA]</p> <p>All infected/exposed birds, and other potentially infected animals should be destroyed with proper disposal of carcasses, and rigorous disinfection of farms and markets [AM]</p> <p>All infected/exposed birds should be destroyed with proper disposal of carcasses, and rigorous disinfection or quarantine of farms [AMA]</p>	<p>Toda ave infectada/expuesta debe ser destruida y eliminar adecuadamente los cadáveres. Desinfectar rigurosamente las granjas o ponerlas en cuarentena.</p>
d	<p>Mantener reservas de vacunas para utilizar durante el brote de la gripe</p>	<p>Stockpiles of vaccines should be maintained for use during an outbreak. [CMA, SAMA]</p> <p>Stockpiles of vaccines and antivirals should be maintained for use during an outbreak [AMA]</p>	<p>Mantener reservas de vacunas y fármacos antivirales para utilizar durante el brote de la gripe.</p>
e	<p>Utilizar medicamentos antivirales, como inhibidores de la neuraminidasa</p>	<p>Antiviral medications such as neuraminidase inhibitors can be used for treatment. [CMA, SAMA]</p> <p>Antiviral medications such as neuraminidase inhibitors may can be used for treatment [AMA]</p>	<p>Se pueden utilizar medicamentos antivirales, como inhibidores de la neuraminidasa</p>

		<i>[Added paragraph:]</i> f. Surveillance should be increased [AM]	
	Preparación para una pandemia de gripe		Preparación para una pandemia de gripe
5.	OMS y autoridades de salud pública nacionales		OMS y autoridades de salud pública nacionales
	La coordinación de una respuesta internacional a una pandemia de gripe es responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS utiliza actualmente un enfoque de todos los peligros y riesgos para permitir una respuesta coordinada basada en diversos grados de gravedad de la pandemia		La coordinación de una respuesta internacional a una pandemia de gripe es responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS utiliza actualmente un enfoque de todos los peligros y riesgos para permitir una respuesta coordinada basada en diversos grados de gravedad de la pandemia.
6.	La OMS debe:	The WHO must: [BMA] The WHO must should : [SwMA, CMA]	La OMS <u>debiera</u> :
a	Ofrecer una asistencia técnica y de laboratorio a los países afectados si es necesario y monitorear continuamente los niveles de actividad de las cepas de la gripe, asegurar si es necesario la declaración de “urgencia de salud pública a nivel internacional” de manera oportuna	<u>The WHO must</u> Offer technical and laboratory assistance to affected countries if the need arises and monitor activity levels of potential pandemic influenza strains continuously, ensuring the designation of “Public Health Emergency of International Concern” is done in a timely manner if needed. [BMA] Offer technical and laboratory assistance to affected countries if the need arises and <u>continuously</u> monitor activity levels of potential pandemic influenza strains	a. Ofrecer una asistencia técnica y de laboratorio a los países afectados si es necesario y monitorear continuamente los niveles de actividad de las cepas de la gripe, asegurar si es necesario la declaración de “urgencia de salud pública a nivel internacional” de manera oportuna.

		<p>continuously, ensuring the designation of “Public Health Emergency of International Concern” is done in a timely manner if needed. [SwMA]</p> <p>Offer technical and laboratory assistance to affected countries if needed the need arises and monitor activity levels of potential pandemic influenza strains continuously, ensuring that the designation of “Public Health Emergency of International Concern” is done in a timely manner if needed. [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph, from text of 7.e. modified and moved here:]</i> The WHO should monitor and coordinate processes by which Ggovernments are also urged to share biological materials namely including virus strains and others, to facilitate the production of and ensure access to vaccines globally, this process should be monitored and coordinated by the WHO. [AMA]</p>	<p>b. <u>Monitorear y coordinar los procesos</u> a través de los cuales los gobiernos comparten los materiales biológicos, <u>incluidas</u> las cepas de virus y otros, para facilitar la fabricación de vacunas y asegurar su acceso a nivel mundial.</p>
b	<p>La OMS debe comunicar lo más pronto posible información disponible sobre la actividad de la gripe a fin de permitir una respuesta oportuna</p>	<p>The WHO should cCommunicate available information on influenza activity of concern as early as possible to allow for a timely response. [SwMA, CMA]</p> <p>The WHO should Communicate available critical information on influenza activity of concern as early as possible to allow for a timely response. [AMA]</p>	<p>c. Comunicar lo más pronto posible información disponible sobre la actividad de la gripe a fin de permitir una respuesta oportuna.</p>
7.	<p>Se insta a los gobiernos nacionales a elaborar un plan de acción nacional para abordar los siguientes puntos:</p>	<p>National governments are urged to develop National Action plans to that address the following points: [SwMA]</p>	<p>Se insta a los gobiernos nacionales a elaborar un plan de acción nacional para abordar los siguientes puntos:</p>

		<p>National governments are urged to develop National Action plans <u>in coordination with physicians and/or medical organizations. As planning proceeds, timely and clear information and the rationale behind decisions, should be available to public health authorities, the medical establishment and the public. Plans should be shared with the WHO and</u> to address the following points: [AM]</p> <p>National governments <u>or designated government agencies</u> are urged to develop National Action plans to address the following points: [SAMA]</p> <p>National governments are urged to develop National <u>pandemic</u>Action plans to address the following points: [AMA]</p>	
<p>a</p>	<p>Asegurar que exista capacidad local de diagnóstico y vigilancia para permitir un seguimiento continuo de la actividad de la gripe en el país.</p>	<p>Ensure that there is local capacity for diagnostics and surveillance to allow continuous surveying of influenza activity around the country; [CMA, SAMA]</p> <p>Ensure that there is <u>adequate</u> local capacity for <u>diagnostics</u> and surveillance to allow continuous <u>monitoring</u> surveying of influenza activity around the country [AMA]</p>	<p>Asegurar que exista capacidad local <u>adecuada</u> de diagnóstico y vigilancia para permitir un <u>monitoreo</u> continuo de la actividad de la gripe en el país.</p>
		<p><i>[Added paragraph]</i> <u>Consider the surge capacity of hospitals, laboratories, and public health infrastructure and improve them if necessary.</u> [AMA]</p>	<p><u>Considerar la capacidad de reacción de los hospitales, laboratorios e infraestructura de salud pública y mejorarla si es necesario.</u></p>

