# Manual de Políticas de la AMM

**Asociación Médica Mundial, Inc.**

## Historial de versiones

© Asociación Médica Mundial

**Versión 2011, Montevideo; impresa en Diciembre de 2011**
**Versión 2012, Bangkok; impresa en Octubre de 2012**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-2002-04-2002 por D-2002-04-2012 | Tecnología avanzada (enmendada en 2012) |
| S-1956-01-2006 por S-1956-01-2012 | Conflicto armado (enmendada en 2012) |
| R-2002-05-2002 por R-2002-05-2012 | Abuso de la psiquiatría (enmendada en 2012) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

| | |
|---|---|
| R-2002-03-2002 | Servicios de atención médica en Afganistán |
| R-2002-04-2002 | Organización Panamericana de la Salud |

- Adición de las políticas adoptadas por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

| | |
|---|---|
| S-2012-01-2012 | Cigarrillos electrónicos |
| S-2012-02-2012 | Acción colectiva de los médicos |
| S-2012-03-2012 | Esterilización forzada |
| S-2012-04-2012 | Donación de órganos y tejidos |
| S-2012-05-2012 | Prioridad de la inmunización |
| S-2012-06-2012 | Violencia en el sector de la salud |
| R-2012-01-2012 | Precio mínimo para el alcohol |
| R-2012-02-2012 | Envoltorio neutro de los cigarrillos |
| R-2012-03-2012 | Pena de muerte |
| R-2012-04-2012 | Profesor Cyril Karabus |

**Versión 2013-1, Bali; impresa en Abril de 2013**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1981-02-1999 por D-1981-02-2010 | Corrección (en 2010 se reafirmó, sin modificaciones) |
| S-2003-02-2003 por S-2003-02-2013 | Testamentos Vitales (reafirmada en 2013) |
| R-2002-01-2002 por R-2002-01-2013 | Eutanasia (reafirmada en 2013) |
| R-2003-01-2003 por R-2003-01-2013 | Dia Anual de Etica Médica (reafirmada en 2013) |

**Versión 2013-2, Fortaleza; impresa en Febrero de 2014**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1964-01-2008 por D-1964-01-2013 | Investigaciones Médicas en seres Humanos (enmendada en 2013) |
| S-2003-01-2003 por S-2003-01-2013 | Investigaciones Forenses de los Desaparecidos (enmendada en 2013) |
| R-2002-06-2002 por R-2002-06-2013 | Derecho de la Mujer a la Atención Médica (enmendada en 2013) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

| | |
|---|---|
| R-2003-04-2003 | SRAS |

- Adición de las políticas adoptadas por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

| | |
|---|---|
| S-2013-01-2013 | Enfermedades Fúngicas |
| S-2013-02-2013 | Virus del Papiloma Humano |
| S-2013-03-2013 | Variación Natural de la Sexualidad Humana |
| S-2013-04-2013 | Víctimas de Torturas |
| S-2013-05-2013 | Pena de Muerte |
| R-2013-01-2013 | Penalización de la Práctica Médica |
| R-2013-02-2013 | Situación de Salud en Siria |
| R-2013-03-2013 | Prohibición de las Armas Químicas |
| R-2013-04-2013 | Normas en la Práctica Médica y la Seguridad del Paciente |
| R-2013-05-2013 | Apoyo a la AMB |

**Versión 2014-1, Tokio; impresa en Junio de 2014**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| R-2004-01-2004 por R-2004-01-2014 | WFME (reafirmada en 2014) |

**Versión 2014-2, Durban; impresa en Enero de 2015**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-2002-01-2003 por D-2002-01-2012 | Armas Biologicas (reafirmada en 2012) |
| D-2002-03-2002 por D-2002-03-2012 | Seguridad del Paciente (reafirmada en 2012) |
| S-2002-01-2002 por S-2002-01-2012 | Inyecciones Seguras en la Atención Médica (enmendada en 2012) |
| S-2002-02-2002 por S-2002-02-2012 | Automedicación (reafirmada en 2012) |
| S-2003-03-2003 por S-2003-03-2014 | Migración Internacional del Personal de Salud (enmendada en 2014) |
| S-2004-03-2004 por S-2004-03-2014 | Agua y la Salud (enmendada en 2014) |
| R-2002-02-2002 por R-2002-02-2012 | Feticidio de Niñas (reafirmada en 2012) |
| R-2003-03-2003 por R-2003-03-2014 | No Comercialización de Material Reproductivo Humano (enmendada en 2014) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

| | |
|---|---|
| S-2004-01-2004 | Comunicación y Coordinación durante las Emergencias de Salud |

- Adición de las políticas adoptadas por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

| | |
|---|---|
| D-2014-01-2014 | Protección del Personal de Salud |
| S-2014-01-2014 | Tratamientos Estéticos |
| S-2014-02-2014 | Contaminación del Aire |
| S-2014-03-2014 | Aislamiento Carcelario |
| R-2014-01-2014 | Enfermedad Viral del Ebola |
| R-2014-02-2014 | Salud y la Seguridad de los Trabajadores Migrantes en Qatar |
| R-2014-03-2014 | Virus del Ebola |

**Versión 2015-1, Oslo; impresa en Junio de 2015**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1981-01-2005 por D-1981-01-2015 | Lisboa (Derechos del Paciente) (reafirmada en 2015) |
| D-1987-01-2005 por D-1987-01-2015 | Eutanasia (reafirmada en 2015) |
| D-1989-01-2005 por D-1989-01-2015 | Hong Kong (Maltrato de Ancianos) (reafirmada en 2015) |
| S-2005-02-2005 por S-2005-02-2015 | Sustitución de Medicamentos (reafirmada en 2015) |
| S-2005-04-2005 por S-2005-04-2015 | Reforma de la Responsabilidad Médica (reafirmada en 2015) |
| R-1988-01-2005 por R-1988-01-2015 | Sanciones o Boicots Académicos (reafirmada en 2015) |

**Versión 2015-2, Moscú; impresa en Junio de 2015**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| S-2011-04-2011 por D-2011-04-2015 | Determinantes Sociales de la Salud (Adoptado en 2011 y el título (S a D) cambiado en 2015) |
| S-1995-02-2006 por S-1995-02-2015 | Pacientes con Enfermedades Mentales (enmendada en 2015) |
| S-1985-01-2005 por S-1985-01-2015 | No Discriminación en la Afiliación Profesional (enmendada en 2015) |
| S-1998-01-2008 por S-1998-01-2015 | Armas Nucleares (enmendada en 2015) |
| R-1999-01-1999 por R-1999-01-2015 | Curriculo de las Escuelas de Medicina a Traves del Mundo (enmendada en 2015) |

- Adición de las políticas adoptadas por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

| | |
|---|---|
| D-2015-01-2015 | Alcohol |
| S-2015-01-2015 | Salud Móvil |
| S-2015-02-2015 | Bienestar de los Médicos |
| S-2015-03-2015 | Niños de la Calle |
| S-2015-04-2015 | Agentes Químicos para Control de Disturbios |
| S-2015-05-2015 | Personas Transgénero |
| S-2015-06-2015 | Deficiencia de la Vitamina D |
| S-2015-07-2015 | Intervenciones Mediáticas Promocionales de los Médicos |
| R-2015-01-2015 | Salud en Turquía |
| R-2015-02-2015 | Bombardeo del Hospital de MSF en Kunduz |
| R-2015-03-2015 | Crisis Global de Refugiados |

**Versión 2016-1, Buenos Aires; impresa en Enero de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| S-1988-04-2006 por S-1988-04-2016 | Ambientales Asuntos (reafirmada en 2016) |
| S-1993-03-2006 por S-1993-03-2016 | Defensa del Paciente (reafirmada en 2016) |
| S-1989-01-2006 por S-1989-01-2016 | Uso de Animales en la Investigación Biomédica (reafirmada en 2016) |
| R-2006-02-2006 por R-2006-02-2016 | Seguridad de los Niños en los Viajes en Avión (reafirmada en 2016) |
| R-2006-04-2006 por R-2006-04-2016 | Ensayos Nucleares de Corea del Norte (reafirmada en 2016) |

**Versión 2016-2, Taipei; impresa en Enero de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1968-01-2006 por D-1968-01-2016 | Certificación de la Muerte (enmendada en 2016) |
| D-1975-01-2006 por D-1975-01-2016 | Detenidas y Encarceladas (enmendada en 2016) |
| D-2002-02-2002 por D-2002-02-2016 | Cursos de Medicina en el Mundo (enmendada en 2016) |
| S-1984-01-2006 por S-1984-01-2016 | Maltrato y Abandono Del Niño (enmendada en 2016) |
| S-1990-01-2006 por S-1990-01-2016 | Control de Accidentes (enmendada en 2016) |
| S-1990-04-2006 por S-1990-04-2016 | Accidentes de Tránsito (enmendada en 2016) |
| S-1991-01-2006 por S-1991-01-2016 | Suicidio de Adolescentes (enmendada en 2016) |
| S-1992-01-2006 por S-1992-01-2016 | Alcohol y la Seguridad Vial (enmendada en 2016) |
| S-1993-01-2005 por S-1993-01-2016 | Exámenes Físicos de los Presos (enmendada en 2016) |
| S-1993-02-2005 por S-1993-02-2016 | Mutilación Genital Femenina (enmendada en 2016) |
| S-1995-04-2006 por S-1995-04-2016 | Salud Publica (enmendada en 2016) |
| S-1996-05-2006 por S-1996-05-2016 | Armas de Guerra (enmendada en 2016) |
| S-2006-05-2006 por S-2006-05-2016 | Obesidad (enmendada en 2016) |
| S-2006-06-2006 por S-2006-06-2016 | Abuso de Drogas Psicotrópicas y Opiadas (enmendada en 2016) |
| CR-2005-05-2005 por R-2005-05-2016 | Tabaco-OMS FCTC (enmendada en 2016) |
| CR-2016-01-2016 por R-2016-03-2016 | Refugiados y los Migrantes (adoptada como Resolución del Consejo en abril de 2016 y adoptada como Resolución en octubre de 2016) |
| CR-2016-02-2016 por R-2016-04-2016 | Infección por el Virus Zika (adoptada como Resolución del Consejo en abril de 2016 y adoptada como Resolución en octubre de 2016) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| R-2006-03-2006 | VIH/SIDA |

- Adición de de las políticas adoptadas por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

| | |
|---|---|
| S-2016-01-2016 | Envejecimiento |
| S-2016-02-2016 | Ciberataques a la Salud |
| S-2016-03-2016 | Desinversión de los Combustibles Fósiles |
| S-2016-04-2016 | Cursos de Medicina en el Mundo |
| S-2016-05-2016 | Obesidad de los Niños |
| R-2016-01-2016 | Establecimientos y el personal de salud en Siria |
| R-2016-02-2016 | Salud y Seguridad Laboral y Ambiental |

**Versión 2017-1, Livingstone; Impresa en Enero de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| R-2007-01-2007 por R-2007-01-2017 | Violaciones de los Derechos Humanos en Zimbabwe (reafirmada en 2017) |

**Versión 2017-2, Chicago; Impresa en Enero de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1948-01-2006 por D-1948-01-2017 | Ginebra (enmendada en 2017) |
| D-1991-01-2006 por D-1991-01-2017 | Personas en Huelga de Hambre (enmendada en 2017) |
| D-1997-02-2007 por D-1997-02-2017 | Niegan la Tortura (reafirmada en 2017) |
| D-2009-01-2009 por D-2009-01-2017 | Cambio Climático (enmendada en 2017) |
| D-2015-01-2015 por D-2015-01-2017 | Alcohol (enmendada en 2017) |
| S-1983-01-2005 por S-1983-01-2017 | Boxeo (enmendada en 2017) |
| S-1984-01-2016 por S-1984-01-2017 | Maltrato y Abandono Del Niño (enmendada en 2017) |
| S-1988-02-2006 por S-1988-01-2017 | Acceso a la Atención Médica (enmendada en 2017) |
| S-1992-05-2007 por S-1992-05-2017 | Contaminación Acústica (reafirmada en 2017) |
| S-1994-01-2006 by S-1994-01-2017 | Catástrofes (enmendada en 2017) |
| S-1996-04-2007 by S-1996-04-2017 | Derecho de la Mujer sobre la Planificación Familiar (enmendada en 2017) |
| S-2004-03-2014 by S-2004-03-2017 | Agua y la Salud (enmendada en 2017) |
| S-2006-03-2006 by S-2006-03-2017 | VIH/SIDA y la Profesión Médica (enmendada en 2017) |
| S-2006-04-2006 by S-2006-04-2017 | Educación Médica (enmendada en 2017) |
| S-2012-04-2012 by S-2012-04-2017 | Donación de Organos y Tejidos (enmendada en 2017) |
| R-1997-02-2007 by R-1997-01-2017 | Embargos Económicos y la Salud (reafirmada en 2017) |
| R-2006-01-2006 by R-2006-01-2017 | Viajes en Avión (enmendada en 2017) |
| R-2006-05-2006 by R-2006-05-2017 | Tuberculosis (enmendada en 2017) |
| R-2007-02-2007 by R-2007-02-2017 | Asociaciones Médicas de América Latina y el Caribe (reafirmada en 2017) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| S-1997-01-2007 | UN Relator de las Naciones Unidas sobre la Independencia e Integridad de los Profesionales de la Salud |
| S-2005-01-2005 | Alcohol en la Salud y la Sociedad |
| R-2012-01-2012 | Precio Mínimo por Unidad para el Alcohol |

- Adición de de las políticas adoptadas por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

| | |
|---|---|
| D-2017-01-2017 | Garantía de la calidad de la educación médica básica |
| D-2017-02-2017 | Comercio Justo de Productos Médicos |
| S-2017-01-2017 | Intimidación y el Acoso en la Profesión |
| S-2017-02-2017 | Armed Conflicts |
| S-2017-03-2017 | Conflictos armados |
| S-2017-04-2017 | Cooperación de las AMN durante o después de un Conflicto |
| S-2017-05-2017 | Epidemias y Pandemias |
| S-2017-06-2017 | Prevención de la explotación en las adopciones |
| R-2017-01-2017 | Polonia |
| R-2017-02-2017 | Exámenes anales Forzados |

**Versión 2018-1, Riga; Impresa en Enero de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| R-1998-05-2008 por R-1998-01-2018 | Convención de Ottawa (reafirmada en 2018) |

**Versión 2018-2, Reykjavik; Impresa en Enero de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-2008-01-2008 by D-2008-01-2018 | Autonomía Profesional y la Independencia Clinica (enmendada en 2018) |
| D-1970-01-2006 by S-1970-01-2018 | Término del embarazo por indicación médica (nombre cambiado y enmendada en 2018) |
| S-1997-02-2007 by S-1997-02-2018 | Médicos condenados por genocidio o crímenes (nombre cambiado y enmendada en 2018) |
| S-1998-01-2015 by S-1998-01-2018 | Armas Nucleares (enmendada en 2018) |
| S-2006-02-2006 by S-2006-02-2018 | Gripe Aviar y la Pandemia de Gripe (enmendada en 2018) |
| S-2007-02-2007 by S-2007-01-2018 | Telemedicina (enmendada en 2018) |
| S-2008-02-2008 by S-2008-02-2018 | Mercurio (reafirmada en 2018) |
| S-2010-01-2010 by S-2010-01-2018 | Degradación Ambiental (enmendada en 2018) |
| R-2008-03-2008 by R-2008-01-2018 | Medicina Veterinaria (reafirmada en 2018) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

| | |
|---|---|
| S-1996-03-2006 | Responsabilidad Profesional |
| R-1981-01-2008 | Pena de Muerte |
| R-2008-01-2008 | Crisis Económica |
| R-2008-02-2008 | Proyecto de Amapolas para la Medicina en Afganistán |

- Adición de de las políticas adoptadas por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

| | |
|---|---|
| S-2018-01-2018 | Medicamentos biosimilares |
| S-2018-02-2018 | Libreta de salud materna e infantil |
| S-2018-03-2018 | Igualdad de género en la medicina |
| S-2018-04-2018 | Turismo de Salud |
| S-2018-05-2018 | Desarrollo Sostenible |
| R-2018-01-2018 | Migración |
| R-2018-02-2018 | Pena de Muerte |

**Versión 2019-1, Santiago; Impresa en Mayo de 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| S-1999-01-2009 por S-1999-01-2019 | Patentado de Procedimientos Médicos (reafirmada en 2019) |
| R-2009-03-2009 por R-2009-03-2019 | Delegación de Funciones (reafirmada en 2019) |
| S-2012-05-2012 por S-2012-05-2019 | Prioridad de la Inmunización (reafirmada en 2019) |

**Versión 2019-2, Tiflis, Georgia; impresa en Febrero 2019**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1997-01-2009 por D-1997-01-2019 | Mejoramiento de la Calidad de la Atención Médica (reafirmadas con cambios menores en 2019) |
| D-2009-02-2009 por D-2009-02-2019 | Regulación Profesional (enmendada en 2019) |
| S-1996-01-2008 por S-1996-01-2019 | Resistencia a los Medicamentos Antimicrobiana (nombre cambiado y enmendada en 2019) |
| S-2003-04-2008 por S-2003-04-2019 | Violencia y la Salud (enmendada en 2019) |
| S-2005-03-2009 por D-2005-01-2019 | Genética y Medicina (nombre y título (S a D) cambiados y enmendada en 2019) |
| S-2008-01-2008 por S-2008-01-2019 | Consumo de Sal en la Alimentación (enmendada en 2019) |
| S-2014-03-2014 por S-2014-03-2019 | Aislamiento Carcelario (enmendada en 2019) |
| R-1997-03-2008 por S-1997-03-2019 | Acceso de la Mujer y el Niño (título (R a S) cambiado y enmendada en 2019) |
| R-2002-02-2012 por S-2002-03-2019 | Feticidio de Niñas (nombre y título (R a S) cambiados y enmendada en 2019) |
| R-2009-01-2009 por R-2009-01-2019 | Legislación contra el Aborto en Nicaragua (enmendada en 2019) |
| CR-2003-01-2003 por D-2003-01-2019 | Derecho y la Etica (adoptada como Resolución del Consejo en 2003 et adoptada como Declaración en 2019) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1987-01-2015 | Eutanasia |
| S-1992-06-2015 | Suicidio con Ayuda Médica |
| R-1998-03-2009 | Inversión en Salud Pública |
| R-2002-01-2013 | Eutanasia |

- Adición de de las políticas adoptadas por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

| | |
|---|---|
| D-2019-01-2019 | Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica |
| S-2019-01-2019 | Inteligencia aumentada en la atención médica |
| S-2019-02-2019 | Consumo de azucaradas |
| S-2019-03-2019 | Información de Salud para todos |
| S-2019-04-2019 | Solicitantes de asilo menores no acompañados |
| R-2019-01-2019 | Emergencia climática |
| R-2019-02-2019 | Pautas de la OMS sobre el uso de opioides |

**Versión 2020, Córdoba (en línea), España; impresa en Marzo 2021**

- Reemplazadas

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-1998-01-2009 por D-1998-01-2020 | Salud del Niño (enmendada en 2020) |
| D-2011-04-2015 por D-2011-04-2020 | Determinantes Sociales de la Salud (enmendada en 2020) |
| S-1984-02-1984 por S-1984-02-2020 | Libertad de Participar en Reuniones Médicas (reafirmada con revisiones menores en 2020) |
| S-1999-02-2010 por S-1999-02-2020 | Médicos y Farmacéuticos en la Terapia Medicinal (reafirmada con revisiones menores en 2020) |
| S-2004-02-2009 por S-2004-02-2020 | Médicos y las Empresas Comerciales (enmendada en 2020) |
| S-2009-02-2009 por S-2009-02-2020 | Investigación con Células Madre (nombre cambiado y enmendada en 2020) |
| R-2003-01-2013 por R-2003-01-2020 | Dia Anual de Etica Médica (reafirmada en 2020) |
| R-2003-02-2008 por R-2003-02-2020 | Denuncia de Torturas (enmendada en 2020) |
| R-2010-01-2010 por R-2010-01-2020 | Prescripción de Medicamentos (reafirmada con revisiones menores en 2020) |
| R-2010-02-2010 por S-2010-02-2020 | Violencia contra las Mujeres (nombre y título (R a S) cambiados y enmendada en 2020) |
| R-2011-01-2011 por R-2011-01-2020 | Tratamiento Adecuado del Dolor (enmendada en 2020) |
| R-2013-02-2013 por R-2013-02-2020 | Situacion de Salud en Siria (reafirmada con revisiones menores en 2020) |
| R-2013-03-2013 por R-2013-03-2020 | Prohibicion de las Armas Quimicas (reafirmada con revisiones menores en 2020) |
| CR-2017-01-2017 por R-2017-03-2020 | Dr Serdar Küni (reafirmada como Resolución en 2020) |

- Eliminación de las políticas canceladas y archivadas por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| S-2009-03-2009 | Desigualdades en Salud |
| CR-2012-02-2012 | Autonomía Profesional y la Autorregulación en Turquía |

- Adición de de las políticas adoptadas por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

| Código | Título abreviado |
|---|---|
| D-2020-01-2020 | Relación Médico-Paciente |
| D-2020-02-2020 | Pseudociencias y Pseudoterapias |
| S-2020-01-2020 | Edición del genoma humano |
| S-2020-02-2020 | Hipertensión y enfermedades cardiovasculares |
| S-2020-03-2020 | Delitos relacionados con los trasplantes |
| R-2020-01-2020 | Día Internacional de la Profesión Médica |
| R-2020-02-2020 | Asociación Médica de Turquía |
| R-2020-03-2020 | Vacuna COVID-19 |
| R-2020-04-2020 | Pueblo Uigur en China |
| R-2020-05-2020 | Medio ambiente saludable |
| R-2020-06-2020 | Profesión Médica y el COVID-19 |

**Versión 2021, Seúl (en línea), Corea del Sur; impresa en Junio 2021**

- Reemplazadas

| Code | Titre abrégé |
|---|---|
| R-1999-01-2015 por R-1999-01-2021 | Curriculo de las Escuelas de Medicina a Traves del Mundo (reafirmada en 2021) |
| R-2002-05-2012 por R-2002-05-2021 | Abuso de la Psiquiatría (reafirmada en 2021) |
| R-2003-03-2014 por R-2003-03-2021 | No Comercialización de Material Reproductivo Humano (reafirmada en 2021) |
| R-2004-01-2014 por R-2004-01-2021 | WFME (reafirmada en 2021) |
| R-2011-04-2011 por R-2011-04-2021 | Independencia de las Asociaciones Medicas (reafirmada en 2021) |
| R-2012-02-2012 por R-2012-02-2021 | Envoltorio Neutro de los Cigarrillos (reafirmada con revisiones menores en 2021) |
| R-2013-01-2013 por R-2013-01-2021 | Penalizacion de la Practica Medica (reafirmada en 2021) |
| R-2013-04-2013 por R-2013-04-2021 | Normas en la Practica Medica y la Seguridad del Paciente (reafirmada en 2021) |
| R-2014-02-2014 por R-2014-02-2021 | Salud y la Seguridad de los Trabajadores Migrantes en Qatar (reafirmada en 2021) |

# INTRODUCCIÓN

Antes del término de la Segunda Guerra Mundial, algunas asociaciones médicas se reunieron en Londres para dar un nuevo impulso a la colaboración entre los médicos del mundo. El modelo antiguo, representado por la "Association Professionnelle Internationale des Médecins" (APIM) de la preguerra ya no daba respuesta a las necesidades de la profesión médica de posguerra. Había llegado la hora de crear algo nuevo.

Después de dos años de preparación, 27 asociaciones médicas nacionales se reunieron en París el 18 de septiembre de 1947 para inaugurar la nueva asociación global de médicos: la Asociación Médica Mundial (AMM). La primera Asamblea se realizó en forma paralela al juicio de Nuremberg contra los médicos nazis, lo que fue una motivación clave de la misión de la nueva AMM. Este terrible episodio en la historia de la medicina determinó que la organización buscara ser la voz autorizada sobre los estándares mundiales para la ética médica y la conducta profesional, en lugar de centrarse solamente en la protección de los intereses de la profesión.

Coordinar una organización internacional de manera eficaz no era nada fácil a fines de los años cuarenta. No había internet, correo electrónico, teléfonos móviles, computadores personales, fax o incluso fotocopiadoras. Para muchos médicos asistir a la Asamblea significaba hacer un viaje intercontinental de varios días a través de un planeta accidentado, en tren o barco y muy excepcionalmente en avión. Pero el compromiso de estos miembros fundadores de la AMM con su visión era más grande que los desafíos que enfrentaban para lograrlo. Esa visión y las metas, ideales y unidad de propósito que las acompañaban son tan pertinentes hoy como lo eran en esos tiempos. Ahora son los nuestros para continuar avanzando.

El Manual de Políticas de la AMM es la evidencia de que el compromiso de la profesión médica en el mundo en realidad persiste. La AMM ahora es más grande, fuerte y más activa que nunca antes y el Manual es el produco de médicos reunidos durante más de medio siglo para proporcionar una guía ética, apoyo moral y consejo práctico a fin de ayudar a sus colegas a estar al servicio de sus pacientes de la mejor manera. Desde la Declaración de Ginebra, llamada el "Juramento Hipocrático moderno" hasta la Declaración de Helsinki con directivas para los médicos que realizan investigación en seres humanos, hasta la Declaración de Tokio que prohíbe a los médicos participar en torturas y tratos degradantes – para mencionar sólo algunas de las políticas más importantes – la orientación que proporciona la AMM es hoy más necesaria que nunca.

Existen muchas políticas en este mundo que abordan la conducta del médico, muchas tratan de ser "modernas", "fáciles de leer" y "políticamente correctas". La AMM nunca ha capitulado ante el "Zeitgeist", se ha mantenido firme con sus valores, los más importantes son dedicación, ética y ciencia.

Sir William Osler, padre de la medicina moderna, dijo: "Lo más importante es la dedicación, de modo que háganlo primero, puesto que un médico dedicado inspira mejor la esperanza y la confianza". La esperanza y la confianza son la base de todo tratamiento. El médico que no puede inspirar confianza se verá enfrentado a más desafíos que el que recibe la confianza de sus pacientes. Un paciente con esperanza está mucho mejor que uno sin ella.

Pero la dedicación debe estar asociada con la ética médica y la conducta apropiada. Los médicos a menudo se ven confrontados con cuestiones de vida y muerte, asignación de recursos y doble lealtad cuando atienden a un paciente y al mismo tiempo a respetar las necesidades de la comunidad o la población. Las preguntas son a menudo muy difíciles y los problemas muy grandes para una sola persona. No tenemos respuestas a todas esas preguntas, pero para varias la AMM puede proporcionar una orientación ética que proteja a los pacientes, apoye a los médicos y considere los intereses de las comunidades y las poblaciones a las que pertenecen.

Por ultimo, la ciencia es lo que distingue a la medicina de la bondad bien intencionada. En la medicina la atención de calidad y la conducta ética no pueden ser separadas de la ciencia misma. Sin embargo, a pesar de la búsqueda sincera y continua de más conocimientos científicos, entendimiento y soluciones, nunca estaremos protegidos de todos los errores. Por lo tanto, lo mejor que podemos hacer es practicar la ciencia de la medicina observando fielmente la clara orientación ética.

Este nuevo manual* presenta buena parte de esta orientación. Es una prueba de nuestro continuo compromiso con nuestros colegas en diferentes partes del mundo y nuestro compromiso con nuestros pacientes, en donde quiera que se encuentren. Es un documento vivo y la AMM lo seguirá mejorando y expandiendo, al servicio de la profesión y de la salud de los que atendemos como médicos.

J. Edward Hill
Presidente del Consejo

Otmar Kloiber
Secretario General

Wonchat Subchaturas
Presidente 2010-2011

---

* La Asociación Médica Mundial expresa sus sinceros agradecimientos a la Asociación Médica de Corea por enviarnos a la Sra. Seong Mi Lee a la oficina de la AMM en Ferney-Voltaire, cuya valiosa ayuda fue clave en la elaboración de esta recopilación de políticas.

# INDICE

## - Orden Cronológico -

**DECLARACIONES**

Declaración de Ginebra ..... D-1948-01-2017
Código Internacional de Etica Médica ..... D-1949-01-2006
Declaración de Helsinki de la AMM
- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos ..... D-1964-01-2013
Declaración de Sydney de la AMM sobre la Certificacion de la
Muerte y la Recuperacion de Organos ..... D-1968-01-2016
Declaración de Tokio de la AMM Normas Directivas para Médicos con
respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o
degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas ..... D-1975-01-2016
Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente ..... D-1981-01-2015
Declaración de la AMM sobre las Normas de
Atención Médica para la Medicina Deportiva ..... D-1981-02-2010
Declaración de Venecia de la AMM sobre la Enfermedad Terminal ..... D-1983-01-2006
Declaración de Hong Kong de la AMM sobre el Maltrato de Ancianos ..... D-1989-01-2015
Declaración de Malta de la AMM sobre las Personas en Huelga de Hambre ..... D-1991-01-2017
Declaración de la AMM con Normas para el Mejoramiento Continuo de la
Calidad de la Atención Médica ..... D-1997-01-2019
Declaración de Hamburgo de la AMM sobre el Apoyo a los Médicos que se
Niegan a Participar o a Tolerar la Tortura u Otras Formas de Trato Cruel,
Inhumano o Degradante ..... D-1997-02-2017
Declaración de Ottawa de la AMM sobre la Salud del Niño ..... D-1998-01-2020
Declaración de Edimburgo de la AMM sobre las Condiciones Carcelarias y la
Propagacion de la Tuberculosis y de Otras Enfermedades Contagiosas ..... D-2000-01-2011
Declaración de la AMM sobre las Armas Biologicas ..... D-2002-01-2012
Declaración de la AMM sobre las Consideraciones Eticas de las
Bases de Datos de Salud ..... D-2002-02-2016
Declaración de la AMM sobre la Seguridad del Paciente ..... D-2002-03-2012
Declaración de la AMM sobre la Etica Medica y la
Tecnologia Médica Avanzada ..... D-2002-04-2012
Declaración de la AMM sobre la Relación entre el Derecho y la Etica ..... D-2003-01-2019
Declaración de Reikiavik de la AMM sobre Consideraciones Eticas para

el Uso de la Genética en la Salud ..... D-2005-01-2019
Declaración de Seúl de la AMM sobre la Autonomia Profesional y la Independencia ..... D-2008-01-2018
Declaración de Delhi de la AMM sobre Salud y Cambio Climático ..... D-2009-01-2017
Declaración de Madrid de la AMM sobre Regulación Profesional ..... D-2009-02-2019
Declaración de Montevideo de la AMM sobre la Preparación para Catástrofes y Respuesta Médica ..... D-2011-01-2011
Declaración de la AMM sobre la Atención Médica al Final de la Vida ..... D-2011-02-2011
Declaración de la AMM sobre el Control de la Lepra en el Mundo y la Eliminación de la Discriminación contra las Personas Afectadas por la Lepra ..... D-2011-03-2011
Declaración de Oslo de la AMM sobre los Determinantes Sociales de la Salud ... D-2011-04-2020
Declaración sobre la Protección del Personal de Salud en Situaciones de Violencia ..... D-2014-01-2014
Declaración del AMM sobre el Alcohol ..... D-2015-01-2017
Declaración de Chicago sobre la Garantía de la Calidad de la Educación Médica ..... D-2017-01-2017
Declaración sobre el Comercio justo de Productos y Material Médicos ..... D-2017-02-2017
Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica ..... D-2019-01-2019
Declaración de Córdoba de la AMM sobre la Relación Médico-Paciente ..... D-2020-01-2020
Declaración de la AMM sobre Pseudociencias y Pseudoterapias en el campo de la salud ..... D-2020-02-2020

## DECLARACIONES (STATEMENTS)

Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia ..... S-1956-01-2012
Declaración sobre el Término del Embarazo por Indicación Médica ..... S-1970-01-2018
Declaración de la AMM sobre el Boxeo ..... S-1983-01-2017
Declaración de la AMM sobre el Maltrato y Abandono Del Niño ..... S-1984-01-2017
Declaración de la AMM sobre la Libertad de Participar en Reuniones Médicas ..... S-1984-02-2020
Declaración de la AMM sobre la No Discriminación en la Afiliación Profesional y las Actividades de los Médicos ..... S-1985-01-2015
Declaración de la AMM sobre el Acceso a la Atención Médica ..... S-1988-01-2017
Declaración de la AMM sobre el Papel de los Médicos en Asuntos Ambientales ..... S-1988-04-2016

Declaración de la AMM sobre los Peligros del Tabaco y sus Productos erivados para la Salud ..... S-1988-05-2011
Declaración de la AMM sobre el Uso de Animales en la Investigación Biomédica ..... S-1989-01-2016
Declaración de la AMM sobre el Control de Accidentes ..... S-1990-01-2016
Declaración de la AMM sobre los Accidentes de Tránsito ..... S-1990-04-2016
Declaración de la AMM sobre el Suicidio de Adolescentes ..... S-1991-01-2016
Declaración de la AMM sobre el Alcohol y la Seguridad Vial ..... S-1992-01-2016
Declaración de la AMM sobre la Contaminación Acústica ..... S-1992-05-2017
Declaración de la AMM sobre los Exámenes Físicos de los Presos ..... S-1993-01-2016
Declaración de la AMM sobre la Mutilación Genital Femenina ..... S-1993-02-2016
Declaración de la AMM sobre la Defensa del Paciente ..... S-1993-03-2016
Declaración de la AMM sobre la Etica Médica en Casos de Catástrofes ..... S-1994-01-2017
Declaración de la AMM sobre los Problemas Eticos de Pacientes con Enfermedades Mentales ..... S-1995-02-2015
Declaración de la AMM sobre los Médicos y la Salud Publica ..... S-1995-04-2016
Declaración de la AMM sobre la Resistencia a los Medicamentos Antimicrobianos ..... S-1996-01-2019
Declaración de la AMM sobre Violencia Familiar ..... S-1996-02-2010
Declaración de la AMM sobre la Planificación Familiar y el Derecho de la Mujer a la Anticoncepción ..... S-1996-04-2017
Declaración de la AMM sobre las Armas de Guerra y su Relación con la Vida y la Salud ..... S-1996-05-2016
Propuesta para un Relator de las Naciones Unidas sobre la Independencia e Integridad de los Profesionales de la Salud ..... S-1997-01-2007
Declaración de la AMM sobre Los Médicos Condenados por Genocidio, Crímenes de Guerra o Crímenes de Lesa Humanidad ..... S-1997-02-2018
Declaración de la AMM sobre el Acceso de la Mujer y Niño a la Atención Médica ..... S-1997-03-2019
Declaración de la AMM sobre las Armas Nucleares ..... S-1998-01-2018
Declaración de la AMM sobre Atención Médica para los Refugiados, incluidos los que Buscan Asilo, los que Tienen Asilo Rechazado, Migrantes Indocumentados y Personas Desplazadas en sus Países ..... S-1998-02-2010
Declaración de la AMM sobre Patentado de Procedimientos Médicos ..... S-1999-01-2019
Declaración de la AMM sobre Relaciones Laborales entre Médicos y Farmacéuticos en la Terapia Medicinal ..... S-1999-02-2020
Declaración de la AMM sobre las Inyecciones Seguras en la Atencion Medica ..... S-2002-01-2012

Declaración de la AMM sobre la Automedicacion ..... S-2002-02-2012
Declaración de la AMM sobre el Aborto por Selección del Sexo y el Feticidio de Niñas ..... S-2002-03-2019
Declaración de la AMM sobre las Investigaciones Forenses de los Desaparecidos ..... S-2003-01-2013
Declaración de la AMM sobre la Voluntad Anticipada ("Testamentos Vitales") ..... S-2003-02-2013
Declaración de la AMM sobre las Normas Eticas para la Contratacion Internacional de Médicos ..... S-2003-03-2014
Declaración de la AMM sobre la Violencia y la Salud ..... S-2003-04-2019
Declaración de la AMM sobre las Relaciones entre los Médicos y las Empresas Comerciales ..... S-2004-02-2020
Declaración de la AMM sobre el Agua y la Salud ..... S-2004-03-2017
Declaración de la AMM sobre la Sustitución de Medicamentos ..... S-2005-02-2015
Declaración de la AMM sobre la Reforma de la responsabilidad médica ..... S-2005-04-2015
Resolución de la AMM sobre las Tecnologías de Reprodución Asistida ..... S-2006-01-2006
Declaración de la AMM sobre la Gripe Aviar y la Pandemia de Gripe ..... S-2006-02-2018
Declaración de la AMM sobre el VIH/SIDA y la Profesión Médica ..... S-2006-03-2017
Declaración de la AMM sobre la Educación Médica ..... S-2006-04-2017
Declaración de la AMM sobre la Función del Médico en la Obesidad ..... S-2006-05-2016
Declaración de la AMM sobre las Responsabilidades de los Médicos en la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas Psicotrópicas y Opiadas ..... S-2006-06-2016
Declaración de la AMM sobre la Etica de la Telemedicina ..... S-2007-02-2018
Declaración de la AMM sobre la Disminución del Consumo de Sal en la Alimentación ..... S-2008-01-2019
Declaración de la AMM sobre la Disminución del Daño Producido por el Mercurio en el Mundo ..... S-2008-02-2018
Declaración de la AMM sobre Conflictos de Intereses ..... S-2009-01-2009
Declaración de la AMM sobre Investigación con Células Madre ..... S-2009-02-2020
Declaración de la AMM sobre Principios Directivos para el Uso de la Telesalud en la Prestación de Atención Médica ..... S-2009-04-2009
Declaración de la AMM sobre Degradación Ambiental y Buen Manejo de los Productos Químicos ..... S-2010-01-2018
Declaración de la AMM sobre la Carga Global de las Enfermedades Crónicas ... S-2011-01-2011
Recomendación de la AMM sobre la Elaboración de un Mecanismo de Monitoreo e Informe para Permitir la Auditoría de los Estados que Adhieren a la Declaración de Tokio ..... S-2011-02-2011

Declaración de la AMM sobre la Protección y la Integridad del Personal Médico en los Conflictos Armados y otras Situaciones de Violencia ..... S-2011-03-2011
Declaración de la AMM sobre el Uso Profesional y Etico de los Medios de Comunicación Sociales ..... S-2011-05-2011
Declaración de la AMM sobre los Cigarrillos Electrónicos y otros Sistemas Electrónicos de Suministro de Nicotina ..... S-2012-01-2012
Declaración de la AMM sobre las Consecuencias Eticas de la Acción Colectiva de los Médicos ..... S-2012-02-2012
Declaración de la AMM sobre la Esterilización Forzada ..... S-2012-03-2012
Declaración de la AMM sobre la Donación de Organos y Tejidos ..... S-2012-04-2017
Declaración de la AMM sobre la Prioridad de la Inmunización ..... S-2012-05-2019
Declaración de la AMM sobre la Violencia en el Sector de la Salud de Parte de los Pacientes y sus Cercanos ..... S-2012-06-2012
Declaración de la AMM sobre el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Fúngicas ..... S-2013-01-2013
Declaración de la AMM sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano ..... S-2013-02-2013
Declaración de la AMM sobre las Variaciones Naturales de la Sexualidad Humana ..... S-2013-03-2013
Declaración de la AMM sobre el Derecho a Rehabilitación de las Víctimas de Torturas ..... S-2013-04-2013
Declaración de la AMM sobre la Resolución de la ONU para una Moratoria en el Uso de la Pena de Muerte ..... S-2013-05-2013
Declaración de la AMM sobre los Tratamientos Estéticos ..... S-2014-01-2014
Declaración de la AMM sobre la Prevención de la Contaminación del Aire debido a las Emisiones de Vehículos ..... S-2014-02-2014
Declaración de la AMM sobre el Aislamiento Carcelario ..... S-2014-03-2019
Declaración sobre la Salud Móvil ..... S-2015-01-2015
Declaración sobre el Bienestar de los Médicos ..... S-2015-02-2015
Declaración de la AMM sobre el Apoyo a la Salud de los Niños de la Calle ..... S-2015-03-2015
Declaración del AMM sobre los Agentes Químicos para Control de Disturbios..... S-2015-04-2015
Declaración sobre las Personas Transgénero ..... S-2015-05-2015
Declaración del AMM sobre la Deficiencia de la Vitamina D ..... S-2015-06-2015
Normas para las Intervenciones Mediáticas Promocionales de los Médicos ..... S-2015-07-2015
Declaración de la AMM sobre el Envejecimiento ..... S-2016-01-2016
Declaración de la AMM sobre los Ciberataques a la Salud y Otra

Infraestructura Vital ..... S-2016-02-2016
Declaración de la AMM sobre la Desinversión de los Combustibles Fósiles ..... S-2016-03-2016
Declaración de la AMM sobre Consideracionez eticas en los Cursos de Medicina en el Mundo ..... S-2016-04-2016
Declaración de la AMM sobre la Obesidad Infantil ..... S-2016-05-2016
Declaración de la AMM sobre la Intimidación y el Acoso en la Profesión ..... S-2017-01-2017
Declaración de la AMM sobre los Conflictos armados ..... S-2017-02-2017
Declaración de la AMM sobre el Cannabis Medicinal ..... S-2017-03-2017
Declaración sobre la Cooperación de las Asociaciones Médicas Nacionales durante o después de un Conflicto ..... S-2017-04-2017
Declaración sobre las Epidemias y Pandemias ..... S-2017-05-2017
Declaración sobre la Función del Médico en la Prevención de la explotación en las adopciones ..... S-2017-06-2017
Declaración sobre los Medicamentos biosimilares ..... S-2018-01-2018
Declaración sobre la Elaboración y Promoción de una Libreta de salud materna e infantile ..... S-2018-02-2018
Declaración sobre Igualdad de Género en la Medicina ..... S-2018-03-2018
Declaración sobre el Turismo de Salud ..... S-2018-04-2018
Declaración sobre el Desarrollo Sostenible ..... S-2018-05-2018
Declaración de la AMM sobre Inteligencia aumentada en la Atención Médica ..... S-2019-01-2019
Declaración de la AMM sobre el Consumo de Bebidas Azucaradas y de Azúcares libres ..... S-2019-02-2019
Declaración de la AMM sobre la Información de Salud para todos ..... S-2019-03-2019
Declaración de la AMM sobre la Evaluacion Médica de la Edad de los Solicitantes de asilo menores no Acompañados ..... S-2019-04-2019
Declaración sobre Edición del genoma humano ..... S-2020-01-2020
Declaración sobre la Hipertensión y las enfermedades cardiovasculares ..... S-2020-02-2020
Declaración de la AMM sobre las Medidas para la prevención y la lucha contra los delitos relacionados con los trasplantes ..... S-2020-03-2020