	<p>b Identificar los marcos legales y éticos como también la gobernanza relativa a la pandemia</p>	<p>Identify legal and ethical frameworks as well as governance structures in relation to the pandemic planning; [CMA]</p> <p>Develop and iIdentify legal and ethical frameworks as well as governance in relation to the pandemic. [AM]</p>	<p>Identificar los marcos legales y éticos como también las estructuras de gobernanza relativas a la planificación de la pandemia</p>
	<p>c Identificar los mecanismos y las autoridades pertinentes para intensificar las intervenciones para ralentizar la propagación del virus en la comunidad, como el cierre de colegios, cuarentena, cierre de fronteras, etc.</p>	<p>Identify the appropriate mechanisms, such as school closures, quarantine, border closures etc, and the relevant authorities to escalate interventions in order to slow the spread of the virus in the community such as school closures, quarantine, border closures etc [SwMA]</p> <p>Identify the mechanisms and the relevant authorities to escalate interventions to slow the spread of the virus in the community such as school closures, quarantine, border closures etc; [CMA, SAMA]</p> <p>Develop and iIdentify the mechanisms ... such as school closures, quarantine, border closures, etc; <i>[If other items should be listed, we prefer listing the specifics.]</i> [AM]</p> <p>Identify the mechanisms and the relevant authorities to initiate and escalate interventions to slow the spread of the virus in the community such as school closures, quarantine, border closures etc [AMA]</p>	<p>Identificar los mecanismos y las autoridades pertinentes para iniciar e intensificar las intervenciones para ralentizar la propagación del virus en la comunidad, como el cierre de colegios, cuarentena, cierre de fronteras, etc.</p>

<p>d</p>	<p>Preparar la comunicación de riesgos y las estrategias y mensajes para evitar el miedo y la ansiedad de la población y los medios de comunicación.</p>	<p>Prepare risk communication and crisis communication strategies and messages in anticipation of public and media fear and anxiety [SwMA]</p> <p>Prepare risk communication and crisis communication strategies and messages in anticipation of public and media fear and anxiety; [CMA]</p>	<p>Preparar la comunicación de riesgos y las estrategias y mensajes para evitar el miedo y la ansiedad de la población y los medios de comunicación.</p>
<p>e</p>	<p>Se insta también a los gobiernos a compartir los materiales biológicos, principalmente las cepas de virus y otros, para facilitar la fabricación de vacunas y asegurar su acceso a nivel mundial. Este proceso debe ser monitoreado y coordinado por la OMS.</p>	<p>Governments are also urged to sShare biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally, this process should be monitored and coordinated by the WHO. [BMA]</p> <p>Governments are also urged to sShare biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally; this process should be monitored and coordinated by the WHO. [CMA]</p> <p>Governments are also urged to share Processes that ensure appropriate sharing of biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production of and ensure access to vaccines globally, this. These processes should be monitored and coordinated by the WHO; [SwMA]</p> <p>Governments are also urged to share biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally;</p>	<p>Se insta también a los gobiernos a compartir los materiales biológicos, principalmente las cepas de virus y otros, para facilitar la fabricación de vacunas y asegurar su acceso a nivel mundial.</p>

		<p>Tthis process should be monitored and coordinated by the WHO. [SAMA]</p> <p>Governments are also urged to share biological materials namely virus strains and others, to facilitate the production and ensure access to vaccines globally, this process should be monitored and coordinated by the WHO. [This text has been modified and moved to an added paragraph after 6.a] [AMA]</p>	
f	<p>Asegurar que los esfuerzos de diagnóstico y vigilancia sean continuos y que existan suficientes reservas de vacunas.</p>	<p>Ensure that diagnostics and surveillance efforts are continued and that adequate enough-vaccine and antiviral stockpiles are established. [AMA]</p>	<p>Asegurar que los esfuerzos de diagnóstico y vigilancia sean continuos y que existan adecuadas reservas de vacunas y medicamentos antivirales.</p>
g	<p>Implementar protocolos para gestionar a los pacientes en la comunidad, clasificación en establecimientos de salud, gestión de ventilación y de desechos infecciosos</p>	<p>Protocols should be in place to manage patients in the community, triage in healthcare facilities, and for ventilation management, as well as handling of infectious waste [BMA]</p> <p>Protocols should be in place to manage patients in the community, triage in healthcare facilities, ventilation management, as well as handling of infectious waste [SwMA]</p> <p>... as well as handling of infectious waste; [CMA, SAMA]</p> <p>Establish pProtocols should be in place to manage patients in the community, carry out triage in healthcare facilities, provide ventilation management, as well as and handling of infectious waste [AMA]</p>	<p>Establecer protocolos para gestionar a los pacientes en la comunidad, realizar una clasificación en establecimientos de salud, proporcionar una gestión de ventilación y de gestionar los desechos infecciosos.</p>

h	La atribución de dosis de vacunas, antivirales y camas de hospital debe ser coordinada con los expertos.	The a Allocation of vaccine doses, antivirals and hospital beds should be coordinated with experts. [SwMA]	La atribución de dosis de vacunas, antivirales y camas de hospital debe ser coordinada con los expertos.
i	La prioridad de vacunación debe darse a los grupos de más alto riesgo, incluidos los que mantienen servicios básicos	Priority for vaccination should be given to the highest risk groups including those required to maintain essential services; including health care services. [CMA]	La prioridad de vacunación debe darse a los grupos de más alto riesgo, incluidos los que mantienen servicios básicos, <u>incluidos los servicios de salud.</u>
j	Proporcionar orientación e información oportunas a los departamentos de salud regionales, organizaciones de salud y médicos	Provide g Guidance and timely information to regional health departments, health care organizations, and physicians. [SwMA]	Proporcionar orientación e información oportunas a los departamentos de salud regionales, organizaciones de salud y médicos.
k	Prepararse para un aumento de la demanda de servicios de salud, en especial si la gravedad de la enfermedad es alta. En este caso, la clasificación por prioridad y la coordinación de los recursos disponibles es esencial	<p>PreparePreparation for an increase in demand for healthcare services especially if clinical severity of the illness is high. In thissuch cases prioritization and coordination of available resources is essential. [SwMA]</p> <p>... In this case prioritization and coordination of available resources is essential. This may include tapping into private sector capacity where state resources are insufficient. [SAMA]</p> <p>Prepare for an increase in demand for healthcare services and absences of health care providers, especially if clinical severity of the illness is high. In this case prioritization and coordination of available resources is essential. [AMA]</p>	Prepararse para un aumento de la demanda de servicios de salud <u>y la falta de profesionales de la salud,</u> en especial si la gravedad de la enfermedad es alta. En este caso, la clasificación por prioridad y la coordinación de los recursos disponibles es esencial. <u>Esto puede incluir aprovechar la capacidad del sector privado cuando los recursos estatales son insuficientes.</u>

l	Asegurar que exista un financiamiento adecuado para la preparación y respuesta	<p>Ensure aAdequate funding is allocated for preparedness and response [SwMA]</p> <p>Ensure adequate funding is allocated for preparedness and response; [CMA, SAMA]</p> <p>Ensure adequate funding is allocated for preparedness and response <u>of pandemics and their health and social consequences.</u> [CGCM]</p> <p>Ensure adequate funding is allocated for <u>pandemic</u> preparedness and response [AMA]</p>	Asegurar que exista un financiamiento adecuado para la preparación y respuesta <u>a una pandemia y también a sus consecuencias sanitarias y sociales.</u>
m	Asegurarse que los mecanismos estén implementados para garantizar la seguridad de los establecimientos de salud, el personal y la protección de las cadenas de suministro de vacunas y antivirales, si es necesario	<p>Make sure that mMechanisms are in place to ensure the safety of healthcare facilities, <u>and</u> personnel and protection for <u>vaccines and antivirals</u> supply chains for vaccines and antivirals if needed. [SwMA]</p> <p>Make sure that mechanisms are in place to ensure the safety of healthcare facilities, personnel and protection for the supply chains for vaccines and antivirals if needed. [AMA]</p>	Asegurarse que los mecanismos estén implementados para garantizar la seguridad de los establecimientos de salud, el personal y las cadenas de suministro de vacunas y antivirales.
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>n. Promote and finance research to develop vaccines and effective treatments with lasting effects against the viruses that produce these pandemics.</u> [CGCM]	<u>n. Promover y financiar la investigación para desarrollar vacunas y tratamientos eficaces y de efectos duraderos contra la gripe.</u>
		<i>[Added paragraph:]</i> <u>o. Encourage collaboration between human and veterinary medicine in the</u>	<u>Fomentar la colaboración entre la medicina humana y la veterinaria en la</u>