## RESOLUCIONES

Resolución de la AMM sobre las Sanciones o Boicots Académicos ..... R-1988-01-2015
Resolución de la AMM sobre los Embargos Económicos y la Salud ..... R-1997-01-2017
Resolución de la AMM sobre Fuerza Laboral Médica ..... R-1998-04-2009
Resolución de la AMM en Apoyo a la Convención de Ottawa ..... R-1998-01-2018

Resolución de la AMM sobre la Inclusion de la Etica Médica y los Derechos Humanos en el Currículo de las Escuelas de Medicina a Través del Mundo ..... R-1999-01-2021
Resolución de la AMM sobre el Abuso de la Psiquiatría ..... R-2002-05-2021
Resolución de la AMM sobre el Derecho de la Mujer a la Atención Médica y su relación con la Prevención de la Infección del VIH de Madre a Hijo ..... R-2002-06-2013
Resolución de la AMM sobre la Designación de un Día Anual de Etica Médica ..... R-2003-01-2020
Declaración de la AMM sobre la Responsabilidad de los Médicos en la Documentación y la Denuncia de Casos de Tortura o Trato Cruel, Inhumano o Degradante ..... R-2003-02-2020
Resolución de la AMM sobre la No Comercialización de Material Reproductivo Humano ..... R-2003-03-2021
Resolución de la AMM sobre las Normas Globales de la WFME para el Mejoramiento de la Calidad de la Educacion Medica ..... R-2004-01-2021
Resolución de la AMM sobre la Implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ..... R-2005-01-2016
Resolución de la AMM sobre la Asistencia Médica en los Viajes en Avión ..... R-2006-01-2017
Resolución de la AMM sobre la Seguridad de los Niños en los Viajes en Avión ..... R-2006-02-2016
Resolución de la AMM sobre los Ensayos Nucleares de Corea del Norte ..... R-2006-04-2016
Resolución de la AMM sobre la Tuberculosis ..... R-2006-05-2017
Resolución de la AMM sobre la Salud y las Violaciones de los Derechos Humanos en Zimbabwe ..... R-2007-01-2017
Resolución de la AMM Apoyo a las Asociaciones Médicas de America Latina y el Caribe ..... R-2007-02-2017
Resolución de la AMM sobre la Colaboración entre la Medicina Humana y Veterinaria ..... R-2008-01-2018
Resolución de Emergencia de la AMM sobre la Legislación contra el Aborto en Nicaragua ..... R-2009-01-2019
Resolución de la AMM en Apoyo a los Derechos de los Pacientes y Médicos en la República Islámica de Irán ..... R-2009-02-2009
Resolución de la AMM sobre la Delegación de Funciones de la Profesión Médica ..... R-2009-03-2019
Resolución de la AMM sobre Prescripción de Medicamentos ..... R-2010-01-2020
Resolución de la AMM sobre la Violencia contra las Mujeres ..... R-2010-02-2020
Resolución de la AMM sobre el Acceso a un Tratamiento Adecuado del Dolor ..... R-2011-01-2020
Resolución de la AMM sobre Bahrain ..... R-2011-02-2011

Resolución de la AMM que Reafirma la
Resolución de la AMM sobre Embargos Económicos y la Salud ..... R-2011-03-2011
Resolución de la AMM sobre la Independencia de las
Asociaciones Médicas Nacionales ..... R-2011-04-2021
Resolución de la AMM sobre el Envoltorio Neutro de los Cigarrillos ..... R-2012-02-2021
Resolución de la AMM para Reafirmar la
Prohibición del Médico a Participar en la Pena de Muerte ..... R-2012-03-2012
Resolución de la AMM en Apoyo al Profesor Cyril Karabus ..... R-2012-04-2012
Resolución de la AMM sobre la Penalización de la Práctica Médica ..... R-2013-01-2021
Resolución de la AMM sobre la Situación de Salud en Siria ..... R-2013-02-2020
Resolución de la AMM sobre la Prohibición de las Armas Químicas ..... R-2013-03-2020
Resolución de la AMM sobre la Seguridad del Paciente y las
Normas en la Práctica Médica ..... R-2013-04-2021
Resolución de la AMM en Apoyo a la Asociación Médica de Brasil ..... R-2013-05-2013
Resolución de la AMM sobre la Enfermedad Viral del Ebola ..... R-2014-01-2014
Resolución de la AMM sobre la Salud y la Seguridad de los
Trabajadores Migrantes en Qatar ..... R-2014-02-2021
Resolución de la AMM sobre las Terapias no Probadas y el Virus del Ebola ..... R-2014-03-2014
Resolución de la AMM para Detener los Ataques al Personal de salud y sus
Instalaciones en Turquía ..... R-2015-01-2015
Resolución de la AMM sobre el Bombardeo del Hospital de MSF en Kunduz ..... R-2015-02-2015
Resolución de la AMM sobre la Crisis Global de Refugiados ..... R-2015-03-2015
Resolución de la AMM sobre la Protección de los Establecimientos y el
Personal de Salude en Siria ..... R-2016-01-2016
Resolución de la AMM sobre la Salud y Seguridad laboral y ambiental ..... R-2016-02-2016
Resolución de la AMM sobre los Refugiados y los Migrantes ..... R-2016-03-2016
Resolución de la AMM sobre la Infección por el Virus Zika ..... R-2016-04-2016
Resolución de la AMM sobre Polonia ..... R-2017-01-2017
Resolución sobre la Prohibición de los Exámenes anales forzados para probar
las Relaciones sexuales con Personas del Mismo sexo ..... R-2017-02-2017
Resolución de la AMM en Apoyo del Dr. Serdar Küni ..... R-2017-03-2017
Resolución de la AMM sobre la Migración ..... R-2018-01-2018
Resolución sobre la Prohibición de la Participación de Médicos en la Pena de
Muerte ..... R-2018-02-2018
Resolución de la AMM sobre Emergencia Climática ..... R-2019-01-2019
Resolución de la AMM sobre la Revocación de las Pautas de la OMS

sobre el Uso de Opioides ..... R-2019-02-2019
Resolución en Apoyo al Día Internacional de la Profesión Médica, 30 de Octubre ..... R-2020-01-2020
Resolución de la AMM en Apoyo a la Asociación Médica de Turquía ..... R-2020-02-2020
Resolución de la AMM sobre la Distribución Mundial Equitativa de la Vacuna COVID-19 ..... R-2020-03-2020
Resolución de la AMM sobre la Violación de derechos humanos del pueblo Uigur en China ..... R-2020-04-2020
Resolución sobre la Protección del derecho de las futuras generaciones a vivir en un medio ambiente saludable ..... R-2020-05-2020
Resolución sobre la Profesión Médica y el COVID-19 ..... R-2020-06-2020

---

* **Explicación del código (criterio de clasificación):**

D-1948-01-2006

- 2006 → Año de la última intervención
- 01 → Número de serie
- 1948 → Año de adopción
- D → Tipo de documento

D: Declaraciones / S: Statements / R: Resoluciones

# INDICE

## - Orden por Título Abreviado -

**[A]**

Abuso de Drogas Psicotrópicas y Opiadas ..... S-2006-04-2016
Abuso de la Psiquiatría ..... R-2002-05-2021
Acceso a la Atención Médica ..... S-1988-01-2017
Acceso de la Mujer y el Niño ..... S-1997-03-2019
Accidentes de Tránsito ..... S-1990-04-2016
Acción Colectiva de los Médicos ..... S-2012-02-2012
Agua y la Salud ..... S-2004-03-2017
Aislamiento Carcelario ..... S-2014-03-2019
Alcohol ..... S-2015-01-2017
Alcohol y la Seguridad Vial ..... S-1992-01-2016
Apoyo a la AMB ..... R-2013-05-2013
Asuntos Ambientales ..... S-1988-04-2016
Armas Biológicas (Washington) ..... D-2002-01-2012
Armas de Guerra ..... S-1996-05-2006
Armas Nucleares ..... S-1998-01-2018
Asociaciones Médicas de América Latina y el Caribe ..... R-2007-02-2017
Asociación Médica de Turquía ..... R-2020-02-2020
Atención al final de la vida ..... D-2011-02-2011
Atención Médica para los Refugiados ..... S-1998-02-2010
Automedicación ..... S-2002-02-2012
Autonomía Profesional y la Independencia Clinica (Seúl) ..... D-2008-01-2018

**[B]**

Bahrain ..... R-2011-02-2011
Bases de Datos de Salud ..... D-2002-02-2016
Bienestar de los Médicos ..... S-2015-02-2015
Bombardeo del Hospital de MSF en Kunduz ..... R-2015-02-2015
Boxeo ..... S-1983-01-2017

**[C]**

Cambio Climático (Delhi) ..... D-2009-01-2017
Cannabis Medicinal ..... S-2017-03-2017
Catástrofes ..... S-1994-01-2017
Certificación de la Muerte (Sidney) ..... D-1968-01-2016
Ciberataques a la Salud ..... S-2016-02-2016
Cigarrillos Electrónicos ..... S-2012-01-2012
Comercio Justo de Productos Médicos ..... S-2017-02-2017
Condiciones Carcelarias sobre TB (Edimburgo) ..... D-2000-01-2011
Conflicto Armado ..... S-1956-01-2012
Conflictos armados ..... S-2017-02-2017
Conflictos de Intereses ..... S-2009-01-2015
Consumo de Azucaradas ..... S-2019-02-2019
Consumo de Sal en la Alimentación ..... S-2008-01-2019
Contaminación Acústica ..... S-1992-05-2017
Contaminación del Aire ..... S-2014-02-2014
Control de Accidentes ..... S-1990-01-2006
Control de la Lepra ..... D-2011-03-2011
Convención de Ottawa ..... R-1998-05-2018
Cooperación de las AMN durante o después de un Conflicto ..... S-2017-04-2017
Crisis Global de Refugiados ..... R-2015-03-2015
Currículo de las Escuelas de Medicina a Través del Mundo ..... R-1999-01-2021
Cursos de Medicina en el Mundo ..... S-2016-04-2016

**[D]**

Defensa del Paciente ..... S-1993-03-2016
Deficiencia de la Vitamina D ..... S-2015-06-2015
Degradación Ambiental ..... S-2010-01-2018
Delegación de Funciones ..... R-2009-03-2009
Delhi (Cambio Climático) ..... D-2009-01-2009
Delitos relacionados con los trasplantes ..... S-2020-03-2020
Denuncia de Torturas ..... R-2003-02-2020
Derecho de la Mujer a la Atención Médica ..... R-2002-06-2013
Derecho de la Mujer sobre la Planificación Familiar ..... S-1996-04-2017
Derecho y la Etica ..... D-2003-01-2019
Derechos de los Pacientes y Médicos en Irán ..... R-2009-02-2009

Derechos del Paciente (Lisboa) ..... D-1981-01-2015
Desarrollo Sostenible ..... S-2018-05-2018
Desinversión de los Combustibles Fósiles ..... S-2016-03-2016
Detenidas y Encarceladas (Tokio) ..... D-1975-01-2006
Determinantes Sociales de la Salud ..... S-2011-04-2020
Día Anual de Etica Médica ..... R-2003-01-2020
Día Internacional de la Profesión Médica ..... R-2020-01-2020
Donación de Organos y Tejidos ..... S-2012-04-2017
Dr Serdar Küni ..... R-2017-03-2020

**[E]**

Edición del genoma humano ..... S-2020-01-2020
Edimburgo (Condiciones Carcelarias sobre TB) ..... D-2000-01-2011
Educación Médica ..... S-2006-04-2017
Embargos Económicos y la Salud ..... R-1997-02-2017
Embargos Económicos y la Salud [revisado] ..... R-2011-03-2011
Emergencia Climática ..... R-2019-01-2019
Enfermedad Terminal (Venecia) ..... D-1983-01-2006
Enfermedades Crónicas ..... S-2011-01-2011
Enfermedades Fúngicas ..... S-2013-01-2013
Enfermedad Viral del Ebola ..... R-2014-01-2014
Ensayos Nucleares de Corea del Norte ..... R-2006-04-2016
Envejecimiento ..... S-2016-01-2016
Envoltorio Neutro de los Cigarrillos ..... R-2012-02-2021
Epidemias y Pandemias ..... S-2017-05-2017
Establecimientos y el personal de salud en Siria ..... R-2016-01-2016
Esterilización Forzada ..... S-2012-03-2012
Etica Médica ..... D-1949-01-2006
Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica ..... D-2019-01-2019
Exámenes anales Forzados ..... R-2017-02-2017
Exámenes Físicos de los Presos ..... S-1993-01-2016

**[F]**

Feticidio de Niñas ..... S-2002-03-2019
Fuerza Laboral Médica ..... R-1998-04-2009

**[G]**

Garantía de la calidad de la educación médica básica ..... D-2017-01-2017
Genética y Medicina ..... D-2005-01-2019
Ginebra ..... D-1948-01-2017
Gripe Aviar y la Pandemia de Gripe ..... S-2006-02-2018

**[H]**

Hamburgo (Niegan la Tortura) ..... D-1997-02-2017
Helsinki (Investigaciones Médicas en seres Humanos) ..... D-1964-01-2013
Hipertensión y enfermedades cardiovasculares ..... S-2020-02-2020
Hong Kong (Maltrato de Ancianos) ..... D-1989-01-2015

**[ I ]**

Igualdad de género en la medicina ..... S-2018-03-2018
Independencia de las Asociaciones Médicas ..... R-2011-04-2021
Infección por el Virus Zika ..... R-2016-02-2016
Información de Salud para todos ..... S-2019-03-2019
Inteligencia aumentada en la Atención Médica ..... S-2019-01-2019
Intervenciones Mediáticas Promocionales de los Médicos ..... S-2015-07-2015
Intimidación y el Acoso en la Profesión ..... S-2017-01-2017
Investigación con Células Madre ..... S-2009-02-2020
Investigaciones Forenses de los Desaparecidos ..... S-2003-01-2013
Investigaciones Médicas en seres Humanos (Helsinki) ..... D-1964-01-2013
Inyecciones Seguras en la Atención Médica ..... S-2002-01-2012

**[ L ]**

Legislación contra el Aborto en Nicaragua ..... R-2009-01-2019
Libertad de Participar en Reuniones Médicas ..... S-1984-02-2020
Libreta de salud materna e infantil ..... S-2018-02-2018
Lisboa (Derechos del Paciente) ..... D-1981-01-2015

**[M]**

Madrid (Regulación Profesional) ..... D-2009-02-2009
Malta (Personas en Huelga de Hambre) ..... D-1991-01-2017
Maltrato de Ancianos (Hong Kong) ..... D-1989-01-2015
Maltrato y Abandono Del Niño ..... S-1984-01-2017

Medicamentos biosimilares ..... S-2018-01-2018
Medicina Deportiva ..... D-1981-02-2010
Medicina Veterinaria ..... R-2008-03-2008
Médicos condenados por genocidio o crímenes ..... S-1997-02-2018
Médicos y Farmacéuticos en la Terapia Medicinal ..... S-1999-02-2020
Médicos y las Empresas Comerciales ..... S-2004-02-2020
Medio ambiente saludable ..... R-2020-05-2020
Medios de Comunicación Sociales ..... S-2011-05-2011
Mejoramiento de la Calidad de la Atención Médica ..... D-1997-01-2019
Mercurio ..... S-2008-02-2018
Migración ..... R-2018-01-2018
Migración Internacional del Personal de Salud ..... S-2003-03-2014
Monitoreo de la Declaración de Tokio ..... S-2011-02-2011
Montevideo (Preparación para Catastrofes) ..... D-2011-01-2011
Mutilación Genital Femenina ..... S-1993-02-2016

**[N]**

Niegan la Tortura (Hamburgo) ..... D-1997-02-2017
Niños de la Calle ..... S-2015-03-2015
No Comercialización de Material Reproductivo Humano ..... R-2003-03-2021
No Discriminación en la Afiliación Profesional ..... S-1985-01-2015
Normas en la Práctica Médica y la Seguridad del Paciente ..... R-2013-04-2021

**[O]**

Obesidad ..... S-2006-03-2016
Obesidad de los Niños ..... S-2016-05-2016
Ottawa (Salud del Niño) ..... D-1998-01-2009

**[P]**

Pacientes con Enfermedades Mentales ..... S-1995-02-2015
Patentado de Procedimientos Médicos ..... S-1999-01-2009
Pautas de la OMS sobre el Uso de Opioides ..... R-2019-02-2019
Peligros del Tabaco para la Salud ..... S-1988-05-2011
Pena de Muerte ..... S-2013-05-2013
Pena de Muerte ..... R-2018-02-2018
Penalización de la Práctica Médica ..... R-2013-01-2021

Personas en Huelga de Hambre (Malta) ..... D-1991-01-2017
Personas Transgénero ..... S-2015-05-2015
Polonia ..... R-2017-01-2017
Preparación para Catástrofes (Montevideo) ..... D-2011-01-2011
Prescripción de Medicamentos ..... R-2010-01-2020
Prevención de la explotación en las adopciones ..... S-2017-06-2017
Prioridad de la Inmunización ..... S-2012-05-2019
Profesión Médica y el COVID-19 ..... R-2020-06-2020
Profesor Cyril Karabus ..... R-2012-04-2012
Prohibición de las Armas Químicas ..... R-2013-03-2020
Protección del Personal de Salud ..... D-2014-01-2014
Protección y la Integridad del Personal Médico ..... R-2011-03-2011
Pseudociencias y Pseudoterapias ..... D-2020-02-2020
Pueblo Uigur en China ..... R-2020-04-2020

**[R]**

Reforma de la Responsabilidad Médica ..... S-2005-04-2015
Refugiados y los Migrantes ..... R-2016-01-2016
Regulación Profesional (Madrid) ..... D-2009-02-2019
Relación Médico-Paciente ..... D-2020-01-2020
Resistencia a los Medicamentos Antimicrobiana ..... S-1996-01-2019

**[S]**

Salud del Niño (Ottawa) ..... D-1998-01-2020
Salud en Turquía ..... R-2015-01-2015
Salud Móvil ..... S-2015-01-2015
Salud Pública ..... S-1995-04-2016
Salud y la Seguridad de los Trabajadores Migrantes en Qatar ..... R-2014-02-2021
Salud y Seguridad Laboral y Ambiental ..... R-2016-02-2016
Sanciones o Boicots Académicos ..... R-1988-01-2015
Seguridad de los Niños en los Viajes en Avión ..... R-2006-02-2016
Seguridad del Paciente ..... D-2002-03-2012
Seúl (Autonomía Profesional y la Independencia Clínica) ..... D-2008-01-2008
Sidney (Certificación de la Muerte) ..... D-1968-01-2016
Situación de Salud en Siria ..... R-2013-02-2020
Solicitantes de Asilo menores no acompañados ..... S-2019-04-2019
Suicidio de Adolescentes ..... S-1991-01-2016

Sustitución de Medicamentos ..... S-2005-02-2015

**[T]**

Tabaco-OMS FCTC ..... R-2005-05-2016
Tecnologia Médica Avanzada ..... D-2002-04-2012
Tecnologías de Reprodución Asistida ..... S-2006-01-2006
Telemedicina ..... S-2007-02-2018
Telesalud ..... S-2009-04-2009
Término del embarazo por indicación médica ..... S-1970-01-2018
Testamentos Vitales ..... S-2003-02-2013
Tokio (Detenidas y Encarceladas) ..... D-1975-01-2006
Tratamiento Adecuado del Dolor ..... R-2011-01-2020
Tratamientos Estéticos ..... S-2014-01-2014
Tuberculosis ..... R-2006-05-2017
Turismo de Salud ..... S-2018-04-2018

**[U]**

Uso de Animales en la Investigación Biomédica ..... S-1989-01-2016

**[V]**

Vacuna COVID-19 ..... R-2020-03-2020
Variación Natural de la Sexualidad Humana ..... S-2013-03-2013
Venecia (Enfermedad Terminal) ..... D-1983-01-2006
Viajes en Avión ..... R-2006-01-2017
Víctimas de Torturas ..... S-2013-04-2013
VIH/SIDA y la Profesión Médica ..... S-2006-03-2017
Violaciones de los Derechos Humanos en Zimbabwe ..... R-2007-01-2017
Violencia contra las Mujeres ..... S-2010-02-2020
Violencia en el Sector de la Salud ..... S-2012-06-2012
Violencia Familiar ..... S-1996-02-2010
Violencia y la Salud ..... S-2003-04-2019
Virus del Ebola ..... R-2014-03-2014
Virus del Papiloma Humano ..... S-2013-02-2013

**[W]**

Washington (Armas Biológicas) ..... D-2002-01-2012
WFME ..... R-2004-01-2021

# DECLARACIÓN DE GINEBRA

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, Septiembre 1948
y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, Agosto 1986
y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006
y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

**Promesa del médico**

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;

EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;

PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;

COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;

CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;

HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.

# CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, Octubre 1949
y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, Agosto 1968
y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006

## DEBERES DE LOS MÉDICOS EN GENERAL

EL MÉDICO siempre DEBE aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.

EL MÉDICO DEBE respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento.

EL MÉDICO NO DEBE permitir que su opinión sea influenciada por beneficio personal o discriminación injusta.

EL MÉDICO DEBE dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

EL MÉDICO DEBE tratar con honestidad a pacientes y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño.

EL MÉDICO NO DEBE recibir ningún beneficio financiero ni otros incentivos sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.

EL MÉDICO DEBE respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.

EL MÉDICO DEBE reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.

EL MÉDICO DEBE certificar sólo lo que ha verificado personalmente.

EL MÉDICO DEBE esforzarse por utilizar los recursos de salud de la mejor manera para beneficio de los pacientes y su comunidad.

EL MÉDICO DEBE buscar atención y cuidados apropiadas si sufre una enfermedad mental o física.

EL MÉDICO DEBE respetar los códigos de ética locales y nacionales.

## DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS PACIENTES

EL MÉDICO DEBE recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.

EL MÉDICO DEBE considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.

EL MÉDICO DEBE a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.

EL MÉDICO DEBE respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.

EL MÉDICO DEBE prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

EL MÉDICO DEBE en situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.

EL MÉDICO NO DEBE tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni ninguna otra relación abusiva o de explotación.

## DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS COLEGAS

EL MÉDICO DEBE comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

EL MÉDICO NO DEBE dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.

EL MÉDICO DEBE cuando sea médicamente necesario, comunicarse con los colegas que atienden al mismo paciente. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.

# DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM

## - PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS -

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964
y enmendada por la:
29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000
Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington, DC, USA, Octubre 2002
Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la 55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 2004
59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008
64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

### INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

   La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

### PRINCIPIOS GENERALES

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Etica Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

## RIESGOS, COSTOS Y BENEFICIOS

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

    La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

    Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

    Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

## GRUPOS Y PERSONAS VULNERABLES

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

    Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación

responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

## REQUISITOS CIENTÍFICOS Y PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

    El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

    En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

## COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

    El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la

consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

## PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

    Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

    Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

## USO DEL PLACEBO

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o

cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

## ESTIPULACIONES POST ENSAYO

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

## INSCRIPCIÓN Y PUBLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

## INTERVENCIONES NO PROBADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras

intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

# DECLARACIÓN DE SÍDNEY DE LA AMM SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE Y LA RECUPERACIÓN DE ÓRGANOS

Adoptada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, Agosto 1968
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983,
por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

La certificación de la muerte puede hacerse en base a la cesación irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco encefálico, o la cesación irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias. Esta certificación se basará en el juicio clínico de acuerdo a criterios aceptados con la ayuda, si es necesaria, de otros medios de diagnóstico estándares aplicados por un médico.

Incluso sin intervención, la actividad de células, órganos y tejidos en el cuerpo puede continuar temporalmente después de la certificación de la muerte. La cesación de toda vida a nivel celular no es un criterio necesario para certificar la muerte.

El uso de órganos para trasplante de un donante fallecido ha hecho que sea importante que el médico pueda determinar cuándo un paciente con apoyo mecánico ha muerto.

Después que ha ocurrido la muerte, es posible mantener la circulación a los órganos y tejidos del cuerpo mecánicamente. Esto puede hacerse para preservar los órganos y tejidos para trasplantes.

Antes de un trasplante post mórtem, el estado de muerte debe ser certificado por un médico que no esté directamente relacionado con el procedimiento del trasplante.

Después de la certificación de la muerte, todo tratamiento e intento de reanimación puede abandonarse y los órganos del donante pueden recuperarse, siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento y otros éticos. Los médicos deben seguir el protocolo sobre donación de órganos para donantes fallecidos, estipulado en la Declaración de la AMM sobre Donación de Organos y Tejidos.

# DECLARACIÓN DE OSLO DE LA AMM SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO

Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial, Oslo, Noruega, Agosto 1970
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006

1. La AMM pide al médico que mantenga el respeto de la vida humana.

2. as circunstancias que ponen los intereses de la madre en conflicto con los intereses de su criatura por nacer crean un dilema y plantean el interrogante respecto a si el embarazo debe o no ser deliberadamente interrumpido.

3. La diversidad de respuestas a esta situación es producida en parte por la diversidad de actitudes hacia la vida de la criatura por nacer. Esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada.

4. No es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o de una comunidad en particular con respecto a este asunto, pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico en la sociedad.

5. Por lo tanto, donde la ley permita el aborto terapéutico, la operación debe ser realizada por un médico competente en la materia y en un lugar aprobado por las autoridades del caso.

6. Si las convicciones del médico no le permiten aconsejar o practicar un aborto, éste puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica.

# DECLARACIÓN DE TOKIO DE LA AMM NORMAS DIRECTIVAS PARA MÉDICOS CON RESPECTO A LA TORTURA Y OTROS TRATOS O CASTIGOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, IMPUESTOS SOBRE PERSONAS DETENIDAS O ENCARCELADAS

Adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Mayo 2005
por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

El médico tiene el privilegio y el deber de ejercer su profesión al servicio de la humanidad, preservar y restituir la salud mental y corporal sin prejuicios personales y aliviar el sufrimiento de sus pacientes. El debe mantener el máximo respeto por la vida humana, aun bajo amenaza, y jamás utilizar sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

Para fines de esta Declaración, la tortura se define como el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosamente por una o más personas, que actúan solas o bajo las órdenes de cualquier autoridad, para forzar a otra persona a entregar informaciones, hacerla confesar o por cualquier otra razón.

## DECLARACIÓN

1. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquier sea el delito atribuido a la víctima, sea ella sospechosa, acusada o culpable, y cualquiera sean sus creencias o motivos y en toda situación, incluido el conflicto armado o la lucha civil.

2. El médico no proporcionará ningún lugar, instrumento, substancia o conocimiento para facilitar la práctica de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para disminuir la capacidad de resistencia de la víctima a soportar dicho trato.

3. Cuando el médico preste asistencia médica a detenidos o prisioneros que son o podrían ser interrogados más adelante, debe ser muy cuidadoso para asegurar la confidencialidad de toda información médica personal. El médico debe informar a las autoridades correspondientes toda violación de la Convención de Ginebra. El médico no deberá estar presente durante ningún procedimiento que implique el uso o amenaza de tortura, o de cualquiera otra forma de trato cruel, inhumano o degra-dante.

4. Como se estipula en la Resolución de la AMM sobre la Responsabilidad de los Médicos en la Documentación y la Denuncia de Casos de Tortura o Trato Cruel, Inhumano o Degradante y como una excepción a la confidencialidad profesional, el médico tiene la obligación ética de informar los maltratos, cuando sea posible con el consentimiento de la persona, pero en ciertas circunstancias cuando la víctima no puede expresarse libremente, sin consentimiento explícito.

5. El médico no utilizará o permitirá que se use, en lo posible, conocimientos o experiencia médicos o información de salud específica de las personas con el fin de facilitar o ayudar de otra manera el interrogatorio, ya sea legal o ilegal, de dichas personas.

6. El médico no deberá estar presente durante ningún procedimiento que implique el uso o amenaza de tortura, o de cualquiera otra forma de trato cruel, inhumano o degradante.

7. El médico debe gozar de una completa independencia clínica para decidir el tipo de atención médica para la persona bajo su responsabilidad. El papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento del ser humano, sin que ningún motivo, personal, colectivo o político, lo aleje de este noble objetivo.

8. En el caso de un prisionero que rechace alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicho rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente, como se estipula en la Declaración de Malta de la AMM sobre las Personas en Huelgas de Hambre. La decisión sobre la capacidad racional del prisionero debe ser confirmada al menos por otro médico ajeno al caso. El médico deberá explicar al prisionero las consecuencias de su rechazo a alimentarse.

9. Recordando la Declaración de Hamburgo de la AMM sobre el Apoyo a los Médicos que se Niegan a Participar o a Tolerar la Tortura u Otras Formas de Trato Cruel, Inhumano o Degradante, la Asociación Médica Mundial respalda e insta a la comunidad internacional, asociaciones médicas nacionales y colegas médicos a apoyar al médico y a su familia frente a amenazas o represalias recibidas por haberse negado a aceptar el uso de la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.

10. La Asociación Médica Mundial pide a las asociaciones médicas nacionales que insten a los médicos a continuar su formación profesional y educación sobre derechos humanos.

# DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA AMM SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981
y enmendada por la 47ª Asamblea General, Bali, Indonesia, Septiembre 1995
y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, Octubre 2005
y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo, Oslo, Noruega, Abril 2015

## INTRODUCCIÓN

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

## PRINCIPIOS

1. Derecho a la atención médica de buena calidad

    a. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.

    b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.

    c. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.

    d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.

    e. En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.

f. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

2. Derecho a la libertad de elección

a. El paciente tiene derecho a eligir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.

b. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

3. Derecho a la autodeterminación

a. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.

b. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.

c. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

4. El Paciente inconsciente

a. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible.

b. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.

c. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

5. El Paciente legalmente incapacitado

a. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.

b. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.

c. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

6. Procedimientos contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. Derecho a la información

a. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.

b. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.

c. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.

d. El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.

e. El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

8. Derecho al secreto

a. Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.

b. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.

c. Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las substancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

9. Derecho a la Educación sobre la Salud

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

10. Derecho a la dignidad

a. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.

b. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.

c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

11. Derecho a la Asistencia Religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS NORMAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MEDICINA DEPORTIVA

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981
y enmendada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, Octubre 1987
la 45ª Asamblea Médica Mundial, Budapest, Hungría, Octubre 1993
y la 51ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, Octubre 1999
y reafirmada por la 185ª Sesión del Consejo de la AMM, Evian-les-Bains, France, Mayo 2010

Considerando la participación de los médicos en la medicina deportiva, la AMM recomienda las siguientes normas éticas para los médicos, a fin de ayudar a satisfacer las necesidades de los atletas, reconociendo las circunstancias especiales en las que se debe prestar su atención médica y consejos de salud,

En consecuencia:

1. El médico que atiende a atletas tiene la responsabilidad ética de tomar en cuenta los esfuerzos especiales, tanto físicos como mentales, que se les exige durante sus participaciones en actividades deportivas.

2. Cuando el participante en competiciones deportivas es un niño o un adolescente, el médico debe prestar una atención primordial a su crecimiento y a su etapa de desarrollo.

   - El médico debe asegurarse de que el estado de crecimiento y de desarrollo del niño, así como su condición general de salud, puedan resistir los rigores del entrenamiento y de la competición, sin poner en peligro el desarrollo normal físico y mental del niño o del adolescente.

   - El médico debe oponerse a toda actividad deportiva o atlética que no sea apropiada para el crecimiento o desarrollo del niño o para su estado general de salud. El médico debe actuar en beneficio de la salud del niño o del adolescente, sin considerar ningún otro interés o presión de cualquier otra fuente.

3. Cuando se trata de un atleta profesional que gana su vida gracias a esta actividad, el médico debe prestar especial atención a las directrices de la medicina del trabajo.

4. El médico debe estar consciente de que el uso de las prácticas(1) del dopaje de parte de un médico constituye una violación del juramento médico y de los principios bási-

cos de la Declaración de Ginebra de la AMM que estipula: "velaré ante todo por la salud de mi paciente". La AMM considera que el problema del dopaje es una amenaza para la salud de los atletas y de los jóvenes en general, y es también contrario a los principios de ética médica El médico debe entonces oponerse y negarse a utilizar o tolerar dichos medios o método que sean contrarios a la ética médica y/o que puedan ser dañinos para el atleta que los utilice, especialmente:

- procedimientos que modifican artificialmente los componentes de la sangre o la bioquímica.
- el uso de drogas u otras substancias, cualquier sea su índole o vía de administración, inclusive substancias que estimulan y deprimen el sistema nervioso central y procedimientos que modifican artificialmente los reflejos.
- intervenciones farmacológicas que pueden inducir alteraciones de la voluntad o del estado mental general.
- procedimientos tendientes a ocultar el dolor u otros síntomas de autoprotección utilizados para permitir al atleta participar en pruebas, cuando hay lesiones o síntomas que no aconsejan su participación.
- modificación artificial de las características propias a la edad y al sexo.
- entrenamiento y participación en pruebas incompatibles con el mantenimiento de las aptitudes, salud y seguridad del individuo.
- medidas destinadas a aumentar o mantener artificialmente el rendimiento durante las pruebas. El dopaje para mejorar la capacidad del atleta no es ético.

5. El médico debe informar al atleta, a sus responsables y a otras personas interesadas sobre las consecuencias de los procedimientos a que el médico se opone; debe velar porque no sean utilizados, apoyar los esfuerzos de otros médicos y de otras organizaciones que comparten el mismo objetivo, proteger al atleta contra toda presión que pudiera incitarlo(la) a usar estos métodos y ayudar en la vigilancia contra estos procedimientos.

6. El médico de deportistas tiene el deber de dar objetivamente su opinión sobre la aptitud o la inaptitud del atleta de una manera clara y precisa, sin dejar ninguna duda en cuanto a sus conclusiones.

7. En competencias deportivas o eventos deportivos profesionales, el médico tiene el deber de decidir si el atleta está médicamente apto para permanecer en el terreno o volver a participar en el juego. Esta decisión no puede ser delegada a otros profesionales o a otras personas que, en ausencia del médico, deben seguir estrictamente sus instrucciones dando siempre prioridad a la salud y seguridad del atleta y no a los resultados de la prueba.

8. A fin de cumplir con sus deberes éticos, el médico de deportistas debe contar con el

reconocimiento absoluto e indiscutible de su autoridad, especialmente en lo que se refiere a la salud, la seguridad y los intereses legítimos del atleta, ninguno de los cuales pueden ser perjudicados en beneficio de intereses de terceros, cualesquiera sean. Estos principios y obligaciones deben estar sustentados por un acuerdo entre el médico de deportistas y la organización atlética involucrada, que reconozca que el médico está obligado a defender los principios éticos establecidos en declaraciones nacionales e internacionales suscritas por la profesión médica, frente a las cuales tiene obligeciones.

9. El médico de deportistas debe facilitar al médico personal del paciente toda información útil a su tratamiento. Si es necesario, el médico de deportistas debe colaborar a fin de evitar que el atleta haga esfuerzos dañinos para su salud o utilice, para mejorar su rendimiento, medios que puedan perjudicarle.

10. En la medicina deportiva, al igual que en todas las otras especialidades de la medicina, se debe respetar el secreto profesional, a fin de preservar el carácter confidencial de las atenciones prestadas al atleta, así como su intimidad, especialmente para los atletas profesionales.

11. El médico de deportistas evitará contratos que le obligan a utilizar métodos terapéuticos especiales única y exclusivamente para un atleta, o para un grupo de éstos.

12. Es deseable que a los médicos extranjeros que acompañan una delegación deportiva a otro país, se les autorice a ejercer sus funciones específicas.

13. La presencia activa de un médico de deportistas es desable cuando se elaboran los reglamentos deportivos.

# DECLARACIÓN DE VENECIA DE LA AMM SOBRE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006

## PREFACIO

1. Cuando se abordan los problemas éticos asociados con la atención médica del término de la vida, se plantean inevitablemente interrogantes sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica. La Asociación Médica Mundial condena como antiético tanto la eutanasia como el suicidio con ayuda médica. Se debe entender que la política de la AMM sobre estos temas se aplica plenamente al contexto de esta Declaración sobre Enfermedad Terminal.

## INTRODUCCIÓN

1. Cuando el diagnóstico médico de un paciente excluye la esperanza de reponer o mantener su salud y su muerte es inevitable, con frecuencia el médico y el paciente se ven enfrentados a un conjunto de decisiones complejas relativas a las intervenciones médicas. Los avances de la ciencia médica han aumentado la capacidad del médico de abordar muchos problemas asociados con la atención médica del término de la vida. Sin embargo, es un área de la medicina que históricamente no ha recibido la atención que merece. Aunque no se debe comprometer la prioridad de investigación para curar enfermedades, se debe prestar más atención a desarrollar tratamientos paliativos y mejorar la capacidad del médico para evaluar y abordar los aspectos médicos y psicológicos de los síntomas de una enfermedad terminal. La fase de muerte debe ser reconocida y respetada como una parte importante en la vida de una persona. Mientras aumenta la presión pública en muchos países para considerar el suicidio con ayuda médica y la eutanasia como opciones aceptables para terminar con el sufrimiento en los pacientes terminales, el imperativo ético para mejorar el tratamiento paliativo en la fase terminal de la vida se convierte en tema de primera plana.

2. La Asociación Médica Mundial reconoce que las actitudes y creencias sobre la muerte y el morir varían mucho según la cultura y la religión. Además, muchas medidas paliativas y para mantener la vida necesitan tecnologías o recursos económicos que simplemente no están disponibles en muchos lugares. El enfoque de la atención médi-ca para los enfermos terminales se verá muy influenciado por estos factores, por lo que intentar formular normas detalladas sobre la atención terminal que puedan ser aplicadas de manera universal no es práctico ni sensato. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial presenta los siguientes principios de base para ayudar a los médicos y las asociaciones médicas nacionales a tomar decisiones relativas a la atención en fase terminal.

## PRINCIPIOS

1. El deber del médico es curar cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de una enfermedad incurable.

2. En la atención de pacientes terminales, las principales responsabilidades del médico son ayudar al paciente a mantener una calidad de vida óptima al controlar los síntomas y satisfacer las necesidades psicológicas y permitir que el paciente muera con dignidad y tranquilidad. Los médicos deben informar a los pacientes sobre la disponibilidad, los beneficios y otros efectos potenciales de los cuidados paliativos.

3. Se debe respetar el derecho del paciente a la autonomía para tomar decisiones con respecto a las decisiones en la fase terminal de la vida. Esto incluye el derecho a rechazar un tratamiento y a solicitar medidas paliativas para aliviar el sufrimiento, pero que pueden tener el efecto adicional de acelerar el proceso de muerte. Sin embargo, se prohíbe éticamente a los médicos ayudar a los pacientes de manera activa a suicidarse. Esto incluye aplicar cualquier tratamiento cuyos beneficios paliativos, en opinión del médico, no justifiquen los efectos adicionales.

4. El médico no debe emplear cualquier medio que no tenga beneficio alguno para el paciente.

5. El médico debe reconocer el derecho de los pacientes a redactar una voluntad anticipada que describa sus deseos sobre la atención, en caso que no puedan comunicarse y que designen un representante que tome las decisiones que no están expresadas en la voluntad anticipada. En particular, el médico debe abordar los deseos del paciente con respecto a las intervenciones para mantenerlos en vida y también las medidas paliativas que puedan tener el efecto adicional de acelerar la muerte. Cuando sea posible, se debe incluir al representante que toma las decisiones por el paciente en estas conversaciones.

6. El médico debe tratar de comprender y atender las necesidades psicológicas de sus pacientes, especialmente las relativas a los síntomas físicos del paciente. El médico debe tratar de asegurarse que los recursos psicológicos y espirituales estén disponibles para los pacientes y sus familias, a fin de ayudarlos a tratar la ansiedad, el miedo y la pena asociadas a la enfermedad terminal.

7. El manejo clínico del dolor en los pacientes terminales es de mucha importancia para el alivio del sufrimiento. Los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben hacer una promoción para difundir y compartir la información sobre el manejo del dolor, a fin de asegurarse que todos los médicos involucrados en la atención terminal tengan acceso a las mejores normas de práctica y a los tratamientos y métodos más corrientes disponibles. Los médicos deben poder llevar adelante el manejo clínico apropiado del dolor agresivo sin temor indebido a las repercusiones reglamentarias o legales.

8. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a los gobiernos y a las instituciones de investigación a invertir recursos adicionales para crear tratamientos destinados a mejorar la atención del término de la vida. El currículo de las escuelas de medicina debe incluir la enseñanza de los cuidados paliativos. Cuando no exista, se debe considerar la creación de la medicina paliativa como una especialidad médica.

9. Las asociaciones médicas nacionales deben defender la creación de redes entre instituciones y organizaciones relacionadas con los cuidados paliativos, a fin de facilitar la comunicación y la colaboración.

10. Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar medios artificiales necesarios para mantener activos los órganos para trasplantes, siempre que proceda de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Sidney de la AMM sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Organos.

# DECLARACIÓN DE HONG KONG DE LA AMM SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
y revisada en su redacción en la 126ª Sesión del Consejo, Jerusalén, Israel, Mayo 1990
y la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo, Oslo, Noruega, Abril 2015

Los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, psíquicos y de orientación. Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esto puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y posteriormente limiten o nieguen la atención y servicios.

El maltrato o el abandono de ancianos se puede manifestar de diversas maneras: físico, psicológico, financiero o material y médico. Las diferencias en la definición de maltrato de ancianos presentan dificultades al comparar las causas y naturaleza del problema. Se han propuesto algunas hipótesis preliminares sobre la etiología del maltrato de ancianos, incluidas: la dependencia de otros para prestar servicios, falta de lazos familiares estrechos, violencia familiar, falta de recursos económicos, psicopatología de la persona que maltrata, falta de apoyo comunitario y factores institucionales, como bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo que contribuyen a actitudes pesimistas de las personas a cargo.

El fenómeno de maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y organismos sociales. El primer paso para prevenir el abuso y el abandono de los ancianos es aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez que se han detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención primaria del maltrato, al referir dichos casos a centros de servicios sociales y comunitarios apropiados. Los médicos también pueden participar al entregar ayuda e información directamente a los pacientes y sus familias, sobre los casos de alto riesgos. Al mismo tiempo, los médicos deben utilizar la atención y la sensibilidad para mantener la confianza y confidencialidad del paciente, en especial en el caso de pacientes competentes.

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial adopta los siguientes principios generales sobre el maltrato de los ancianos.

## PRINCIPIOS GENERALES

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.

2. El médico tiene la responsabilidad de ayudar a evitar el maltrato físico y psicológico de los pacientes ancianos.

3. Si el médico es consultado por el anciano directamente, el hogar de ancianos o la familia, debe velar por que el paciente reciba la mejor atención posible.