		<p><u>prevention, approach and research of bird flu to achieve control of this and any other pandemic.</u> [CGCM]</p>	<p><u>prevención, la investigación y control de la gripe aviar.</u></p>
<p>8.</p>	<p>Se insta a las asociaciones médicas nacionales a:</p>	<p><u>National governments or, if necessary,</u> National Medical Associations are urged to: [RDMA]</p> <p><i>[In some countries, including the Netherlands, the actions mentioned below are performed by governmental organisations and not the NMA. Therefore RDMA would like to change the title as above] [RDMA]</i></p> <p>National Medical Associations <u>should have their own organization-specific business contingency plan in place to ensure continued support of their members, and</u> are urged to: [AM]</p>	<p>Se insta a las asociaciones médicas nacionales a:</p>
<p>a</p>	<p>Definir su participación en el plan nacional de preparación para la pandemia de gripe, que puede incluir un mayor desarrollo de capacidad en las comunidades de médicos, participación en elaboración de directrices y comunicación con los profesionales de la salud.</p>	<p>Delineate their involvement in the national pandemic influenza preparedness plan which can include increasing capacity building amongst the physician communities, participating in guideline development and communication with healthcare professionals. [BMA]</p> <p>Delineate their involvement in the national pandemic influenza preparedness plan, which can may include increasing capacity building amongst the physician community, participating in guideline development and communication with healthcare professionals. [SwMA]</p>	<p>Definir su participación en el plan nacional de preparación para la pandemia de gripe, que puede incluir un mayor desarrollo de capacidad en los médicos, participación en elaboración de directrices y comunicación con los profesionales de la salud.</p>

		Delineate their involvement in the national pandemic influenza preparedness plan which can <u>may</u> include increasing capacity building amongst the physician communities, ... [AMA]	
b	Ayudar a informar a la población a través de los medios y canales oficiales de comunicación.	Help educate the public about avian and pandemic influenza through the media and official channels of communication [SwMA]	Ayudar a informar a la población sobre la pandemia de gripe aviar.
c	Promote infection control practices amongst the public to slow the spread of influenza, including home confinement of infected patients, hand hygiene, cough etiquette etc;	<p>... hand hygiene, cough etiquette etc.; [CMA]</p> <p>... of infected patients, hand hygiene, cough etiquette, etc; <i>[If other items should be listed, we prefer listing the specifics.]</i> [AM]</p> <p>... of infected patients, hand hygiene, cough etiquette etc. [SAMA]</p>	
d	Cuando sea posible, las AMNs deben coordinar con otras organizaciones de profesionales de la salud y otras AMNs para identificar problemas comunes y políticas congruentes relativas a la preparación y respuesta a la pandemia de gripe	<p>When feasible, NMAs should coordinate with other healthcare professionals’ organizations as well as other NMAs to identify common issues and congruent policies regarding to pandemic influenza preparedness and response [BMA]</p> <p>When feasible, NMAs should coordinate with other NMAs as well as other healthcare professionals’ organizations as well as other NMAs to identify common issues and promote congruent policies regarding to pandemic influenza preparedness and response [SwMA]</p> <p>When feasible, NMAs should coordinate with other healthcare professionals’ organizations as well as other</p>	Cuando sea posible, coordinar con otras organizaciones de profesionales de la salud y otras AMNs para identificar problemas comunes y políticas congruentes relativas a la preparación y respuesta a la pandemia de gripe.

		<p>NMAs to identify common issues and congruent policies regardingrelated to pandemic influenza preparedness and response; [CMA]</p> <p>When feasible, NMAs should coordinate with other healthcare professionals’ organizations as well as other NMAs to identify common issues and congruent policies regarding to pandemic influenza preparedness and response [NMA]</p> <p>... regarding to pandemic influenza preparedness and response; [RDMA, SAMA]</p> <p>When feasible, NMAs should Coordinate with other healthcare professionals’ organizations ... [AMA]</p>	
e	<p>Cuando esté disponible, las AMNs deben considerar la implementación de estrategias de apoyo para los miembros involucrados en la respuesta, incluidos los servicios de salud mental, los equipos de intervención de urgencia y los suplentes, entre otros.</p>	<p>When available, NMAs should Consider the implementation of support strategies for members involved in the pandemic influenza response, including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locum local relief among others. [SwMA]</p> <p>When available, NMAs should consider the implementation of support strategies for members involved in the response including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locum relief among others; [CMA]</p> <p>When available, NMAs should consider the implementation of support strategies for members involved in the response including mental health</p>	<p>Considerar la implementación de estrategias de apoyo para los miembros involucrados en la respuesta, incluidos los servicios de salud mental, los equipos de intervención de urgencia y los suplentes.</p>

		<p>services, facilitation of health emergency response teams, and locum relief among others. [NMA]</p> <p>When available, NMAs should Consider implementing the implementation of support strategies for members involved in the response including mental health services, facilitation of health emergency response teams, and locum relief among others. [AMA]</p>	
f	<p>Las AMNs deben estar preparadas para defender a los miembros que durante una pandemia ven surgir nuevas necesidades profesionales que deben satisfacer a nombre de los pacientes y la población que se verán afectados por estos eventos.</p>	<p>NMAs should be prepared to Advocate, on behalf of members who, before and during a pandemic, for allocation of adequate resources to meet foreseeable and emerging needs of healthcare, patients and the general public, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events [SwMA]</p> <p>NMAs should be prepared to aAdvocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [CMA]</p> <p>NMAs should be prepared to advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events [NMA]</p> <p>NMAs should be prepared to advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly</p>	<p><u>Defender antes y durante una pandemia para la asignación de recursos adecuados a fin de satisfacer las necesidades previsibles y nuevas en salud, pacientes y la población en general.</u></p> <p><i>(Respuesta del coordinador a la pregunta de la RDMA: Durante las pandemias y los brotes, dado el estrés importante a que son sometidos los profesionales de la salud y los establecimientos, surgirán necesidades no contempladas por las autoridades, como falta de personal, educación y formación, equipos de protección personal, dosis de vacunas, suministro de antivirales, agotamiento, etc. Las AMNs</i></p>