4. El médico que constate o sospeche de maltrato, como se define en esta Declaración, debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar de ancianos. Si se confirma que existe maltrato o si se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.

5. Para garantizar la proteccion del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. Las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.

La Asociación Médica Mundial también presenta las siguientes recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a dar publicidad a esta Declaración entre sus miembros y la opinión pública.

## RECOMENDACIONES

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- hacer mayores esfuerzos para crear una relación de confianza con los pacientes ancianos a fin de instarlos a pedir atención médica cuando sea necesario y a sentirse cómodos cuando confíen en el médico.
- proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso y/o abandono.
- intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia (por lo general, el médico es el único profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia), y mantener en la máxima medida posible la confidencialidad del paciente.
- informar toda sospecha de casos de maltrato o abuso de ancianos, conforme a la legislación local.
- utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las profesiones médica, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible, y
- estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que presten servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés, a las familias de alto riesgo.

# DECLARACIÓN DE MALTA DE LA AMM SOBRE LAS PERSONAS EN HUELGA DE HAMBRE

Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial, St Julians, Malta, Noviembre 1991
y revisada su redacción por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, Septiembre 1992
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Las huelgas de hambre se producen en diversos contextos, pero presentan principalmente dilemas en establecimientos donde la gente está detenida (prisiones, cárceles y centros de detención de inmigrantes). Por lo general son una forma de protesta de las personas que no tienen otras maneras de dar a conocer sus demandas. Al rechazar los alimentos durante un período importante, los presos y detenidos esperan lograr ciertos objetivos con una publicidad negativa para las autoridades. El rechazo de alimentos por un período corto raramente plantea problemas éticos, en cambio un ayuno prolongado tiene riesgo de muerte o de daños permanentes para las personas en huelga de hambre y puede crear un conflicto de valores para los médicos. Estas personas casi nunca desean morir, pero algunas pueden estar preparadas para hacerlo con el fin de lograr sus objetivos.

2. El médico necesita comprobar la verdadera intenci6n de la persona, en especial en huelgas o situaciones colectivas en las que la presión de los pares puede ser un factor. El desafío emocional se plantea cuando una persona en huelga de hambre, que aparentemente ha dado instrucciones claras de no ser reanimada, alcanza un estado de deterioro cognitivo. El principio de beneficencia insta al médico a reanimarla, pero el respeto de la autonomía individual le impide intervenir cuando se ha expresado un rechazo válido y formal. Esto ha sido bastante considerado en muchas otras situaciones clínicas, incluido el rechazo del tratamiento para salvar la vida. Una dificultad más se agrega en los establecimientos de custodia porque no siempre queda claro si la persona en huelga de hambre expresó sus instrucciones anticipadas en forma voluntaria y con la información apropiada sobre las consecuencias.

## PRINCIPIOS

3. Deber de actuar de manera ética. Todos los médicos están comprometidos con la ética médica en su contacto profesional con gente vulnerable, incluso cuando no prescriben una terapia. Cualquiera sea su función, el médico debe protestar si se produce coerción o maltrato de detenidos y debe tratar de evitarlos.

4. Respeto de la autonomía. El médico debe respetar la autonomía de la persona. Esto puede incluir una evaluación difícil, ya que los deseos reales de la persona en huelga

de hambre puede que no sean tan claros como parecen. Toda decisión pierde fuerza moral si se toma bajo amenazas, presión o coerción de los pares. No se debe obligar a las personas en huelga de hambre a ser tratadas si lo rechazan. Aplicar, dar instrucciones o ayudar a la alimentación forzada contra un rechazo informado y voluntario es injustificable. La alimentación artificial con el consentimiento explícito o necesariamente implícito de la persona en huelga de hambre es aceptable éticamente.

5. «Beneficio» y «daño». El médico debe poner en práctica sus conocimientos y experiencia para beneficiar a las personas que atiende. Este es el concepto de «beneficencia» que se complementa con el de «no maleficencia» o Primun non Nocere. Estos dos conceptos necesitan estar equilibrados. «Beneficio» incluye el respeto de los deseos de la persona y también promover su bienestar. Evitar el «daño» no sólo significa disminuir al mínimo el daño a la salud, sino que también no forzar un tratamiento en gente competente ni presionarlos para que terminen el ayuno. La beneficencia no incluye prolongar la vida a cualquier costo, sin respeto de otros determinantes.

   Los médicos deben respetar la autonomía de las personas que están con sus capacidades, incluso cuando esto cause daño, como es de esperar. La pérdida de las capacidades no significa que un rechazo de tratamiento previo en capacidad, incluida la alimentación artificial, debe ser ignorado.

6. Equilibrio de doble lealtad. El médico que atiende a las personas en huelga de hambre puede experimentar un conflicto entre su lealtad a la autoridad que lo emplea (como la administración de una prisión) y su lealtad al paciente. En esta situación, el médico con doble lealtad está comprometido con los mismos principios éticos que los otros médicos, es decir la primera obligación es para con el paciente. Se mantiene independiente de su empleador, con respecto a las decisiones médicas.

7. Independencia clínica. El médico debe permanecer objetivo en sus evaluaciones y no permitir que terceros influyan en su opinión médica. No debe permitir que sea presionado para intervenir por razones que no sean médicas o para transgredir los principios éticos.

8. Confidencialidad. El deber de confidencialidad es importante para crear confianza, pero no es absoluto. Puede ser dejado de lado si el hecho de no hacer una revelación pone en serio e inminente peligro a otros. Al igual que otros pacientes, la confidencialidad y la privacidad de la persona en huelga de hambre debe ser respetada, a menos que se acepte la revelación o a menos que sea necesario compartir información para evitar un daño serio. Si la persona acepta, sus parientes y representante legal deben mantenerse informados de la situación.

9. Establecer la confianza. Crear confianza entre el médico y las personas en huelga de hambre con frecuencia es clave para lograr una resolución en la que ambos respeten los derechos de la persona en huelga de hambre y disminuyan al mínimo el daño. La obtención de la confianza puede crear oportunidades para solucionar situaciones difíciles. La confianza depende de que el médico dé un consejo apropiado y sea franco con la persona en huelga de hambre sobre lo que puede o no hacer, incluso en situaciones cuando el médico no pueda mantener la confidencialidad.

10. El médico debe evaluar la capacidad mental de la persona que va a comenzar una huelga de hambre. Esto incluye controlar que el individuo que quiere ayunar no tenga

un deterioro mental que afecte su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud. Los individuos que tienen un deterioro grave de su capacidad mental puede que no sean capaces de apreciar las consecuencias de sus acciones si comienzan una huelga de hambre. Los que tienen problemas de salud mental tratables deben ser derivados a una atención apropiada para su condición mental y recibir un tratamiento adecuado. Los que no pueden ser tratados o tienen una demencia avanzada deben recibir tratamiento y apoyo para permitirles que tomen las decisiones dentro de sus capacidades.

11. A la brevedad posible, el médico debe obtener el historial médico preciso y detallado de la persona que desea iniciar una huelga de hambre. Las consecuencias médicas de cualquier condición existente deben ser explicadas a la persona. El médico debe cerciorarse que las personas en huelga de hambre comprenden las posibles consecuencias del ayuno para su salud y advertirles con palabras simples las desventajas. El médico también debe explicarles cómo se pueden disminuir los daños para la salud o retardarlos, por ejemplo, al aumentar el consumo de líquidos y tiamina. La decisión de una persona de iniciar una huelga de hambre puede ser momentánea, es crucial que el paciente comprenda perfectamente las consecuencias médicas del ayuno. Conforme a las mejores prácticas en material de consentimiento informado en la atención médica, el médico debe asegurarse que el paciente entiende las informaciones transmitidas al preguntarle lo que ha comprendido.

12. Se debe realizar un examen minucioso al comienzo del ayuno, incluido tomar el peso de la persona. Se debe discutir con la persona en huelga de hambre el manejo de los síntomas futuros, incluidos los que no están relacionados con el ayuno. Se debe tomar nota de sus valores y deseos sobre cómo debe ser atendida en caso de una huelga prolongada. Si la persona en huelga de hambre acepta, los exámenes médicos se deben hacer con regularidad para determinar los tratamientos necesarios. El entorno físico debe ser evaluado para dar recomendaciones y evitar los efectos negativos.

13. La comunicación continua entre el médico y las personas en huelga de hambre es esencial. El médico debe cerciorarse a diario si las personas quieren continuar con la huelga de hambre y qué desean que se haga cuando ya no puedan comunicar de manera comprensible. El médico debe identificar si la persona está dispuesta, sin que sus exigencias sean aceptadas, a continuar con el ayuno incluso hasta la muerte. Esta información debe registrarse apropiadamente.

14. Algunas veces, las personas en huelga de hambre aceptan una transfusión intravenosa de una solución u otras formas de tratamiento médico. El rechazo de aceptar ciertas intervenciones no debe ir en prejuicio de cualquier otro aspecto de la atención médica, como el tratamiento de infecciones o del dolor.

15. El médico debe conversar en privado con la persona en huelga de hambre y fuera del alcance de escucha de otras personas, incluidos otros detenidos. Una comunicación clara es esencial y cuando sea necesario se debe disponer de intérpretes que no estén relacionados con las autoridades carcelarias y ellos también deben respetar la confidencialidad.

16. Los médicos deben convencerse de que el rechazo de alimentos o tratamiento es una elección voluntaria de la persona. Las personas en huelga de hambre deben ser protegidas de la coerción. Con frecuencia, los médicos pueden lograr esto y deben saber que la coerción puede venir de las autoridades, del grupo de pares u otros, como

los familiares. Los médicos o el personal de la salud no pueden aplicar una presión indebida de ningún tipo sobre la persona en huelga de hambre con el fin de interrumpir la huelga. El tratamiento o la atención a una persona en huelga de hambre no debe estar relacionado con la suspensión de la huelga de hambre. Toda restricción o presión, incluida pero no limitada a poner esposas, aislamiento, atar a la persona a la cama o cualquier tipo de restricción física debido a la huelga de hambre, no es aceptable.

17. Si el médico no puede aceptar por razones de conciencia el rechazo del paciente a tratamiento o alimentación artificial, el médico debe dejarlo claro al principio y debe asegurarse de derivar a la persona en huelga de hambre a otro médico que pueda aceptar su rechazo.

18. Cuando un médico se hace cargo del caso, la persona en huelga de hambre puede que ya haya perdido su capacidad mental, de modo que no hay oportunidad de discutir sobre su reanimación o sus deseos. Se deben considerar y respetar las instrucciones anticipadas expresadas por la persona en huelga de hambre. El rechazo anticipado de tratamiento debe seguirse si refleja el deseo voluntario del individuo cuando está en un estado competente. En los establecimientos de custodia, es necesario considerar la posibilidad que las instrucciones anticipadas hayan sido entregadas bajo presión. Cuando el médico tenga serias dudas sobre las intenciones de la persona, todas las instrucciones deben ser tratadas con mucha cautela. Sin embargo, si las instrucciones anticipadas han sido entregadas con buena información y de manera voluntaria, por lo general pueden ser dejadas de lado si son invalidadas porque la situación en que se tomó la decisión ha cambiado radicalmente desde que la persona perdió su competencia.

19. Si no es posible hablar con la persona y no existen instrucciones anticipadas o ninguna otra evidencia o nota en el historial clínico de una conversación, el médico debe hacer lo que estime que es mejor para su paciente. Esto significa considerar los valores personales y culturales de la persona en huelga de hambre y también su salud física. Si no existe ninguna evidencia de los deseos de la persona, el médico debe decidir si procede o no con la alimentación, sin interferencia de terceros.

20. El médico puede considerar rara y excepcionalmente, si se justifica, no seguir las instrucciones que rechazan el tratamiento porque, por ejemplo, se piensa que el rechazo fue expresado bajo presión. Si luego de la reanimación y con sus facultades mentales restablecidas la persona en huelga de hambre insiste en su intención de ayunar, dicha decisión debe ser respetada. Es ético permitir que una persona en huelga de hambre determinada muera con dignidad, en lugar de someterla a repetidas intervenciones contra su voluntad. Los médicos que actúan contra un rechazo anticipado de tratamiento deben estar preparados para justificar su acción antes las autoridades pertinentes, incluidos los reguladores profesionales.

21. La alimentación artificial cuando se utiliza en el interés clínico del paciente puede ser éticamente apropiada si una persona en huelga de hambre que está con sus capacidades está de acuerdo con ello. Sin embargo, conforme con la Declaración de Tokio de la AMM, cuando un preso rechaza los alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicha decisión, no debe ser alimentado artificialmente. La alimentación artificial también puede ser aceptable si las personas incompetentes no han dejado instrucciones anticipadas sin presión que la rechacen, para preservar la vida de la persona en huelga de hambre o evitar una grave discapacidad irreversible. La hidratación rectal no es y nunca debe ser usada como

forma de terapia para la rehidratación o apoyo nutricional en los pacientes en ayuno.

22. Cuando un paciente es capaz de comenzar la alimentación oral, se deben tomar todas las precauciones para asegurar la implementación de las directrices más recientes sobre realimentación.

23. Todos los tipos de intervenciones para la alimentación enteral y parenteral contra la voluntad de la persona en huelga de hambre mentalmente competente son consideradas "alimentación forzada". La alimentación forzada nunca es éticamente aceptable. Incluso con la intención de beneficiar, la alimentación con amenazas, presión, fuerza o uso de restricción física es una forma de trato inhumano y degradante. Al igual que es inaceptable la alimentación forzada de algunos detenidos a fin de intimidar o presionar a otras personas en huelgas de hambre para que pongan término a su ayuno.

## PAPEL DE LAS ASOCIACIONES MEDICAS NACIONALES (AMNs) Y LA AMM

24. Las AMNs deben organizar y proporcionar programas educacionales que destaquen las dimensiones éticas de las personas en huelga de hambre, los enfoques médicos apropiados, tratamientos e intervenciones. Deben esforzarse para actualizar los conocimientos profesionales de los médicos.

    Las AMNs deben tratar de ofrecer mecanismos para ayudar a los médicos que trabajan en prisiones, cárceles/centros de detención de inmigrantes que a menudo pueden enfrentar situaciones de conflictos, como lo estipula la Declaración de Hamburgo de la AMM, deben apoyar a cualquier médico que esté bajo presión para comprometer sus principios éticos.

    Las AMNs tienen la responsabilidad de esforzarse para evitar las prácticas contrarias a la ética, posicionarse y pronunciarse contra las violaciones éticas e investigarlas debidamente.

25. La Asociación Médica Mundial apoyará a los médicos y las AMNs enfrentadas a presiones políticas por defender una causa éticamente justificable, como lo estipula la Declaración de Hamburgo de la AMM.

# DECLARACIÓN DE LA AMM CON NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por las 49ª Asamblea Médica Mundial, Hamburgo, Alemania, Noviembre 1997
enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y reafirmadas con cambios menores por la 213ª Sesión del Consejo, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades, y mantener y promover la salud de la población. El objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y a la población, y de las maneras y medios para producir estos servicios. El objetivo final es mejorar los resultados en los pacientes y la salud de la población.

La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los métodos utilizados ha sido por mucho tiempo un principio fundamental de los códigos de ética de los médicos. Estos estipulan que el médico tiene que mantener y mejorar sus conocimientos y experiencia. El debe recomendar sólo exámenes y tratamientos que se creen que son eficaces y adecuados, de acuerdo a la disponibilidad de la medicina basada en evidencias.

Los médicos y los establecimientos de atención médica tienen la obligación ética y profesional de esforzarse por tener un mejoramiento continuo de los servicios y de la seguri-dad del paciente. Estas normas buscan reforzar las revisiones de la calidad y crear fundamentos éticos para dichas prácticas.

Estas normas éticas de mejoramiento continuo de la calidad se aplican a todos los médicos, los establecimientos que ofrecen servicios de atención médica a los pacientes y los que ofrecen los servicios de mejoramiento continuo de la calidad para ayudar a los médicos y organizaciones, los que pagan y regulan la atención, pacientes y otros implicados en el sistema de salud.

## OBLIGACIÓN DE ESTABLECER NORMAS PARA UN TRABAJO DE BUENA CALIDAD

Los profesionales, por definición, son responsables de especificar las normas que constituyen un trabajo de buena calidad y los procesos necesarios para la evaluación de dicha calidad. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben definir la atención de alta calidad y determinar los mejores métodos para medir la calidad de la atención prestada.

## OBLIGACIÓN DE RECOLECTAR INFORMACIÓN

A fin de evaluar la calidad de la atención, es necesario obtener información fidedigna

sobre los pacientes y las poblaciones y también los procesos y resultados de la atención. La información de los pacientes, registrada por escrito, en el computador o de otra manera, debe ser escrita y preservada cuidadosamente, se deben tomar en cuenta las obligaciones del secreto. Los procedimientos, decisiones y otros asuntos relacionados con los pacientes deben ser anotados de manera que la información pueda servir para medir condiciones específicas disponibles cuando se necesiten.

## FUNCIÓN DE LA EDUCACIÓN PROFESIONAL

Los profesionales de la salud deben tener posibilidades adecuadas de mantener y aumentar sus conocimientos y experiencia a través de la participación en educación médica continua o desarrollo profesional continuo. Las normas clínicas basadas en estándares profesionales para una atención de alta calidad deben ser elaboradas y estar a disposición fácilmente de los que las necesitan. La formación en salud debe incluir instrucción específica en técnicas de mejoramiento de la calidad, incluidas oportunidades de práctica para medir y mejorar la calidad. Los establecimientos de salud necesitan crear sistemas de calidad para uso propio y asegurar que se sigan las instrucciones contenidas en dichos sistemas.

El trabajo de buena calidad necesita recursos. Se deben realizar todos los esfuerzos para asegurar que se cuenta con el tiempo adecuado y los medios económicos para un trabajo de calidad.

## ATENCIÓN AL USO INAPROPIADO DE LOS SERVICIOS

El uso inapropiado de los servicios de salud incluye el uso excesivo, subutilización y mal uso. La evaluación de la calidad en salud debe incluir un conjunto equilibrado de medidas en estas tres áreas.

El uso excesivo de los servicios ocurre cuando los servicios de salud se entregan, por ejemplo, en circunstancias en las que el potencial de daño excede el posible beneficio. Los médicos pueden mejorar la calidad al disminuir el uso excesivo y así evitar a los pacientes riesgos innecesarios que resultan de servicios de salud inapropiados.

La subutilización de los servicios es la falta de prestación de servicios de salud cuando es probable que produzcan un resultado favorable en el paciente. Los médicos deben esforzarse para ampliar el uso de los servicios de salud necesarios que son subutilizados.

El mal uso de los servicios ocurre cuando se realiza un diagnóstico incorrecto o cuando se ha seleccionado el servicio apropiado para un diagnóstico correcto, pero el paciente no recibe todo el beneficio potencial debido a un incidente adverso evitable. El mal uso de los servicios se puede disminuir en gran parte con la utilización de estrategias de manejo de riesgos y prevención de errores.

## CONTROL DE LA CALIDAD: AUDITORÍA CLÍNICA

La participación activa en una autoevaluación crítica, a menudo a través de programas de auditoría clínica, es un mecanismo útil para los profesionales de la salud, incluidos los administradores de salud y médicos, y los establecimientos en los que trabajan, para mejorar la calidad de su trabajo. Las evaluaciones de revisión externa independiente y acreditación de la institución también se pueden utilizar cuando se realizan de manera apro-

piada y con debida atención a los potenciales efectos no deseados.

## EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA DE LA CALIDAD

A nivel individual, todo médico debe actualizar continuamente sus conocimientos y experiencia y autoevaluar de manera crítica su capacidad.

En las organizaciones, la calidad de la atención médica puede ser evaluada con métodos internos y externos.

Cada establecimiento de salud debe establecer sistemas internos de mejoramiento de la calidad para su propio uso y asegurarse que se sigan las instrucciones de dichos sistemas, los que deben incluir como actividades continuas una revisión clínica interna de los pares, revisión de los métodos de examen y tratamiento y sus resultados, observación de la capacidad de la organización para tomar medidas y observación de la información que entregan los pacientes.

Las iniciativas de revisión externa de la calidad, como una revisión externa y auditoría, deben hacerse con una frecuencia que corresponda a la evolución del campo y cada vez que exista una razón especial. Toda revisión debe considerar el ajuste de riesgo de la población de pacientes que se estudia.

Ya sea interna o externa, si los resultados de cualquier evaluación de calidad tienen oportunidades importantes de beneficio o amenazas de daño para la organización o las personas evaluadas, se debe poner atención a las potenciales consecuencias peligrosas y no intencionales de dicha evaluación. Es muy importante el monitoreo de los resultados de la evaluación del mejoramiento de la calidad y las estrategias de intervención en el tiempo, se debe poner atención a sus efectos en las poblaciones de pacientes vulnerables.

Los protocolos a usarse en la revisión de la calidad deben poder copiarse y ser transparentes. Los mecanismos de llamado deben formar parte de los protocolos.

## SECRETO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES

La historia clínica de los pacientes es un accesorio inestimable en el mejoramiento continuo de la calidad. Al igual que con todos los otros accesos a la información basada en los pacientes, es necesario el consentimiento del paciente. Si no se puede obtener el consentimiento, se debe hacer todo lo posible para asegurar que la historia clínica de los pacientes sea anónima o tenga un seudónimo para el uso en el mejoramiento de la calidad. De todas maneras, la historia clínica de los pacientes utilizada para el mejoramiento de la calidad debe ser accesible sólo para los que necesitan verla para el mejoramiento de la calidad.

## SECRETO DE LA REVISIÓN

Para que una revisión sea exitosa todas las partes involucradas deben participar y reconocer su importancia. Se recomienda obtener un consentimiento informado voluntario de los que serán revisados. En un equipo de salud, debe poderse evaluar el trabajo de cada médico. La información sobre la evaluación de un médico no debe ser publicada sin su

consentimiento. Se recomienda obtener el consentimiento antes de publicar información sobre la evaluación de un médico.
Los establecimientos que prestan servicios pueden informar a sus pacientes sobre los resultados de la revisión de la calidad.

Si las revisiones se dan a conocer al público, se debe monitorear cuidadosamente para constatar los efectos, propuestos o no propuestos, de dicho informe público de los datos de desempeño.

## REVISIÓN ÉTICA DE LAS ACTIVIDADES DEL MEJORAMIENTO DE CALIDAD

Se deben respetar los códigos nacionales de ética médica y los principios y normas éticos relativos al mejoramiento continuo de la calidad, auditoría y revisión clínica.

El mejoramiento de la calidad debe ser parte integral de las operaciones de cada organización de salud. Como tal, la mayoría de los proyectos de revisión del mejoramiento continuo de la calidad no necesitan la aprobación de un comité de ética. Sin embargo, si surgen dudas sobre asuntos específicos o si un proyecto presenta un riesgo mínimo comparado con los procedimientos existentes para la atención, entonces el proyecto se debe presentar a un comité de ética o consejo de revisión institucional apropiados. Si dicha revisión ética formal es necesaria, la debe realizar un comité cuyos miembros conozcan las técnicas de mejoramiento de la calidad.

## COMPETENCIA E IMPARCIALIDAD DEL REVISOR

El revisor tiene que ser experimentado en técnicas de mejoramiento y en auditoría clínica, como también en el campo relativo a la revisión. Cuando se revise la atención médica, el revisor debe ser un médico cuyos conocimientos y experiencia son aceptados por los que se sometan a la revisión.

El revisor debe ser imparcial e independiente. Debe conocer las actividades de los que serán revisados, debe ser objetivo en su informe y las conclusiones deben basarse en una evaluación crítica de las observaciones y hechos. No se debe permitir que asuntos comerciales o competitivos tengan alguna influencia en el contenido del informe del revisor.

## SEPARACIÓN DE LAS REVISIONES DE LA CALIDAD Y LA SUPERVISIÓN DE LAS AUTORIDADES

El mejoramiento de la calidad de los servicios y de los sistemas de atención médica es un requisito para todo médico y establecimiento. No es supervisión de las actividades profesionales y se debe mantener separada de esto. Los resultados de la revisión o auditoría de las actividades de los médicos deben ser utilizados por las autoridades supervisoras sólo previo acuerdo separado entre ellas y los médicos involucrados, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa. Estas actividades deben realizarse dentro del marco legal local y no deben exponer a los médicos participantes a litigios.

# DECLARACIÓN DE HAMBURGO DE LA AMM SOBRE EL APOYO A LOS MÉDICOS QUE SE NIEGAN A PARTICIPAR O A TOLERAR LA TORTURA U OTRAS FORMAS DE TRATO CRUEL, INHUMANO O DEGRADANTE

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM, Hamburgo, Alemania, Noviembre 1997
y reafirmada por la 176ª Sesión del Consejo, Berlín, Alemania, Mayo 2007
y reafirmada con una revisión menor por la sesión 207 ª del Consejo de la AMM en Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Basados en varias declaraciones y normas éticas internacionales suscritas por la profesión médica, los médicos en el mundo tienen prohibido apoyar, tolerar o participar en la práctica de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, por ninguna razón.

2. Entre estas declaraciones las principales son el Código Internacional de Etica Médica, la Declaración de Ginebra, la Declaración de Tokio (1975), la Resolución sobre la Responsabilidad de los Médicos en la Documentación y la Denuncia de Casos de Tortura o trato Cruel, Inhumano o Degradante (2003) y la Resolución sobre la Participación del Médico en la Pena de Muerte (1981) y también la Declaración de Madrid del Comité Permanente de Médicos de Europa (1989); la Resolución Nórdica sobre la Participación del Médico en la Pena de Muerte; y la Declaración de Hawái de la Asociación Psiquiátrica Mundial.

3. Sin embargo, ninguna de estas declaraciones trata explícitamente el problema del tipo de protección que se debe brindar a los médicos si están bajo presión, se les pide u ordena participar en tortura y otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Estas declaraciones tampoco expresan explícitamente apoyo o la obligación de proteger a los médicos que enfrentan o conocen dichas prácticas.

## RESOLUCION

4. La Asociación Médica Mundial (AMM) por la presente reitera y reafirma la responsabilidad de la profesión médica organizada:

   4.1 A instar a los médicos a cumplir su compromiso como médico para servir a la humanidad y resistir a cualquier presión para actuar contra los principios éticos que guían su dedicación a esta tarea;

   4.2 A apoyar a los médicos que tengan dificultades como resultado de su resistencia a

cualquier presión o como resultado de sus intentos de dar a conocer sus opiniones, o actuar contra dichas prácticas inhumanas.

4.3 A extender su apoyo y a instar a otras organizaciones internacionales, como también a los miembros constituyentes de la Asociación Médica Mundial (AMM), para apoyar a los médicos que tengan dificultades como resultado de sus intentos de actuar conforme a los más altos principios éticos de la profesión.

4.4 A instar a los médicos a informar y documentar todo acto de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de los que tengan conocimiento.

5. Además, en consideración del continuo empleo de dichas prácticas inhumanas en muchos países del mundo y de los documentados incidentes de presión sobre los médicos para contravenir los principios éticos suscritos por la profesión, la AMM estima que es necesario:

5.1 Protestar a nivel internacional contra toda participación de médicos en tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

5.2 Apoyar y proteger, y solicitar a sus miembros constituyentes que apoyen y protejan, a los médicos que resisten la participación en dichas prácticas inhumanas, o que documentan e informan estas prácticas o que trabajan para tratar o rehabilitar a sus víctimas, como también para asegurar el derecho de mantener los más altos principios éticos, incluido el secreto médico;

5.3 Publicar información y apoyar a los médicos que den evidencia de tortura y dar a conocer casos probados de intento de involucrar a médicos en dichas prácticas.

5.4 Instar a sus miembros constituyentes a tomar medidas para que los médicos sean responsables ante la ley en caso de complicidad en actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

6. Instar a sus miembros constituyentes a pedir a las correspondientes autoridades académicas que en todas las escuelas de medicina y hospitales se eduque y se investigue sobre los efectos de la tortura y su tratamiento, la rehabilitación de los sobrevivientes, el modo de documentar los efectos de la tortura y la protección profesional descrita en esta Declaración.

# DECLARACIÓN DE OTTAWA DE LA AMM SOBRE LA SALUD DEL NIÑO

Adoptada por la 50ª Asamblea Médica Mundial, Ottawa, Canadá, Octubre 1998
y enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

La ciencia ha probado que para lograr su potencial, los niños necesitan crecer en un lugar donde puedan desarrollarse espiritual, emocional, mental, física e intelectualmente. Este lugar debe caracterizarse por cuatro elementos fundamentales:

- un ambiente físico y emocional sano, seguro y sostenible.
- la posibilidad de tener un desarrollo óptimo.
- servicios de salud adecuados para el desarrollo sano del niño y
- control e investigación para el mejoramiento continuo futuro basado en evidencias

Los médicos saben que el futuro de nuestro mundo depende de nuestros niños. Las primeras experiencias del niño tienen una fuerte influencia en el desarrollo futuro, incluido el aprendizaje básico, éxito escolar, participación en la vida económica y social, al igual que en la salud. En muchos casos, los padres y las personas que los cuidan sólo pueden asegurar un ambiente muy estimulante con la ayuda de organizaciones locales, regionales, nacionales e internacionales.

Los principios de esta Declaración se aplican a todos los niños del mundo desde su nacimiento hasta la edad de 18 años, sin consideración de raza, edad, etnia, nacionalidad, afiliación política, credo, idioma, género, sexo, enfermedad o discapacidad, capacidad física, mental, orientación sexual, historia cultural, experiencia de vida o posición socioeconómico del niño o de sus padres o representantes legales. En todos los países del mundo, sin considerar los recursos, cumplir estos principios debe ser una prioridad para los padres, comunidades y gobiernos. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989) establece los derechos de todos los niños y jóvenes, pero estos derechos no pueden existir sin la salud. Además, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, en especial los ODS3, ODS4, ODS5 y ODS6, se aplican directamente a la salud de los niños y a los determinantes sociales de la salud. La responsabilidad de poner en práctica los principios en este documento recae en el gobierno de la región donde el niño tiene su domicilio principal.

Todos los niños deben ser tratados con dignidad, tolerancia y respeto y enseñarles lo mismo.

Todos los niños tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental y de bienestar.

Abordar los determinantes sociales de la salud es esencial para lograr la igualdad en la

atención médica del niño.

Mientras que los niños son generalmente considerados como grupos vulnerables, los grupos más vulnerables de niños incluyen a niños con necesidades especiales, huérfanos, refugiados sin hogar y solicitantes de asilo, discapacitados, niños de hogares de bajos ingresos y de zonas de conflicto. Estos grupos necesitan una consideración especial en todos los ámbitos.

1. **Un entorno físico y emocional sano, seguro y sostenible incluye los siguientes elementos:**

   - Entorno físico seguro y sostenible, con un cambio climático mínimo, ecosistema óptimo sin contaminación y degradación del agua, aire y suelo.
   - Implementación urgente de estrategias de adaptación y mitigación del cambio climático y educación apropiada para la edad sobre cambio climático para lograr un medio ambiente mejor y más sostenible para todos los niños.
   - Un hogar seguro, ambiente familiar, con cuidado de los padres y una comunidad que asista.
   - Familias, hogares, colegios y comunidades sanas, seguras y estables.
   - Protección contra el acoso y un ambiente que promueva una salud mental positiva.
   - Protección contra la discriminación en base a edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, género, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social o cualquier otro factor.
   - Acceso a una infraestructura segura con salud, transporte y lugares para jugar seguros.
   - Protección contra catástrofes naturales o producidas por el hombre.
   - Protección contra maltrato y abandono físico, sexual, emocional y verbal.
   - Prevención de la explotación en la forma de trabajo infantil.
   - Protección contra prácticas tradicionales perjudiciales
   - No presenciar ni participar en la violencia y los conflictos armados, incluido el reclutamiento forzoso como niños soldados o en pandillas.
   - Protección contra los daños que produce el alcohol, tabaco y consumo de substancias, incluido el derecho a información apropiada para la edad.
   - Todos los lactantes deben ser inscritos oficialmente dentro de un mes de vida o a la brevedad posible para que tengan una identidad oficial, acceso a la salud, seguridad social y todo otro recurso cuando la identificación sea obligatoria.
   - Los niños solicitantes de asilo, acompañados o no acompañados, no deben ser detenidos, separados de sus padres y familias ni enviados a un lugar donde corran riesgos de violaciones de derechos humanos.

2. **La oportunidad para un crecimiento y desarrollo óptimos incluye:**

   - Acceso a alimentos saludables y nutritivos para promover el desarrollo de la salud a largo plazo. Incluida la promoción de la lactancia materna exclusiva, cuando sea posible, durante los primeros seis meses de vida y durante el tiempo que la madre y el bebé se sientan cómodos, el acceso a alimentos adecuados, diversos, seguros y

dietéticos, y protección contra entornos propicios a la obesidad, a través de la regulación de alimentos y bebidas no saludables y procesados.

- Promoción y fomento del conocimiento nutricional, actividad física y educación física desde una temprana edad.
- Acceso a la educación desde temprana edad hasta la educación secundaria, con prestaciones para los que no pueden acceder.
- Acceso a información apropiada para la edad sobre salud, incluida la educación sexual integral basada en evidencia.
- Acceso a asistencia social.

3. **El acceso a la gama completa de servicios de atención médica apropiados y de alta calidad para todas las etapas del desarrollo en la niñez incluye:**

- El interés superior del niño será la consideración principal en la prestación de atención médica. Los siguientes principios de atención médica del niño se deben garantizar:
- Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y de emergencia apropiada para la madre y el niño.
- Atención prenatal y materna a fin de asegurar la mejor salud posible al nacimiento y buena atención postnatal, para asegurar los mejores resultados para la madre y el niño.
- Respeto por la privacidad del niño.
- Atención médica para todos los niños de solicitantes de asilo y refugiados.
- Formación especializada necesaria para permitir que los cuidadores respondan apropiadamente a las necesidades médicas, físicas, emocionales y de desarrollo de los niños y sus familias;
- Atención básica incluida la evaluación del desarrollo, promoción de la salud, vacunación recomendada, detección temprana de enfermedades, acceso a medicamentos y salud dental y de la vista.
- Prevención y atención para la salud mental multidisciplinaria (con médicos, asistentes sociales, psicólogos, terapeutas, terapeutas ocupacionales, especialistas en educación y otros) y comunitaria y traslado rápido para intervención cuando se identifiquen los problemas.
- Acceso prioritario a atención médica de urgencia en caso de enfermedades que pongan en peligro la vida.
- Hospitalización cuando corresponda. Los hospitales deben proveer a los padres acceso a instalaciones y políticas para un cuidado parental continuo.
- Diagnóstico de especialidad, atención y servicios de tratamiento, si es necesario
- Servicios de rehabilitación y de apoyo en la comunidad.
- Tratamiento del dolor y atención y prevención (o disminución al mínimo) del sufrimiento.
- Atención de fin de vida/cuidados paliativos.
- El consentimiento informado es necesario antes de iniciar cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o de investigación en un niño. En la mayoría de los casos, el consentimiento debe obtenerse de los padres o representante legal,

o, en algunos casos, de otros miembros de la familia, aunque los deseos de un niño competente deben considerarse antes de otorgar el consentimiento. Cuando el niño no es competente y puede expresar su opinión, sus deseos deben tomarse en cuenta antes de otorgar el consentimiento. Cuando corresponda, (por ejemplo, servicios de salud reproductiva), se debe permitir a los niños competentes a consentir al tratamiento sin la autorización parental. En caso de peligro para la vida y cuando los niños competentes no pueden dar su consentimiento y los padres/representantes no están disponibles para un tratamiento, se debe suponer el consentimiento para un tratamiento que salve la vida.

- La gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes, incluido el acceso al aborto, según la legislación nacional.
- Respeto por la identidad sexual y de género del niño. Las prácticas dañinas, como la mutilación genital o las llamadas terapias de conversión deben estar prohibidas.
- La asistencia social y los mecanismos para proporcionar un acceso universal a la atención médica están asegurados para todos los niños particularmente vulnerables.
- Las personas sin hogar, huérfanas, solicitantes de asilo, refugiadas y niños de zonas de conflicto deben recibir atención médica esencial y de emergencia sin discriminación.

**4. El monitoreo y la investigación para la mejora continua basada en evidencia en el futuro incluyen:**

- Los principios de la Declaración de Helsinki deben ser respetados en todo estudio de investigación en el que participen niños.

# DECLARACIÓN DE EDIMBURGO DE LA AMM SOBRE LAS CONDICIONES CARCELARIAS Y LA PROPAGACIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y DE OTRAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Adoptada por la 52ª Asamblea General de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000
y revisada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

Los presos gozan de los mismos derechos de salud que todas las otras personas que incluye el derecho a recibir un trato humano y atención médica apropiada. Las reglas que rigen el trato de los detenidos están establecidas en varias Declaraciones y Recomendaciones adoptadas por diversos organismos de las Naciones Unidas.

Las relaciones entre el médico y el detenido están regidas por los mismos principios éticos que en las del médico y cualquier otro paciente. Hay tensiones específicas en la relación médico-paciente que no existe en otras circunstancias, en particular la relación del médico con su empleador, el servicio carcelario y la actitud general de la sociedad con los reclusos.

Existen buenas razones de salud pública que respaldan la importancia de estas reglas. El gran aumento de casos de tuberculosis en los presos en varios países, confirma la necesidad de tomar en cuenta la salud pública como elemento importante en la planificación de nuevos regímenes penitenciarios y para reformar los actuales sistemas penales y carcelarios.

Las personas encarceladas son a menudo de las clases más marginadas de la sociedad, pueden tener acceso limitado a la atención médica antes ser encarceladas, pueden tener más mala salud que muchos otros ciudadanos y pueden ingresar en prisión con problemas de salud no diagnosticados, no detectados, ni tratados.

Las cárceles constituyen un campo de cultivo para las infecciones. La sobrepoblación, el encierro prolongado en espacios cerrados, con poca luz, mal calefaccionados, y en consecuencia mal ventilados, y casi siempre húmedos son todas condiciones que se asocian con frecuencia a la reclusión y que contribuyen a propagar las enfermedades y a la mala salud. Cuando estos factores se combinan con una mala higiene, una alimentación inadecuada y un acceso limitado a una atención médica adecuada, las cárceles pueden representar un desafío mayor para la salud pública.

Mantener a los detenidos en condiciones que los exponen a importantes riesgos médicos plantea un desafío humanitario. Un recluso infectado es un riesgo para la población carcelaria, el personal de la cárcel, los parientes, otras visitas y toda la comunidad no sólo cuando el recluso es dejado en libertad, sino también porque las rejas de las cárceles no impiden que los bacilos de la tuberculosis se propaguen al mundo exterior. La manera más eficaz y eficiente de disminuir la transmisión de enfermedades es mejorar el ambiente car-

celario, con la creación de un servicio médico eficaz que sea capaz de detectar y tratar la enfermedad y fijar como primer objetivo la sobrepoblación carcelaria como la medida más urgente.

El aumento de la tuberculosis activa en las poblaciones penales y la aparición, en algunas de estas poblaciones, de una tuberculosis resistente en extremo especialmente a diversos medicamentos, como lo reconoció la Asociación Médica Mundial en su Declaración sobre el Tratamiento de la Tuberculosis con Medicamentos, alcanza niveles muy altos de incidencia y frecuencia en las cárceles de algunas partes del mundo.

Otras afecciones, como la hepatitis C y el VIH, no tienen un nivel de contagio entre personas tan alto como la tuberculosis, pero presentan riesgos de transmisión en transfusiones sanguíneas o al compartir e intercambiar secreciones del cuerpo humano. Las condiciones en las cárceles sobrepobladas también facilitan la propagación de las enfermedades transmitidas sexualmente. La utilización de drogas por vía intravenosa también contribuye a la propagación del VIH y de la hepatitis B y C más contagiosas. Estas afecciones necesitan soluciones específicas que no se mencionan en este documento. Sin embargo, los principios que se enumeran a continuación permitirán disminuir el riesgo que implican estos agentes infecciosos.

## MEDIDAS NECESARIAS

La Asociación Médica Mundial considera esencial, a la vez para la salud pública y por razones humanitarias, que se preste especial atención a:

1. proteger los derechos de los presos, conforme a los textos de las Naciones Unidas relacionados con las condiciones de reclusión. Los presos deben tener los mismos derechos que los otros pacientes, como se estipula en la Declaración de Lisboa de la AMM;

2. no permitir que se ignoren o invaliden los derechos de los reclusos porque tienen una enfermedad infecciosa;

3. asegurar que las condiciones en que se mantienen a los detenidos y a los reclusos, ya sea cuando se detienen durante la investigación de un delito, en espera de un juicio o como castigo una vez condenados, no contribuyan al desarrollo, agravamiento o transmisión de enfermedades.

4. asegurar que las personas detenidas durante los procedimientos de inmigración sean también mantenidas en condiciones que no faciliten el contagio de enfermedades, aunque las cárceles no deben ser utilizadas normalmente para acoger a dichas personas;

5. asegurar la coordinación de los servicios de salud intra y extra-penitenciarios, con el fin de facilitar la continuación del tratamiento y la vigilancia epidemiológica que sea precisa de los pacientes reclusos en el momento de su liberación;

6. asegurar que los presos no están aislados, o en reclusión solitaria, como respuesta a su estado infeccioso sin el acceso adecuado a la atención médica y al tratamiento médico a su estado infeccioso;

7. asegurar que al admitir o trasladar al recluso a una cárcel diferente, su estado de salud sea controlado dentro de las 24 horas de ingreso a fin de asegurar la continuidad de la atención;

8. asegurar la provisión de un tratamiento de seguimiento para los reclusos que al ser liberados todavía tienen tuberculosis o una enfermedad contagiosa, puesto que un tratamiento erróneo o la interrupción del tratamiento puede ser particularmente peligrosa para la persona y también desde el punto de vista epidemiológico. La planificación y la continuación de la atención son elementos esenciales de la prestación de la atención médica en el medio carcelario;

9. reconocer que los mecanismos de salud pública, que en los casos más raros y excepcionales pueden incluir la detención obligatoria de las personas que presentan un serio riesgo de infección para toda la comunidad deben ser eficaces, necesarios y justificados y proporcionales a los riesgos que implican. Estas medidas deben ser excepcionales y será necesario plantearse cuidadosa y críticamente la necesidad de estas restricciones y la ausencia de alternativas eficaces. En estas circunstancias, la detención debe ser lo más breve y con las mínimas restricciones posibles. También debe existir un sistema de evaluación independiente y de revisión periódica de estas medidas, con un mecanismo de apelación de parte de los pacientes. Cuando sea posible, se deben utilizar alternativas a esa detención;

10. utilizar este modelo al considerar todas las medidas destinadas a la prevención de infecciones cruzadas y al tratamiento de las personas infectadas en el establecimiento carcelario.