		<p>emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [RDMA] <i>[RDMA does not understand what is meant by this sentence. Please clarify.]</i></p> <p>NMAs should be prepared to advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs - education, supplies, and manpower - that must be met and on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [AM]</p> <p>... on behalf of patients and the public who will be affected by the unfolding events. [SAMA]</p> <p>NMAs should be prepared to Advocate on behalf of members who, during a pandemic, will have rapidly emerging professional needs that must be met and on behalf of patients and the public who will also be affected by the unfolding events [AMA]</p>	<p><i>deben estar preparadas para defender a sus miembros para asegurar que se cubran las necesidades esenciales, pero también en representación de los pacientes y la población que al igual se ven afectados por la escasez, falta de suministros, necesidades de atención específica, etc.)</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> g. Encourage health personnel to protect themselves by vaccination [NMA]</p> <p><i>[It should not be necessary to repeat NMAs in the sub items, confer the headline. Not only physicians should be vaccinated (item 9b), but all health care personnel.]</i> [NMA]</p>	<p>g. Instar al personal de la salud a protegerse a través de la vacunación.</p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> g. Develop their own organization-specific business contingency plans to ensure continued support of their members. [AMA]</p>	<p>h. Elaborar sus propios planes de contingencia de organización para</p>

			asegurar el apoyo continuo de sus miembros.
9.	Médicos:		Médicos:
a	Los médicos deben conocer suficientemente las pandemias de gripe y los riesgos de transmisión, incluida la epidemiología local e internacional	Physicians must receive sufficient education so as to be sufficiently knowledgeable about pandemic influenza and transmission risks, including local and international epidemiology. [SwMA] Physicians must be sufficiently knowledgeable about pandemic influenza and transmission risks, including local, nacional and international epidemiology. [CMA]	a. Los médicos deben conocer suficientemente las pandemias de gripe y los riesgos de transmisión, incluida la epidemiología local, nacional e internacional
b	Los médicos deben implementar medidas de control de la infección y vacunación si están disponibles, a fin de proteger a su personal y a ellos mismos durante las pandemias de gripe y de temporadas	Physicians should implement infection control practices and vaccination if available , to protect themselves as well as other staff members during both seasonal and pandemic influenza. [SwMA] Physicians should implement infection control practices and vaccination if available be vaccinated in order to protect themselves as well as other staff members during outbreaks of both seasonal and pandemic influenza. [AMA]	b. Los médicos deben implementar medidas de control de la infección y vacunación si están disponibles , a fin de proteger a su personal y a ellos mismos durante las pandemias de gripe y brotes de temporadas.
c	Los médicos deben participar en la planificación y preparación de las pandemias de gripe locales/regionales	Physicians must should, to the extent possible , participate in local/regional pandemic influenza preparedness planning [SwMA]	c. Los médicos deben participar en la planificación y formación para la preparación de las pandemias de gripe locales/regionales

		<p>Physicians must participate in local/regional pandemic influenza preparedness planning and training. [AM]</p> <p>Physicians must participate and remain involved in local/regional pandemic influenza preparedness planning [AMA]</p>	
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>d. In case of epidemic, physicians for ethical and professional reasons, will not abandon any patient who needs their care, unless forced to do so by the competent authority or there is an imminent and unavoidable vital risk to their persons.</u> [CGCM]</p>	<p><i>(Respuesta del coordinador a la CGCM: Dejo a las AMNs la decisión de incluir esto en la política, no obstante, desde la perspectiva científica, hay categorías de médicos y profesionales de la salud que pueden tener ciertos estados de salud que los pondrían a alto riesgo si se contagian la gripe, como las embarazadas, personal con VIH o trasplantados, de modo que se debe tener cuidado con una afirmación generalizada.)</i></p>
		<p><i>[Added paragraph:]</i> <u>d. Develop contingency plans to deal with possible disruptions in essential services and personnel shortages.</u> [AMA]</p>	<p><u>d. Elaborar planes de contingencia para enfrentar las posibles interrupciones de los servicios básicos y la falta de personal.</u></p>

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: SMAC 209/Nuclear Weapons/Apr2018	Original: Inglés
Título: Revisión propuesta de la Declaración sobre las Armas Nucleares	
Destinado a: Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26 -28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	La Declaración sobre las Armas Nucleares fue adoptada en 1998 y enmendada en 2008 y 2015. La revisión propuesta de la Asociación Médica de Japón ha sido preparada en consulta con la International Physicians for the Prohibition of Nuclear Weapons (IPPNW) en el marco de la reciente adopción del Tratado de la ONU sobre la prohibición de armas nucleares Los cambios están subrayados en negritas o tachados.

INTRODUCCION

Las Declaraciones de la AMM de Ginebra, Helsinki y Tokio aclaran las dudas y responsabilidades de la profesión médica para preservar y salvaguardar la salud del paciente y consagrarse al servicio de la humanidad. **Por lo tanto, y en vista de las catastróficas consecuencias humanitarias que tendría todo uso de armas nucleares y la imposibilidad de una respuesta significativa y humanitaria,** la AMM considera que tiene el deber de trabajar para obtener la eliminación de las armas nucleares.

RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la AMM:

1. Condena el desarrollo, ensayo, producción, almacenamiento, traslado, despliegue, amenaza y utilización de armas nucleares.
2. Pide a todos los gobiernos que se abstengan de desarrollar, ensayar, producir, almacenar, trasladar, desplegar, amenazar y utilizar armas nucleares, y que se dediquen de buena fe a eliminar las armas nucleares.
3. Informa a todos los gobiernos que incluso una guerra nuclear limitada produciría un inmenso sufrimiento humano y muchas muertes con tendría efectos catastróficos para el ecosistema de la tierra, lo que podría disminuir el abastecimiento de alimentos y pondría en riesgo de hambre a una importante parte de la población mundial.

4. **Está muy preocupada por los planes para conservar indefinidamente y modernizar los arsenales nucleares, la ausencia de avances en el desarme nuclear en los Estados que poseen armas nucleares y los crecientes peligros de una guerra nuclear, ya sea intencionada, incluido el ciberataque, involuntaria o accidental.**
5. **Aprecia el Tratado para la prohibición de las armas nucleares y se une a otros en la comunidad internacional, incluido el movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, Médicos internacionales para la prevención de la guerra nuclear, Campaña internacional para abolir las armas nucleares y una gran mayoría de los países miembros de las Naciones Unidas para llamar, como misión de los médicos, a todos los Estados a firmar, ratificar o acceder pronto e implementar fielmente el Tratado para la prohibición de las armas nucleares.**
6. Insta a todas las asociaciones médicas nacionales a unirse a la AMM para apoyar esta declaración y utilizar todos los recursos educacionales disponibles para informar a la opinión pública e instar a sus respectivos gobiernos a cooperar para lograr la eliminación de las armas nucleares.
7. Pide a todas las asociaciones médicas nacionales que se unan a la AMM para apoyar esta Declaración y que insten a sus respectivos gobiernos para que cooperen **urgentemente** en la prohibición y la eliminación de las armas nucleares, **al sumarse e implementar el Tratado de las Naciones Unidas para la prohibición de las armas nucleares.**

12.03.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento:	SMAC 209/Maternal & Child Health/Apr2018	Original: Inglés
Título:	Proyecto de Declaración sobre la Elaboración y promoción de una guía de salud materna e infantil	
Destinado a:	Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota:	Este documento fue presentado por la Asociación Médica de Japón.	
Políticas relacionadas:	- Declaración de Ottawa sobre Salud del Niño - Declaración sobre el Apoyo a la Salud de los Niños de la Calle - Declaración sobre la Obesidad de los Niños	
Palabras clave:	Salud materna e infantil, guía, madre, hijo, continuidad de la atención.	

INTRODUCCION

1. La AMM considera que tanto la continuidad de la atención como el empoderamiento de la familia son necesarios para mejorar la salud y el bienestar de la madre y el hijo. La disminución de la tasa de mortalidad materna y las muertes infantiles ha sido un objetivo importante de los MDGs. Las disminuciones de la proporción de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal y de mortalidad de menores de cinco años también han sido metas importantes a lograr en los Objetivos de Desarrollo Sustentable (SDGs).
2. En 1948, Japón fue el primer país en el mundo en elaborar y distribuir la guía de salud materna e infantil (MCH) para proteger la salud de la madre y del hijo. Esta guía incluyó información sobre embarazo, periodos neonatales y pediátricos del hijo, registros de crecimiento personal y vacunación, también educación en salud, todo en un libro que se guardaba en casa.
3. Existen ahora aproximadamente 40 versiones en países de la guía MCH, todas adaptadas a la cultura local y el contexto socio-económico. El uso de las guías MCH, en particular en los países con ingresos bajos y medios, ha contribuido a mejorar los conocimientos de las madres sobre temas de salud materna e infantil y a cambiar las conductas durante el embarazo o el parto.
4. La guía MCH puede promover la salud de las embarazadas, recién nacidos y niños al utilizarla como una herramienta para reforzar la continuidad de la atención. Los médicos

pueden tomar mejores decisiones al consultar el historial del paciente y la información de salud registrada en la guía MCH. El beneficio de la guía debe compartirse con más países.

5. En Japón, se está adoptando progresivamente una guía digital. También se espera utilizarla en consideración de la confidencialidad de la información de salud de cada paciente.

RECOMENDACIONES

1. La AMM recomienda que las asociaciones miembros constituyentes insten a las autoridades de salud y las instituciones de salud a reconocer que la guía MCH es una herramienta importante para ayudar a la promoción de la salud de las madres, recién nacidos y niños.
2. La AMM recomienda que las asociaciones miembros constituyentes y los profesionales médicos promuevan la utilización de la guía MCH para que nadie quede atrás en los SDGs, como los analfabetos, familias migrantes, refugiados, minorías, madres, recién nacidos y niños en zonas remotas.
3. Al utilizar la guía MCH, en formato digital o impreso, la confidencialidad de la información de salud de la persona y la privacidad de las madres y niños deben estar estrictamente protegidas.



20.03.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: SMAC 209/Pseudosciences/Apr2018 Título: Proyecto de Declaración de la AMM sobre Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias	Original: Inglés
Destinado a: Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración
Nota: Esta es una propuesta del Consejo de Colegios Médicos de España presentada dentro del plazo para asuntos nuevos. El Comité de Revisión consideró la propuesta y pidió al CCME añadir más información al documento (inclusión/clarificación de términos)	
Palabras clave:	Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo, Sectas
Breve resumen:	<p>Vivimos en sociedades desarrolladas / en vías de desarrollo en las que, gracias a los avances científicos, hemos progresado notablemente en el tratamiento y alivio de las numerosas enfermedades que aquejan al ser humano.</p> <p>Los Sistemas Sanitarios y de Seguridad Social están basados en la Medicina científica convencional ; en el ámbito sanitario es muy importante preservar las diferentes legislaciones y Sistemas Nacionales , ya que es una de nuestras riquezas: no se debe poner en tela de juicio el apego de la población a sus sistemas y sus tradiciones.</p> <p>Ante la carencia de medicamentos en ciertos países en desarrollo, puede resultar justificado el uso de plantas medicinales (cuándo su uso esté respaldado por evidencias de efectividad e inocuidad) y, por supuesto, la Medicina tradicional e indígena en poblaciones / países que no disponen de otros medios ni Sistemas Sanitarios. En este sentido la Medicina denominada tradicional / complementaria, también se debe basar en pruebas científicas para que se la pueda considerar una parte integral de la Atención sanitaria (<i>Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023- Organización Mundial de la Salud</i>).</p> <p>El concepto de pseudociencia (falsa ciencia) reúne a las creencias o prácticas que sin seguir un método científico válido y reconocido se presentan falsamente como científicas. La principal característica de este tipo de prácticas o creencias es que no se las puede aseverar como verdaderas porque no existen maneras fiables de demostrar con un método científico válido</p>

aquello que proponen o insinúan o carecen de estatus científico.

Se denomina **Pseudociencia** al conjunto de conocimientos, métodos, creencias o prácticas erróneamente consideradas como basadas en el método científico y que no pueden ser corroboradas por la comunidad científica. (Definición basada en el Oxford American Dictionary).

Para Karl Popper, filósofo austríaco y padre del racionalismo crítico, la frontera entre ciencia y no-ciencia está en la forma en que las teorías científicas hacen enunciados y predicciones comprobables y por tanto falseables y son desechadas o refutadas cuando no pasan esas comprobaciones. **El carácter de pseudo-ciencia no viene dado por el tema en sí, sino por las afirmaciones en base a las cuáles se construye su estudio.**

Se definen como **pseudoterapias**, en sentido amplio, aquellas propuestas de cura de enfermedades, alivio de síntomas o mejora de salud con procedimientos, técnicas, productos o sustancias basadas en criterios sin el respaldo de la evidencia científica disponible que demuestre su efectividad (simulaciones de tratamientos con supuestos medicamentos, técnicas basadas en fantasías, absurdos lógicos, falsificaciones, técnicas de manipulación de la mente ó las emociones, uso de productos prohibidos o tóxicos, etc.).

Las pseudoterapias, ofrecidas por sanitarios y no sanitarios, constituyen una oferta terapéutica sin el apoyo científico necesario para avalar su validez ni utilidad. El impacto real sobre la sociedad es afortunadamente pequeño pero debe ser conocido y analizado para prevenir su extensión. **Ningún sanitario debería ofrecer pseudoterapias en su práctica clínica.**

El **intrusismo profesional** se basa en la realización de los actos propios de la profesión médica sin tener capacitación y titulación para ello.

En relación con la profesión médica, cabe señalar que, en sentido estricto, el acto médico se integra por la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades mediante la utilización del método científico-experimental propio del arte médico oficial que se imparte en las Facultades de Medicina.