11. Los médicos de prisiones tienen el deber de comunicar a las autoridades de salud y a los organismos profesionales de su país las deficiencias de la atención médica que se presta a los reclusos y las situaciones de alto riesgo epidemiológico. Las AMNs están obligadas a proteger a esos médicos contra cualquier posible represalia.

12. Los médicos de prisiones tienen el deber de seguir las directrices de los organismos nacionales de salud pública, particularmente en lo referente a la comunicación de enfermedades infecciosas y contagiosas de declaración obligatoria.

13. La AMM llama a todas sus asociaciones miembros para que trabajen con sus gobiernos nacionales y locales, y autoridades penitenciarias de que traten la promoción de la salud y de la atención médica en sus instituciones; además de adoptar programas que aseguren un ambiente carcelario seguro y sano.

---

**ANEXO**

Textos internacionales relacionados con la atención médica en las cárceles:

Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículos 4, 9 10 y 11). Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1948.

Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas 22-26). Aprobadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas el 31 de julio de 1957.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 12). Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigencia: 3 de enero de 1976.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículos 6, 7 y 10). Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigencia: 23 de marzo de 1976.

Principios de Etica Médica aplicables a la Protección de Personas Presas o Detenidas contra la Tortura (Principio 1). Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982.

Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión (Principio 24). Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1988.

Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos (Artículo 9). Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 14 de diciembre de 1990.

Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (Principios 50-54). Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 14 de diciembre de 1990.

Directrices de la OMS sobre la Infección por el VIH y el SIDA en las Cárceles. Publicadas en marzo de 1993, Ginebra (Documento WHO/GPA/DIR/93.3).

# DECLARACION DE LA AMM
# SOBRE
# LAS ARMAS BIOLOGICAS

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, USA, Octubre 2002
y enmendada por la 164ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2003
y reafirmada por la 191ª Sesión del Consejo, Praga, República Checa, Abril 2012

## INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial reconoce la creciente amenaza de que las armas biológicas puedan ser utilizadas para causar epidemias devastadoras que se pueden propagar por el mundo. Todos los países están potencialmente expuestos a riesgos. La difusión de organismos que producen viruela, peste, ántrax y otras enfermedades podría ser catastrófico en cuanto a las enfermedades y muertes que causarían, combinado con el pánico que generarían estos brotes. Al mismo tiempo, hay un creciente potencial para la producción de nuevos agentes microbianos, inducido por el aumento de los conocimientos de biotecnología y de métodos de manipulación genética de organismos. Estos avances causan una preocupación especial en los profesionales médicos y de salud pública porque ellos son los que mejor conocen el sufrimiento humano potencial que producen las enfermedades de epidemias y ellos serán los principales responsables del tratamiento de las víctimas de armas biológicas. Por esto, la Asociación Médica Mundial considera que las asociaciones médicas y todos los relacionados con la atención médica tienen la responsabilidad especial de informar al público y a los que elaboran políticas sobre las consecuencias de las armas biológicas y de movilizar el apoyo universal que condene la investigación, desarrollo y utilización de dichas armas por ser moral y éticamente inaceptables.

2. A diferencia del uso de armas nucleares, químicas y convencionales, las consecuencias de un ataque biológico es probable que sean engañosas, ya que pueden continuar con una transmisión secundaria y terciaria del agente, semanas o meses después de la epidemia inicial. Las consecuencias de un ataque biológico exitoso, en especial si la infección se contagia fácilmente, pueden ser mucho más importantes que las de un ataque químico o incluso nuclear. Debido a la facilidad que hay para viajar y a la creciente globalización, un brote en cuaquier parte del mundo podría siginificar una amenaza para todos los países.

3. Muchas enfermedades agudas y graves se producen en un período corto y es muy probable que sobrepasen las capacidades de la mayoría de los sistemas de salud, tanto en los países en desarrollo como en el mundo industrializado. Los servicios de salud a través del planeta se esfuerzan por satisfacer la demanda creada por el VIH/SIDA y los organismos resistentes a los antimicrobianos, los problemas creados por los conflictos civiles, los refugiados y los centros urbanos atestados e insalubres, además de las mayores necesidades de salud en las poblaciones que envejecen. La atención de muchos enfermos desesperados, durante un período corto, podría saturar todo un sistema de salud.

4. Se pueden adoptar medidas que ayuden a disminuir el riesgo de las armas biológicas y también las peligrosas consecuencias potenciales de graves epidemias, cualquiera sea su origen. Es necesaria la colaboración internacional para lograr un consenso universal que condene el desarrollo, la producción o la utilización de armas biológicas. Se necesitan programas de control en todos los países para la detección temprana, identificación y respuesta a graves enfermedades epidémicas; enseñanza de la salud y formación de profesionales, líderes civiles y público, también programas de colaboración en investigación para mejorar el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades.

5. La proliferación de la tecnología y el progreso científico en la bioquímica, biotecnología y ciencas de la vida ofrecen la oportunidad de crear nuevos patógenos y enfermedades, también métodos simplificados para la producción de armas biológicas. La tecnología es relativamente barata y fácil de obtener, puesto que la producción es similar a la utilizada en centros biológicos, como la fabricación de vacunas. Los medios para producir y difundir de manera eficaz armas biológicas existen globalmente, lo que permite que enemigos políticos o ideológicos y extremistas (que actúan en grupos o solos) amenacen a los gobiernos y pongan en peligro a países en el mundo. Las medidas contra la proliferación y para el control de armas pueden disminuir, pero no eliminar del todo la amenaza de las armas biológicas. Por esto, es necesario la creación y la adhesión a una ética aceptada mundialmente que rechace la creación y la utilización de armas biológicas.

## REFUERZO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PUBLICA Y DE CONTROL DE ENFERMEDADES

1. Un elemento importante al tratar una enfermedad epidémica es una fuerte infraestructura de salud pública. La inversión en los sistemas de salud pública aumentará la capacidad de detectar y contener prontamente los brotes de enfermedad raros o inusuales, ya sean inducidos de manera deliberada o naturales. Se necesitan funciones de salud pública principales (control de enfermedades y servicios de apoyo de laboratorio) como un fondo para la detección, investigación y respuesta a todas las amenazas epidémicas. Un programa global de vigilancia más eficaz mejorará la respuesta a las enfermedades contagiosas que se presentan en forma natural y permitirá la detección temprana y la identificación de nuevas enfermedades.

2. Es muy importante que los médicos estén alertas a los casos de enfermedades infecciosas inusuales, que soliciten ayuda a los especialistas en diagnóstico de enfermedades infecciosas e informen con prontitud los casos a las autoridades de salud pública. Puesto que un médico sólo puede detectar uno o algunos casos, y tal vez no reconozca que se trata de un brote, es muy importante la cooperación entre los médicos de atención primaria y las autoridades de salud pública.

3. Las autoridades de salud pública que tratan una epidemia necesitarán la cooperación de organismos especialistas en emergencias, encargados de aplicar la ley, establecimientos de atención médica y una variedad de organizaciones al servicio de la comunidad. Es importante contar con una planificación anticipada para que los distintos grupos trabajen juntos de manera eficaz. Además de realizar actividades de control para una detección temprana e información, los esfuerzos de salud pública se deben

dirigir a educar al personal de atención primaria y de salud pública sobre los agentes potenciales que podrían utilizarse, crear los medios en laboratorios que permitan la rápida identificación de los agentes biológicos, proporcionar servicios médicos y hospitalarios, como también vacunas y medicamentos que controlen la epidemia.

## AUMENTO DE LA PREPARACION MEDICA Y DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA

1. Es probable que el primer indicio de que se han diseminado armas biológicas sea la consulta de pacientes con los médicos tratantes, en especial los que presenten cuadros graves. Por lo tanto, los médicos tendrán una función importante en la detección temprana de un brote y deben estar preparados a reconocer y a tratar las enfermedades que deriven del uso de armas biológicas, al igual que otros agentes infecciosos y a informar con prontitud de esto a las autoridades de salud pública.

2. Durante una epidemia, los médicos tomarán parte directamente en la atención masificada de pacientes, incluida la inmunización y profilaxis de antibióticos, información al público y en diversas tareas en hospitales y en la comunidad para controlar la epidemia. Por esto, los médicos deben participar con las autoridades locales y nacionales en la preparación y la implementación de planes de respuesta a brotes infecciosos naturales e intencionales.

## INVESTIGACION DE LAS ARMAS BIOLOGICAS Y LA ETICA MEDICA

1. Los rápidos avances en microbiología, biología molecular e ingeniería genética han creado oportunidades extraordinarias para la investigación biomédica y prometen mucho en el mejoramiento de la salud humana y la calidad de vida. Se pueden esperar elementos de diagnósticos mejores y más rápidos, nuevas vacunas y medicamentos terapéuticos. Al mismo tiempo, existe preocupación por el posible mal uso de la investigación para la creación de armas biológicas más potentes y la diseminación de nuevas enfermedades infecciosas. Puede resultar difícil hacer una distinción entre la investigación biomédica legítima y la realizada por científicos inescrupulosos con la intención perniciosa de producir armas biológicas más eficaces.

2. Todos los que participan en la investigación médica tienen la obligación moral y ética de considerar las consecuencias de un uso maligno de sus descubrimientos. A través de medios deliberados o por descuido, la modificación genética de los microorganismos podría crear organismos que sean más virulentos, resistentes a los antibióticos o que tienen mayor estabilidad en el medio ambiente. La modificación genética de los microorganismos podría alterar su inmunogenicidad, lo que les permitiría evadir la inmunidad natural y la producida por vacunas. Los avances en la ingeniería genética y la terapia génica pueden hacer posible la modificación del sistema inmunológico de la población aludida que aumenta o disminuye la susceptibilidad a un patógeno o afecta el funcionamiento de los genes huéspedes normales.

3. Se debe condenar la investigación que tiene el propósito específico de crear armas biológicas. Como científicos y humanitarios, los médicos tienen la responsabilidad, ante a la sociedad, de condenar la investigación científica destinada a la creación y la utilización de armas biológicas, y de expresar su rechazo al uso de la biotecnología y tecnologías de información con fines potencialmente dañinos.

4. Los médicos y las organizaciones médicas tienen una función importante en la sociedad para exigir la prohibición de las armas biológicas y desvalorizar su uso, mantener la vigilancia de la investigación antiética e ilícita, y disminuir el peligro para la población civil que implica el uso de armas biológicas.

**RECOMENDACIONES**

1. Que la Asociación Médica Mundial y las asociaciones médicas nacionales en el mundo tengan un papel activo en la promoción de una ética internacional que condene la creación, producción o uso de toxinas y agentes biológicos que no estén justificadas por fines profilácticos, protectores u otros pacíficos.

2. Que la Asociación Médica Mundial, las asociaciones médicas nacionales y el personal de salud en todo el mundo promuevan, junto a la OMS, a la ONUy a otros organismos apropiados, la creación de un consorcio internacional de líderes médicos y de salud pública para estudiar la amenaza de armas biológicas, identificar las medidas que probablemente eviten la proliferación de armas biológicas y elaborar un plan coordinado para controlar el brote de enfermedades infecciosas a nivel mundial. Este plan debe abordar: a) sistemas internacionales de observación e información para aumentar la vigilancia y el control de los brotes de enfermedades infecciosas en el mundo, b) creación de un protocolo de verificación eficaz basado en el Conveniuo de la ONU sobre Armas Biológicas y con Toxinas, c) educación de los médicos y personal de salud sobre las enfermedades infecciosas emergentes y las armas biológicas potenciales, d) medios en laboratorios para identificar patógenos biológicos, e) disponibilidad de vacunas y medicamentos adecuados y f) necesidades financieras, técnicas y de investigación para disminuir el riesgo del uso de armas biológicas y otras amenazas de enfermedades infecciosas importantes.

3. Que la Asociación Médica Mundial llame a los médicos a estar alertas cuando se presenten enfermedades y muertes sin explicaciones en la comunidad y conocer los elementos de vigilancia y control de enfermedades para responder a los casos de enfermedades o síntomas.

4. Que la Asociación Médica Mundial inste a los médicos, a las asociaciones médicas nacionales y a otras sociedades médicas a participar con las autoridades de salud a nivel local, nacional e internacional en la creación y la implementación de protocolos de respuesta a catástrofes producidas por bioterrorismo y brotes naturales de enfermedades infecciosas. Estos protocolos deben utilizarse como base para informar a los médicos y al público.

5. Que la Asociación Médica Mundial inste a todos los que toman parte en la investigación biomédica a considerar las consecuencias y posibles aplicaciones de su trabajo y a sopesar cuidadosamente la búsqueda del conocimiento científico y sus responsabilidades éticas ante la sociedad.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS CONSIDERACIONES ETICAS DE LAS BASES DE DATOS DE SALUD Y LOS BIOBANCOS

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, USA, Octubre 2002 y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCION

1. La Declaración de Helsinki establece principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la importancia de proteger la dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de los participantes en la investigación y de obtener el consentimiento informado para utilizar el material biológico humano y la información identificables.

2. En la prestación de atención médica, la información sobre salud es recopilada por los médicos y otros miembros del equipo médico para registrar eventos de salud y ayudar al médico en la atención de su paciente.

3. Esta declaración pretende cubrir la recopilación, el almacenamiento y el uso de la información y el material biológico identificables más allá de la atención individual de pacientes. En conformidad con la Declaración de Helsinki, proporciona principios éticos adicionales para su uso en bases de datos de salud y biobancos.

   Esta declaración debe leerse en su totalidad y cada uno de sus párrafos debe aplicarse considerando todos los otros párrafos pertinentes.

4. Una base de datos de salud es un sistema para recopilar, organizar y almacenar información. El biobanco reúne material biológico e información asociada. El material biológico se refiere a una muestra obtenida de un ser humano, vivo o muerto, que puede proporcionar información biológica y genética de la persona. Las bases de datos de salud y los biobancos son recopilaciones de personas y poblaciones, ambos producen la misma preocupación sobre la dignidad, autonomía, privacidad, confidencialidad y discriminación.

5. La investigación que utiliza las bases de datos de salud y los biobancos a menudo puede acelerar mucho el mejoramiento de la comprensión de la salud, enfermedades y la eficacia, eficiencia, seguridad y calidad de las intervenciones preventivas, de diagnóstico y terapéuticas. La investigación en salud representa un bien común al servicio del paciente, como también de la población y la sociedad.

6. Los médicos deben considerar las normas éticas, legales y reguladoras para las bases de datos de salud y los biobancos en sus propios países, al igual que las normas

internacionales aplicables. Ningún requisito ético, legal o regulatorio nacional o internacional debe disminuir o eliminar ninguna de las protecciones para las personas y las poblaciones estipuladas en esta declaración.

Cuando esté autorizado por la legislación nacional adoptada por medio de un proceso democrático que respeta los derechos humanos, se puede optar por otros procedimientos que protejan la dignidad, autonomía y privacidad de las personas. Estos procedimientos sólo son aceptables cuando se implementen estrictas reglas de protección de la información.

7. Conforme al mandato de la AMM, la declaración está dirigida principalmente a los médicos. La AMM insta a las otras personas que utilizan información o material biológico en las bases de datos de salud y los biobancos a adoptar estos principios.

## PRINCIPIOS ETICOS

8. La investigación y otras actividades relacionadas con las bases de datos de salud y los biobancos deben ser en beneficio de la sociedad, en particular los objetivos de salud pública.

9. En el respeto de la dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de las personas, los médicos tienen obligaciones específicas, tanto éticas como legales, como responsables de proteger la información entregada por sus pacientes. El derecho a la autonomía, privacidad y confidencialidad también permite a las personas controlar el uso de la información personal y su material biológico.

10. La confidencialidad es esencial para mantener la confianza y la integridad en las bases de datos y los biobancos. Al saber que su privacidad será respetada, el paciente y el donante se sienten confiados para compartir información personal sensible. Su privacidad está protegida por el deber de confidencialidad de todos los que participan en la manipulación de la información y el material biológico.

11. La recopilación, almacenamiento y uso de la información y el material biológico de las personas capaces de dar su consentimiento informado deben ser voluntarias. Si la información y el material biológico son recopilados para un proyecto de investigación determinado, se debe obtener el consentimiento específico, libre e informado de los participantes, en conformidad con la Declaración de Helsinki

12. Si la información o el material biológico son recopilados y almacenados en una base de datos de salud o un biobanco para usos múltiples e indefinidos, el consentimiento es sólo válido si las personas involucradas han sido informadas adecuadamente de lo siguiente:

    - El objetivo de la base de datos de salud o del biobanco.
    - Los riesgos y costos de la recopilación, almacenamiento y uso de la información y el material.
    - La naturaleza de la información o del material que se recolectará.
    - El procedimiento para la devolución de los resultados, incluidos los descubrimientos accidentales.

- Las reglas de acceso a la base de datos de salud o al biobanco.
- Cómo se protege la privacidad.
- Los arreglos de administración estipulados en el párrafo 21.
- Que en caso que la información y el material no se pueda identificar, la persona no podrá saber qué se hace con su información o material, ni tampoco tendrá la opción de retirar su consentimiento.
- Sus derechos y protecciones fundamentales establecidos en esta declaración y
- Cuando corresponda, problemas de uso comercial y repartición de beneficios, propiedad intelectual y transferencia de información o material a otras instituciones o terceros países.

13. Además de los requisitos establecidos en la Declaración de Helsinki, cuando las personas que no pudieron dar su consentimiento, cuya información y material biológico fueron almacenados para una investigación futura, logran o recuperan la capacidad de dar su consentimiento, se deben realizar esfuerzos razonables para obtener el consentimiento de dichas personas para continuar con el almacenamiento y uso para investigación de su información y material biológico.

14. La persona tiene derecho a solicitar información sobre sus datos y su uso y recibirla, como también a solicitar las correcciones de errores u omisiones. Las bases de datos de salud y los biobancos deben adoptar las medidas adecuadas para informar a las personas involucradas sobre sus actividades.

15. La persona tiene derecho, en todo momento y sin represalias, a cambiar su consentimiento o retirar su información identificable de la base de datos de salud y su material biológico de un biobanco. Esto se aplica al uso de la información y los materiales biológicos en el futuro.

16. En casos de una amenaza inmediata grave y claramente identificada, cuando la información anónima no es suficiente, los requisitos de consentimiento pueden suspenderse para proteger la salud de la población. Un comité de ética independiente debe confirmar que cada caso excepcional es justificable.

17. Los intereses y derechos de las comunidades involucradas, en particular cuando son vulnerables, deben ser protegidos, principalmente en cuanto a la repartición de beneficios.

18. Se debe considerar especialmente la posible explotación de la propiedad intelectual. Se deben considerar y definir contractualmente protecciones para la propiedad de los materiales, derechos y privilegios antes de recolectar y compartir el material. Los asuntos de propiedad intelectual deben estar especificados en una política que cubra los derechos de todos los interesados y ser comunicada con transparencia.

19. Un comité de ética independiente debe aprobar la creación de bases de datos de salud y biobancos utilizados para investigación y otros fines. Además, el comité de ética debe aprobar también todo uso de información y material biológico y revisar si el consentimiento otorgado al momento de la recopilación es suficiente para el uso planificado o si se deben tomar otras medidas para proteger al donante. El comité debe tener derecho a monitorear las actividades en curso. Se pueden establecer otros mecanismos de revisión ética que estén conformes al párrafo 6.

**ADMINISTRACION**

20. Para fomentar la fiabilidad, las bases de datos de salud y los biobancos deben ser administrados por mecanismos internos y externos en base a los siguientes principios:

    - Protección de las personas: la administración debe ser tal que los derechos de las personas predominen sobre los intereses de otros interesados y de la ciencia.
    - Transparencia: toda información pertinente sobre las bases de datos de salud y los biobancos debe estar a disposición del público.
    - Participación e inclusión: los custodios de las bases de datos de salud y los biobancos deben consultar y participar con las personas y sus comunidades.
    - Responsabilidad: Los custodios de las bases de datos de salud y los biobancos deben ser accesibles y receptivos para todos los interesados.

21. Los arreglos de administración deben incluir lo siguiente:

    - El objetivo de la base de datos de salud o del biobanco.
    - La naturaleza de la información de salud y el material biológico que serán incluidas en las bases de datos de salud o los biobancos.
    - Los arreglos para el período de almacenamiento de la información o del material.
    - Los arreglos para las regulaciones sobre la eliminación y destrucción de la información y del material.
    - Los arreglos sobre cómo la información y el material serán documentados y rastreables, de acuerdo con el consentimiento de las personas involucradas.
    - Los arreglos sobre cómo la información y el material serán manejados en caso de cambio de dueño o cierre.
    - Los arreglos para obtener un consentimiento apropiado u otra base legal para la recopilación de información o material.
    - Los arreglos para proteger la dignidad, autonomía, privacidad y evitar la discriminación.
    - Los criterios y procedimientos sobre el acceso y el intercambio de información de salud o material biológico, incluido el uso sistemático de un acuerdo de transferencia de material, si es necesario.
    - La(s) persona(s) responsable(s) de administrar.
    - Las medidas de seguridad para evitar el acceso no autorizado o el intercambio inapropiado.
    - Los procedimientos para volver a contactar a los participantes cuando sea pertinente.
    - Los procedimientos para recibir y realizar preguntas y quejas.