Existe un preocupante aumento del intrusismo en la profesión médica apoyado en el uso de las nuevas tecnologías y en la insuficiente regulación y limitación de estas prácticas.

El intrusismo en medicina tiene connotaciones especiales por afectar directamente a la salud de los ciudadanos y por tanto poner en riesgo un bien de interés público. Las administraciones sanitarias y las organizaciones profesionales reguladas y colegiadas, tienen su responsabilidad en la protección de la salud de los ciudadanos y por consiguiente en evitar y combatir el intrusismo sanitario.

Introducción

1. Las pseudociencias y pseudoterapias, en general, no están reconocidas por las autoridades sanitarias de la mayoría de los países o lo están en diferente grado y con frecuencia están rodeadas de prejuicios y gran polémica crítica sobre la racionalidad científica en la que se sustentan.
2. La mayoría de los países no disponen de un marco regulatorio lo que ha permitido la proliferación de pseudoterapias / pseudociencias. Las considerábamos inofensivas, porque no tenían efectos secundarios, pero hay más evidencias que muestran que no son tan inofensivas y que están generando problemas. Es necesario una nueva regulación que ponga coto a la proliferación a las mismas.
3. Las pseudoterapias utilizan diversos mecanismos para tener una apariencia de eficacia: la evolución natural de la enfermedad, la regresión a la media, la inducción de mecanismos propios del efecto placebo, entre otros; hacen creer a algunos pacientes una relación causa-efecto entre las pseudoterapias y la percepción de mejoría.
4. Estas pseudoterapias basadas en la “falsa ciencia “, representan un gran peligro por varias razones:
 - 4.1 Existe el riesgo de que los pacientes abandonen terapias médicas efectivas por prácticas que no han demostrado / carecen de valor curativo, y esto puede ocasionar graves problemas de salud e incluso la muerte.
 - 4.2 La posibilidad más que frecuente de retrasos peligrosos y “pérdida de oportunidad “en la aplicación de fármacos, procedimientos y técnicas reconocidas y avaladas por la comunidad científica.
 - 4.3 Independientemente del abandono de un tratamiento médico, algunas pseudoterapias pueden tener efectos negativos sobre la salud.
 - 4.4 Suelen producir daños económicos o morales en los pacientes.
 - 4.5 El encarecimiento de los procesos, que reciben atención múltiple.
 - 4.6 El intrusismo en la profesión médica, con un preocupante aumento con el uso de Internet, solo puede ser combatido con leyes. Se necesitan políticas de los gobiernos que sean poco tolerantes con estas prácticas y una implicación real de las administraciones.
 - 4.7 Las sectas están habitualmente relacionadas con las prácticas de Pseudociencias y Pseudoterapias.
5. Una definición actual y más amplia de la “Seguridad en la atención a los pacientes “incluye: el aumento de las posibilidades del paciente de recibir una atención adecuada y basada en la evidencia. Cualquier obstáculo al acceso a este tipo de atención puede considerarse como una pérdida de oportunidad y, por tanto, como un posible fallo del sistema de salud, que debe ser abordado y corregido. Es responsabilidad de las Administraciones de los Estados, pero también de las Corporaciones profesionales, SSCC y Asociaciones de Pacientes implicarse en tal cometido.

Recomendaciones

6. Considerando que la AMM, las AMNs y de la profesión médica en general deben conocer y ser conscientes de este problema y sus repercusiones sanitarias y sociales, dada su proliferación y consecuencias.

7. Considerando el compromiso de la AMM, de las AMNs y de la profesión médica y su responsabilidad con la salud y con la protección de la salud individual y colectiva, se efectúan las siguientes recomendaciones:
8. Los médicos deben seguir ejerciendo la medicina como servicio basado en el conocimiento científico crítico aplicado, en la destreza en el campo técnico especializado y en actitudes y comportamientos éticos, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la ordenación y regulación de la profesión médica.
9. El riesgo de asumir que las pseudoterapias / pseudociencias tienen un papel en el adecuado tratamiento del sufrimiento humano que va unido al debate ético del papel del placebo en la terapéutica. La razón ética debe formar parte de la razón científica y sin la primera no puede construirse la segunda.
10. La AMM y las AMNs deben recomendar a las autoridades nacionales que no financien este tipo de supuestos tratamientos” ya que los sistemas de salud no deben reembolsar los gastos derivados de estas pseudoterapias, salvo que se demuestre que son eficaces, efectivas, tienen evidencia contrastada, mediante pruebas rigurosas y son seguras.
11. En la línea del CPME position paper on complementary and alternative treatments (CPME/AD/Board/26052015/130_Final/EN). Todos los tratamientos existentes deben ser constantemente re-evaluados por eficacia y seguridad. Todos los nuevos métodos diagnósticos o terapéuticos deben probarse de acuerdo con métodos científicos y principios éticos (tal como se recomienda en la Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos-última declaración 64ª AG, Fortaleza, Brasil, oct.2013).Se ha de llevar a cabo un estudio exhaustivo sobre la inocuidad, la efectividad, la eficacia, el ámbito de aplicación y el carácter supuestamente alternativo y/o complementario de todas las terapias y técnicas no convencionales.
12. La Medicina tradicional e indígena en poblaciones que no disponen de otros medios ni Sistemas Sanitarios, también se debe basar en pruebas científicas para que se la pueda considerar una parte integral de la Atención sanitaria. Es por ello que debe prestarse apoyo a la investigación y el desarrollo en este ámbito tal y como lo recoge la “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023”.
13. El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica y de igual manera, deben ofrecer el mejor tratamiento posible basado en evidencia científica. En éste sentido la Declaración de Ginebra de la AMM y el Código Internacional de Etica Médica deben ser referentes en la atención médica ética, de calidad y por la seguridad del paciente.
14. El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, por calidad en la atención y seguridad del paciente; el cual ha de estar debidamente informado y ser partícipe de las decisiones terapéuticas mejores dentro de las posibles, en cada proceso.
15. La profesión médica necesita profundizar en aspectos como la relación médico – paciente, la comunicación personal y social, la confianza mutua y la humanización de la asistencia sanitaria centrada en la persona, con respeto a las decisiones y autonomía del paciente, para evitar la

desviación de estos hacia las pseudociencias y pseudoterapias, explicándoles los riesgos y peligros de estas para su salud y su propia vida.

16. Los médicos deben saber que algunos grupos de pacientes, como pacientes con cáncer, enfermedades psiquiátricas o enfermedades crónicas graves y niños, son particularmente vulnerables a los riesgos asociados con las prácticas alternativas y/o complementarias no contrastadas con métodos de evidencia basada en el método científico convencional.
17. El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente. No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida.
18. El médico tiene la obligación de informar al paciente de que las prácticas tradicionales no convencionales, alternativas y/o complementarias no son una especialidad dentro de la medicina científica y, por lo tanto, las formas de capacitación certificada dentro de estas áreas no constituyen una capacitación especializada reconocida por la comunidad científica ni legalmente en la mayoría de los países; ni forman parte, en sensu estricto de los contenidos propios del Acto Médico.
19. Ante la práctica de las denominadas "Pseudociencias / Pseudoterapias" es preciso recordar que:
 - a. Todo Acto médico está sujeto a la *Lex Artis ad hoc*.
 - b. Todo Acto médico exige que el médico esté "legítimamente capacitado".
 - c. Un Acto médico exige una relación de confianza y buena práctica del médico con sus pacientes.
 - d. El médico que ejerza y aplique técnicas o terapias no avaladas por la Comunidad Científica, tiene el deber de informar adecuadamente a sus pacientes y asumir todas las obligaciones legales, profesionales y deontológicas (CDM) que marcan la actividad médica de la *lex artis ad hoc*.
 - e. Plantear la necesidad de establecer una definición más clara de este tipo de pseudoterapias / pseudociencias y de una adecuada regulación por ser demasiado laxa, permisiva o inexistente.
 - f. El intrusismo en la profesión médica, con un preocupante aumento con el uso de Internet, solo puede ser combatido con leyes. Se necesitan políticas de los gobiernos que sean poco tolerantes con estas prácticas y una implicación real de las administraciones.
20. Una definición actual y más amplia de la "Seguridad en la Atención a los pacientes" incluye: el aumento de las posibilidades del paciente de recibir una atención adecuada y basada en la evidencia, cualquier obstáculo al acceso a este tipo de atención (pseudoterapias y pseudociencias sin evidencia científica) puede considerarse como una pérdida de oportunidad y, por tanto, como un posible fallo del sistema de salud, que debe ser abordado y corregido. Es responsabilidad de las Administraciones de los Estados, pero también de las Corporaciones profesionales, SSCC y Asociaciones de Pacientes, implicarse en tal cometido. Se recomienda:
 - a. Denunciar todos los actos de intrusismo profesional, todas las actividades de las pseudoterapias y las pseudociencias que ponen en riesgo la salud pública de la población, así como la mala praxis, la publicidad engañosa y las webs no acreditadas que oferten servicios

y/o productos que pongan en riesgo la salud de los pacientes y/o se puedan considerar fraudulentas.

- b. Las AMNs y la AMM deben hacer frente a las pseudoterapias/ técnicas de manipulación de la mente ó las emociones, con alto componente sectario (Nueva Medicina Germánica – NMG- Método Hammer y sus variantes de la Bioneuroemoción y la Biodescodificación (Teoría emocional de la enfermedad), así como las que puedan contener publicidad engañosa sobre curación del cáncer mediante la utilización de productos no autorizados (MMS (Miracle Mineral Solution – Clorito sódico al 28%). Todas ellas han de ser “expresamente excluidas “de cualquier circuito sanitario y de salud y consideradas, a todos los efectos, atentado contra la salud pública y la seguridad de los pacientes.

- 21. Los Estados deben establecer disposiciones más estrictas que protejan a los pacientes tratados con prácticas tradicionales no convencionales, complementarias y/o alternativas. Cuando se descubre que es dañino, debe haber un mecanismo que detenga o limite considerablemente cualquier tratamiento denominado complementario y/o alternativo específico para proteger la salud pública.



10.04.2018

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Documento: SMAC 209/Policy Review 2008/Apr2018	Original: Inglés
Título: Revisión anual de políticas 2008: Recomendaciones recibidas sobre documentos SMAC	
Destinación: Comité de Asuntos Médico-Sociales 209ª Sesión del Consejo Radisson Blu Latvija Hotel Riga, Letonia 26-28 de abril de 2018	Medidas necesarias: Para consideración

El proceso de revisión de políticas requiere una revisión de todas las políticas al menos cada 10 años.

Lo primero es pedir la opinión de las asociaciones miembros para ver si la política necesita a) reafirmarse, b) cambios menores, c) revisión importante o d) cancelación y archivo. El 6 de febrero de 2018 se envió un memo a las AMNs para que recomendaran la clasificación de las políticas de 2008. El resultado de esta consulta es el siguiente:

1) Lista de las AMNs que respondieron (26):

Australian Medical Association (AuMA)	Norway Medical Association (NMA)
Bangladesh Medical Association (BaMA)	Netherlands medical Association (RDMA)
Canadian Medical Association (CMA)	Consejo General de Colegios Médicos de España (CGCM)
Conseil National de l'Ordre des Médecins France (CNOM)	Swedish Medical Association (SwMA)
Danish Medical Association (DMA)	Taiwan Medical Association (TMA)
Israeli Medical Association (IsMA)	Medical Association of Thailand (MAT)
Japan Medical Association (JMA)	Turkish Medical Association (TuMA)
Korean Medical Association (KMA)	British Medical Association (BMA)
Kuwait Medical Association (KuMA)	Vatican Medical Association (AMV)
German Medical Association (GMA)	Pakistan Medical Association (PkMA)
Austrian Medical Chamber (AMC)	Finnish Medical Association (FMA)
Rwanda Medical Association (RMA)	American Medical Association (AMA)
Colegio Médico de México (CMM)	The South African Medical Association (SAMA)

2) Abreviaturas:

Acceso de la mujer: Resolución sobre el Acceso de la mujer y el niño a la atención médica y la función de la mujer en la profesión médica

Veterinaria: Resolución sobre la Colaboración entre la medicina humana y veterinaria

Amapolas:	Resolución sobre el Proyecto de amapolas para la medicina en Afganistán
Crisis económica:	Resolución sobre la Crisis económica: consecuencias para la salud
Minas:	Resolución en Apoyo a la Convención de Ottawa
Sodio:	Declaración sobre la Disminución del consumo de sal en la alimentación
Mercurio:	Declaración sobre la Disminución del daño producido por el mercurio
Medicamentos AM:	Declaración sobre la Resistencia a los medicamentos antimicrobianos
Violencia:	Declaración sobre la Violencia y la salud

3) Comentarios de las AMNs:

Acceso de la mujer

(JMA) La JMA considera que las “resoluciones” no deben tener una revisión importante porque han sido adoptadas en el contexto de su tiempo. Esta resolución debe ser reafirmada sin cambios, luego podemos centrarnos en la nueva Declaración sobre la Mujer en medicina.

(KMA) Debido a razones religiosas y culturales, las mujeres y los niños en muchos países todavía son discriminados. Sin embargo, el acceso al empleo, educación y salud son derechos humanos básicos que se aplican a todas las personas, por lo que es deseable que la AMM haga esfuerzos concertados para promover los derechos humanos de las mujeres y los niños.

(KuMA) La resolución no es contradictoria con el proyecto de declaración de la IsMA y la resolución está bien tal cual, ya que la participación de mujeres y el liderazgo en medicina debe ser mencionado en ambos documentos.

(BMA) Es necesario contextualizar la declaración y hacerla pertinente para los temas y desafíos que enfrentan los médicos, en particular las doctoras. Hay más barreras para el avance de las mujeres a puestos de dirección, el efecto de tomar tiempo para ocuparse de los niños/parientes, el impacto del trabajo parcial debido a las responsabilidades de atención. En cuanto al acceso de la mujer a los servicios de salud, aunque existen ejemplos específicos de la falta de acceso – servicios de aborto en Irlanda del Norte, no es correcto decir que es “todo” atención médica. La redacción sobre discriminación también debe ser actualizada y aclarar la discriminación contra los médicos y pacientes/público.

(RDMA) Estamos de acuerdo en que los temas de acceso a la atención médica para los niños y las mujeres por un lado y las mujeres que trabajan en medicina deben ser tratados por separado. Por esto, estamos de acuerdo en reafirmar con cambios importantes esta resolución sobre acceso a la salud.

Veterinaria

(AuMA) No expresa opinión.

(DMA) Recomendamos una *revisión importante* en lugar de *cambios menores*. La descripción de Una Salud debe actualizarse y sugerimos que las recomendaciones incluyan una afirmación sobre la importancia de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos.

(JMA) Los mismos comentarios anteriores se aplican a esta resolución.

(KMA) La colaboración entre la medicina humana y veterinaria debe realizarse en la educación

médica (medicina veterinaria), investigación clínica, salud pública e investigación y desarrollo. En caso de ocurrencia de enfermedades infecciosas, es necesario tomar medidas paliativas a través de una estrecha cooperación entre las organizaciones de medicina humana y veterinaria.

(RDMA) Estamos de acuerdo con cambios menores, aunque no entendemos lo que propone el secretariado con respecto a la introducción y enfermedades infecciosas. La resolución ya estipula: “La mayoría de las enfermedades infecciosas emergentes, incluidos los agentes bioterroristas, son zoonosis”.

Crisis económica

(CMA) Estamos de acuerdo con esta política.

(BMA) Obsoleto. Sentimiento importante.

Sodio

(JMA) Como lo afirma el Secretariado, la información queda rápidamente obsoleta, por lo que debemos evitar incluir información específica en la Declaración. Sin embargo, es absurdo eliminar información porque fue útil al menos cuando la declaración fue adoptada. Para actualizar el tema del consumo del sodio, sería mejor elaborar una nueva declaración.

(CNOM) Sugerimos que el Dr. Ellena sea coordinador para la revisión de esta política. El CNOM propone dos coordinadores : Drs Ahr et Ellena sobre la resistencia a los antibióticos y sobre el consumo alimentario de la sal.

(KuMA) Actualizar la información y las recomendaciones en base a la literatura actual.

(SwMA) Estamos de acuerdo en que la información que queda obsoleta rápidamente debe ser eliminada de la política.

(RDMA) Creemos que es importante basar lo añadido en evidencia científica adecuada.

Mercurio

(JMA) Japón implementa el Convenio de la ONU Minamata sobre el Mercurio (2013) y estamos de acuerdo a referirse a este convenio en la Declaración. Sin embargo, no es necesario referirse a la Declaración sobre Degradación ambiental y manejo de productos químicos.

(KMA) En Corea aconsejamos no utilizar aparatos y productos que contienen mercurio, incluido el medidor de tensión arterial, termómetros, batería y equipo experimental. Es necesario que la AMM mantenga su política sobre prohibición del uso de mercurio en aparatos y productos en las mujeres en edad fértil y niños.

Medicamentos AM

(BMA) Necesita actualizarse con los últimos avances a nivel internacional.

(JMA) Está bien referirse al WHO Report on Surveillance (2014). También se debe mencionar el concepto de “una salud”. En Japón ya se ha implementado un plan nacional intersectorial para abordar el tema de la resistencia microbiana.

(CNOM) Sugerimos que el Dr. Ahr sea coordinador para la revisión de esta política.

(KuMA) Actualizar la información y recomendaciones en base a la literatura actual.

(RDMA) Consideramos que mencionar el tamaño de este paquete de esta medicina sería demasiado detalle para una Declaración de la AMM. Además, esto parece decidirlo el médico que prescribe.

Violencia

(JMA) Esta declaración aborda el tema de la violencia y la salud en general, mientras que los otros documentos relativos a la violencia tratan los detalles. Reiteramos que mencionar los documentos relacionados en la introducción llevará a un trabajo eterno e innecesario. La información en la introducción cambiará rápidamente y debe eliminarse. Cada documento puede existir de manera independiente y no es necesario combinarlos.

(RDMA) Proponemos no incluir específicamente la violencia contra el personal de salud, ya que no se puede afirmar que es peor a otro tipo de violencia. Además, no estamos seguros si el énfasis en las consecuencias económicas es apropiado, puesto que esto no es el resultado más grave de la violencia. Consideramos que es importante que la AMM enfatice que la violencia de alguien contra otro es intrínsecamente mala y perjudicial para todos.

4) Clasificación de las AMNs

Nombre de la Política AMNs	Acceso de la mujer	Veterinaria	Amapolas	Crisis económica	Minas	Sal	Mercurio	Medicamentos AM	Violencia
AMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
AMC	C	B	D	D	A	C	B		
AuMA	C		D	D	A	C	B	C	C
BaMA	A	A	A	A	A	A	A	A	A
BMA	C	B	D	D	A	B	B	C	C
CGCM	C	B	D	D	A	C	B	C	
CMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
CMM	C	B	D	D	A		B	A	A
CNOM	C	A	D	D	A	C	B	C	C
DMA	C	C	D	D	A	C	B	C	C
GMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
FMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
IsMA		B	D	D	A	C	B	C	C
JMA	A	A	D	D	A	A	B	C	C
KMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
KuMA	A	B	D	D	A	C	A	C	C
NMA	C	B	D	D	A	A			
PkMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
RDMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C

RMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
SAMA	C	B	B+D	D	A			C	C
SwMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
TMA	C	B	D	C+D	A	C	B	C	C
MAT	A	A	A	A	A	A	A	A	A
TuMA	C	B	D		A	B	B	C	B
VMA	C	B	D	D	A	C	B	C	C
TOTAL	25	25	26	25	26	24	24	24	23

5) Resumen de la clasificación

Nombre de la Política	Acceso de la mujer	Veterinaria	Amapolas	Crisis económica	Minas	Sal	Mercurio	Medicamentos AM	Violencia
Clasificación									
Reafirmar (a)	4	4	2	2	26	4	3	3	3
Reafirmar con cambios menores (b)		20	1			2	21		1
Revisión importante (c)	21	1		1		18		22	19
Cancelar y archivar (d)			24	23					
Clasificación propuesta en base a las recomendaciones de los miembros	C	B	D	D	A	C	B	C	C

Conforme a esta respuesta, el comité debe recomendar al Consejo una clasificación para estas políticas en SMAC.

El Secretariado puede ocuparse de una política que necesite cambios menores y que será enviada a las asociaciones miembros para comentarios y considerada en las reuniones del comité y del Consejo en octubre de 2018. Invitamos a las AMNs a ser voluntarias, ya sea individualmente o en grupo de trabajo, para realizar una revisión importante. La recomendación de cancelar y archivar será presentada a la Asamblea en octubre de 2018 para adoptar una decisión final.