22. Los profesionales que contribuyen o trabajan con las bases de datos de salud y los biobancos deben cumplir con las medidas de administración apropiadas.

23. Las bases de datos de salud y los biobancos deben funcionar bajo la responsabilidad de un profesional cualificado que asegure el cumplimiento de esta declaración.

24. La AMM insta a las autoridades pertinentes a elaborar políticas y legislación que protejan la información de salud y el material biológico, basadas en los principios enunciados en este documento.

# DECLARACION DE LA AMM
# SOBRE
# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, USA, Octubre 2002
y reafirmada por la 191ª Sesión del Consejo, Praga, República Checa, Abril 2012

## INTRODUCCION

1. El médico se esfuerza por entregar la más alta calidad de atención médica al paciente. La seguridad del paciente es uno de los elementos centrales de la calidad de la atención médica.

2. El progreso en las ciencias médicas y afines, como en la tecnología, ha transformado la medicina moderna en un sistema de salud avanzado y complejo.

3. Los riesgos inherentes siempre han existido en la medicina clínica. Los avances de la medicina moderna han producido nuevos riesgos a veces más importantes, algunos evitables y otros inherentes.

4. El médico debe tratar de prever estos riesgos y evitarlos cuando atiende a su paciente.

## PRINCIPIOS

1. El médico debe asegurar que la seguridad del paciente siempre sea considerada cuando se tome una decisión médica.

2. Es raro que las personas o los procesos sean los únicos responsables de cometer errores. Más bien, los elementos separados se combinan y juntos producen una situación de alto riesgo. Por lo tanto, debe haber una cultura no punitiva para informar sobre los errores de salud que se centre en la prevención y corrección de las fallas del sistema y no en la culpabilidad de la persona o de la organización.

3. Un entendimiento realista de los riesgos inherentes en la medicina moderna requiere que el médico debe sobrepasar los límites profesionales de la atencion médica y cooperar con todas las partes pertinentes, incluido el paciente, y adoptar un enfoque preventivo de los sistemas para la seguridad del paciente.

4. Para crear este enfoque de los sistemas, el médico debe adquirir continuamente una gran variedad de conocimientos científicos avanzados y esforzarse sin interrupción en mejorar la práctica médica.

5. Toda la información relacionada con la seguridad del paciente debe ser compartida con todas las partes pertinentes, incluido el paciente. Sin embargo, se debe proteger rigurosamente la confidencialidad del paciente.

**RECOMENDACIONES**

1. Por lo tanto, la AMM recomienda a las asociaciones médicas nacionales lo siguiente:

    1. Las asociaciones médicas nacionales deben promover políticas sobre la seguridad del paciente a todos los médicos en sus países;

    2. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a cada médico, otros profesionales de la salud, pacientes y otras personas y organizaciones pertinentes a colaborar juntos a fin de establecer sistemas que garanticen la seguridad del paciente;

    3. Las asociaciones médicas nacionales deben estimular la creación de modelos eficaces para promover la seguridad del paciente, a través de la educación médica continua/desarrollo profesional continuo;

    4. Las asociaciones médicas nacionales deben cooperar entre ellas e intercambiar información sobre los casos adversos, incluidos los errores, sus soluciones y las "lecciones aprendidas", a fin de mejorar la seguridad del paciente.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA ETICA MÉDICA Y LA TECNOLOGÍA MÉDICA AVANZADA

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington, Octubre 2002
y enmendada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

Es fundamental mantener un equilibrio entre los beneficios y los riesgos que representan para las personas el desarrollo y la aplicación de la tecnología médica avanzada. Esto está confiado a la opinión del médico.

Por lo tanto:

La tecnología médica debe utilizarse para promover la salud, el médico debe considerar la seguridad del paciente en el desarrollo y la aplicación de la tecnología médica.

A fin de guiar a los médicos capaces de prestar una atención médica apropiada, se debe tratar de asegurar la entrega de una educación médica completa, enfocada en un uso y desarrollo seguros de la tecnología médica.

# DECLARACIÓNDE LA AMM
# SOBRE
# LA RELACIÓN ENTRE EL DERECHO Y LA ETICA

Adoptada por la 164ª Sesión del Consejo de la AMM, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2003
y adoptada como Declaración en la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

Los valores éticos y los principios legales, por lo general, están estrechamente relacionados, pero es usual que las obligaciones éticas excedan los deberes éticos. En algunos casos, la legislación ordena una conducta contraria a la ética. El hecho de que un médico haya cumplido con la ley, no significa necesariamente que el médico haya tenido una conducta ética.

Cuando la legislación y la ética médica se encuentran en conflicto, los médicos deben tratar de hacer cambiar la legislación. Si se produce este conflicto, las responsabilidades éticas prevalecen sobre las obligaciones legales.

# DECLARACIÓN DE REIKAVIK DE LA AMM SOBRE CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA EL USO DE LA GENÉTICA EN LA SALUD

Adoptada por la 56ª Asamblea General de la AMM, Santiago, Chile, Octubre 2005
revisada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La genética contribuye a la creciente comprensión de las causas, desarrollos, clasificaciones y tratamientos de las enfermedades. El uso de la genética está aumentando, pasando de la identificación de enfermedades monogénicas y el uso en el tratamiento del cáncer a la predicción de riesgos de enfermedades multifactoriales y la manipulación de genes individuales. De esta manera, el uso de la genética crea y creará cada vez más un gran valor tanto en el plano individual como a nivel social. Sin embargo, el uso de información genética sobre individuos también plantea problemas relacionados con la confidencialidad, la privacidad y el riesgo de angustia, psicológica, estigmatización y discriminación.

Esta declaración proporciona recomendaciones para el uso de la genética médica que respeta los desafíos éticos que conlleva dicho uso. Está dirigida principalmente al uso de la genética en la prestación de atención médica. La recopilación, el almacenamiento y el uso de datos genéticos más allá de la atención individual de los pacientes deben cumplir los principios expuestos en la Declaración de Taipei de la AMM sobre Consideraciones éticas en las bases de datos de salud y los biobancos. El uso de la genética en la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación sobre material y datos humanos identificables, debe respetar los principios estipulados en la Declaración de Helsinki de la AMM sobre Principios éticos para la investigación médica en seres humanos.

Esta Declaración debe leerse como un todo y cada uno de sus párrafos constituyentes debe aplicarse teniendo en cuenta todos los demás párrafos pertinentes. La declaración debe actualizarse de acuerdo con los avances en el campo de la genética.

La información genética tiene características que son éticamente significativas. Individualmente, estas características también se pueden encontrar en otros tipos de información de atención médica. Sin embargo, la combinación de estas características hace que la información genética sea particularmente sensible. Esta sensibilidad, combinada con el intenso interés en la información genética de muchas partes interesadas diferentes, subraya la importancia de respetar los principios fundamentales de la ética médica, en particular el derecho del paciente a la autonomía, confidencialidad, privacidad

y beneficio en relación con la generación, almacenamiento, uso o intercambio de información genética.

Entre las características éticamente significativas se encuentran las siguientes:

- La información genética identifica una persona.
- El análisis genético puede generar información extensa y detallada sobre una persona.
- El análisis genético puede generar hallazgos adicionales.
- Aún no se conoce el significado completo de la información generada por el análisis genético.
- La información genética sobre una persona no puede ser completamente anonimizada, y la información genética no identificada puede volver a identificarse.
- Los datos genéticos contienen información no sólo sobre la persona que ha sido sometida a exámenes, sino también sobre personas que están genéticamente relacionadas con la persona examinada.
- Los exámenes genéticos de una persona pueden implicar que el médico pida tener acceso a información de salud o exámenes genéticos de personas relacionadas genéticamente (miembros de la familia).

## PRINCIPIOS ETICOS

### 1. Beneficio

Los exámenes genéticos en el contexto de la prestación de atención médica deben realizarse principalmente en beneficio del paciente examinado.

### 2. Pertinencia

Los exámenes genéticos no deben tener un alcance más amplio de lo que es pertinente para el objetivo del examen.

### 3. Consentimiento informado

a. Los exámenes genéticos sólo deben realizarse con el consentimiento informado de la persona o su representante legal. Los exámenes genéticos para la predisposición a la enfermedad sólo deben realizarse en niños si hay indicaciones clínicas claras y si se sabe que los resultados del examen serán en beneficio de ellos.

b. El proceso de consentimiento debe incluir proporcionar al paciente información comprensible, precisa y adecuada sobre lo siguiente:

- El propósito, naturaleza y los beneficios del examen.
- Los riesgos, costos y limitaciones del examen.
- La naturaleza y significado de la información a ser generada por el examen.
- Los procedimientos para el anuncio de resultados, incluidos hallazgos adicionales y descubrimientos futuros.
- Las opciones para responder a los resultados, incluidos los posibles tratamientos.

- Cómo, dónde y por cuánto tiempo se almacenarán los resultados del examen, información y muestras biológicas y quién puede acceder a los resultados actuales y futuros.
- Los posibles usos secundarios de la información generada por el examen.
- Las medidas para proteger la confidencialidad, privacidad y autonomía, incluidas las medidas de seguridad de datos.
- Los procedimientos para la gestión de resultados que tienen implicaciones para las personas relacionadas genéticamente.
- Cuando corresponda, uso comercial y distribución de beneficios, problemas de propiedad intelectual y la transferencia de datos o material a terceros.

**4. Hallazgos adicionales (hallazgos secundarios e incidentales)**

a. Un examen genético puede generar hallazgos adicionales que no están relacionados con el propósito principal del examen, también conocidos como hallazgos secundarios o incidentales. Los procedimientos para gestionar dichos hallazgos deben determinarse antes del examen y la información sobre estos procedimientos debe comunicarse al paciente como parte del proceso de consentimiento.

b. Los principios para la gestión de hallazgos adicionales deben incluir consideración para:

- Preferencias del paciente en la gestión de hallazgos adicionales.
- La importancia de los hallazgos adicionales para la salud del paciente y otros intereses
- La importancia de los hallazgos para la salud y otros intereses de las personas que están genéticamente relacionadas con el paciente.
- La validez científica de los hallazgos adicionales.
- Los puntos fuertes de la evidencia de la correlación entre los hallazgos adicionales y los riesgos relacionados con la salud para el paciente
- El grado en que los hallazgos adicionales son procesables médicamente o de otra manera.

**5. Asesoramiento genético**

a. Siempre se debe ofrecer asesoramiento genético apropiado cuando se ofrecen o realizan exámenes genéticos o tratamientos basados en la genética y para la interpretación de los resultados. La asesoría debe permitir al paciente tomar decisiones informadas de acuerdo con sus propios valores e intereses. La asesoría no debe estar sesgada por los valores personales del consejero. El derecho del individuo a no ser examinado debe estar protegido y, si el individuo ha sido examinado, no debe haber ninguna obligación para que el individuo actúe sobre los resultados del examen.

b. Los estudiantes de medicina y los médicos deben recibir educación y capacitación en asesoramiento genético, en particular el asesoramiento relacionado con el diagnóstico pre-sintomático de la enfermedad.

**6. Confidencialidad**

Al igual que todos los registros médicos, la información de las pruebas genéticas o la

terapia genética debe mantenerse estrictamente confidencial y no debe ser revelada a terceros en forma identificable sin el consentimiento de la persona examinada. En el párrafo 15 se identifican los terceros a quienes se pueden divulgar los resultados en ciertas circunstancias.

**7. Informar a terceros**

En el caso de un resultado de examen que pueda tener implicaciones para terceros, como parientes cercanos, se debe instar a la persona sometida a examen para que analice los resultados con esos terceros. En los casos en los que la no divulgación de los resultados implica un daño esperado que es grave e inevitable, excepto por la divulgación, y claramente mayor que el daño que podría resultar de la divulgación, el médico puede revelar la información necesaria a esos terceros sin el consentimiento del paciente, pero por lo general debe discutir esto con el paciente primero. Si el médico tiene acceso a un comité de ética, es preferible consultar a dicho comité antes de revelar información a terceros.

**8. Protección de datos**

La recopilación, el almacenamiento y el uso de datos genéticos requieren el nivel más alto de protección de datos.

**9. Discriminación**

Ninguna persona o grupo debe ser discriminada de ninguna manera por su composición genética, incluidas las esferas de derechos humanos, empleo y seguros. Esta protección debe aplicarse a aquellas personas que se hayan sometido a exámenes genéticos o terapia genética, así como a las personas sobre las cuales se puede inferir la información genética. Se debe tener especial cuidado en proteger a las personas y grupos vulnerables.

**10. Costo del examen**

La decisión de incluir el análisis genético como parte de una atención médica puede introducir un costo significativo para el paciente y el sistema de salud. Por lo tanto, esta decisión siempre debe basarse en la expectativa de que los costos del análisis están justificados por los beneficios para el paciente.

**11. Fiabilidad y limitaciones**

a. La identificación de genes relacionados con enfermedades ha conducido a un aumento en el número de exámenes genéticos, análisis y tratamientos disponibles. A medida que aumenta el número, los tipos y la complejidad de éstos, se debe tener mucho cuidado para garantizar su confiabilidad, precisión y calidad e informar a los pacientes sobre sus limitaciones.

b. El beneficio de un examen genético para una persona puede depender de la disponibilidad de información sobre la población pertinente. Los profesionales médicos deben conocer el alcance y las limitaciones de los datos de antecedentes genéticos y la información de salud almacenados en las bases de datos utilizadas para brindar servicios de exámenes genéticos clínicos.

## 12. Exámenes directos al consumidor

Si los exámenes genéticos se ofrecen directamente a los consumidores para fines médicos, deben cumplir con los mismos estándares técnicos, profesionales, legales y éticos que los exámenes ofrecidos por laboratorios certificados y deben cumplir con las recomendaciones que se presentan en esta declaración. En particular, los proveedores de exámenes directos al consumidor deben proporcionar información comprensible, precisa y adecuada sobre la confiabilidad y las limitaciones de sus servicios.

## 13. Uso clínico de los datos de la investigación

Para proyectos de investigación que involucren exámenes genéticos, y donde el participante pueda ser identificado, el participante de la investigación debe ser informado sobre la posibilidad de hallazgos que indiquen una amenaza grave para la salud del participante. Si existen tales hallazgos, se debe ofrecer al participante una referencia de asesoramiento genético e intervención médica adecuada.

## 14. Terapia génica y edición de genes

La terapia génica y la edición de genes representan una combinación de técnicas utilizadas para manipular genes relacionados con enfermedades. El uso de estas técnicas deben cumplir con las siguientes pautas:

- El uso de la terapia génica y la edición somática de genes deben cumplir con los estándares de la ética médica y la responsabilidad profesional.
- Se debe respetar la autonomía del paciente y siempre debe obtenerse el consentimiento informado. Este proceso de consentimiento informado debe incluir la divulgación de los riesgos de la terapia génica y la edición de genes, incluido el hecho de que el paciente deba someterse a varias rondas de terapia génica, el riesgo de una respuesta inmunitaria y los posibles problemas derivados del uso de vectores virales y los efectos del genoma fuera del objetivo.
- La terapia génica y la edición de genes sólo deben realizarse después de un análisis cuidadoso de los riesgos y beneficios involucrados y una evaluación de la efectividad percibida de la terapia, en comparación con los riesgos, efectos secundarios, disponibilidad y efectividad de otros tratamientos
- La edición de genes de células germinales tiene riesgos no resueltos científicamente y no debe aplicarse clínicamente. Esto no excluye los exámenes de edición de genes u otras investigaciones similares.

## 15. Clonación

La clonación incluye tanto la clonación terapéutica, principalmente la clonación de células madre individuales para producir una copia sana de un tejido u órgano enfermo para trasplante, como la clonación reproductiva, a saber, la clonación de un ser humano existente para producir un duplicado genético de ese ser humano. La AMM se opone a la clonación reproductiva de los humanos.

# DECLARACIÓN DE SEÚL DE LA AMM SOBRE LA AUTONOMIÁ PROFESIONAL Y LA INDEPENDENCIA CLINICA

Adoptada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
Y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

La AMM reafirma la Declaración de Madrid sobre Regulación Profesional.

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. 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.
2. 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.
3. La medicina es muy compleja. A través de una larga formación y experiencia, el médico se convierte en un experto médico 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.
4. Los médicos reconocen que deben considerar la estructura del sistema de salud y los recursos financieros cuando tomen decisiones sobre tratamientos. Las restricciones irracionales a la independencia clínica impuestas por los gobiernos y administradores no son apropiadas para el interés superior del paciente, porque puede que no estén basadas en evidencia y corren el riesgo de afectar la confianza que es elemento esencial en la relación médico-paciente.
5. La autonomía professional está limitada a la observancia de las reglas profesionales, normas y la base de evidencia.
6. 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.

7. 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.
8. 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 autonomía profesional permite a los médicos ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y apoyar a los médicos si rechazan las solicitudes de pacientes y familiares para acceder a tratamientos y servicios inapropiados.
9. 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 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.
10. 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.
11. 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, pueden imponer restricciones razonables sobre la libertad profesional absoluta del médico.
12. La Asociación Médica Mundial reafirma que la autonomía profesional y la independencia clínica son componentes esenciales de la atención médica de alta calidad y 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.

# DECLARACIÓN DE DELHI DE LA AMM SOBRE SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La influencia humana en el sistema climático es clara y las recientes emisiones de los gases a efecto invernadero son las más altas de la historia. Los últimos cambios climáticos han tenido amplias consecuencias en los sistemas humano y natural.

2. Existen pruebas convincentes sobre los numerosos riesgos para la salud que produce el cambio climático y que amenazan todos los países con ingresos bajos, medios y altos. Estos efectos para la salud incluyen olas de calor más frecuentes y más fuertes, sequías, inundaciones y eventos climáticos extremos como tormentas e incendios forestales. El cambio climático, en especial el calentamiento, ya está produciendo cambios en el ambiente en las que los vectores de enfermedades pueden florecer. Existe menor disponibilidad y calidad de agua potable, mayor inseguridad en los alimentos, lo que lleva a la desnutrición y desplazamiento de poblaciones. El cambio climático es general, pero sus efectos no están repartidos de forma homogénea y muchas de las regiones más afectadas están menos preparadas para enfrentar los desafíos que plantea.

3. El abordar el cambio climático ofrece oportunidades de mejorar la salud y el bienestar debido a los beneficios colaterales para la salud de las soluciones para lograr bajas emisiones de carbono y porque la mitigación y la adaptación pueden permitir una acción en todos los determinantes sociales de la salud. La transición a energías renovables y desplazamientos activos, y cambios en la alimentación, incluida una disminución del consumo de carnes de vacuno y otros productos animales, pueden contribuir a mejorar la salud y el bienestar.

4. Los determinantes sociales de la salud son los factores que están correlacionados con la salud a través de la exposición antes y después que la gente nace, crece, vive y trabaja. Varían entre y en los países. Generalmente, los que tienen peor salud y esperanza de vida y salud más bajas serán los que menos podrán adaptarse a los efectos adversos del cambio climático y de este modo agrava los determinantes sociales de la salud adversos.

5. La investigación sobre el cambio climático y su vigilancia es importante. La AMM

apoya los estudios describen los patrones de las enfermedades atribuidas al cambio climático, incluidos los impactos del cambio climático en las comunidades y las familias, la carga de las enfermedades conocidas y emergentes producidas por el cambio climático, y las enfermedades que se producirán con las nuevas actividades de desarrollo (evaluación del impacto en la salud), Estos estudios también deben describir a las poblaciones más vulnerables.

6. El Acuerdo de París destaca una transición a un nuevo modelo de colaboración mundial para abordar el cambio climático y es una oportunidad para que el sector de la salud contribuya a la lucha contra el cambio climático. Incluye una serie de medidas a adoptarse por cada parte para lograr el objetivo a largo plazo de mantener el aumento mundial de la temperatura promedio a menos de 1,5ºC sobre los niveles pre industriales. Aunque los Estados individuales formen o no parte del acuerdo de París, las AMNs tienen la obligación de considerar los efectos del cambio climático en el planeta y en la sustentabilidad humana, animal y ambiental y tomar las medidas.

**RECOMENDACIONES**

7. La Asociación Médica Mundial y sus miembros constituyentes :

- instan a los gobiernos nacionales y los actores no estatales a reconocer las graves consecuencias que tiene el cambio climático para la salud y a adoptar estrategias para adaptarse y mitigar los sus efectos.

- instan a los gobiernos nacionales a asegurar el cumplimiento de los compromisos nacionales con los acuerdos internacionales, incluidas las medidas de mitigación y adaptación como también sobre las pérdidas y daños.

- instan a los gobiernos nacionales a el proporcionar el financiamiento climático que incluya fondos reservados para apoyar el reforzamiento de los sistemas de salud y políticas que beneficien a la salud y al clima y proporcionar la disponibilidad de financiamiento global, regional y local suficiente de medidas de mitigación y adaptación climáticas, disminución del riesgo de catástrofes y el logro de los objetivos de desarrollo sostenible (SDGs).

- instan a los gobiernos nacionales a facilitar la participación activa de representantes del sector de la salud en la creación y la implementación de planes de preparación para el cambio climático y planificación y respuesta de emergencia a nivel local, nacional e internacional.

- instan a los gobiernos nacionales a proporcionar salud y bienestar de los desplazados por causas ambientales, incluidos los refugiados debido a las consecuencias del cambio climático;

- Piden a los gobiernos nacionales invertir en salud pública e investigación sobre

cambio climático para comprender mejor las necesidades de adaptación y los beneficios colaterales para la salud a nivel nacional.

- Instan a los gobiernos nacionales a facilitar la colaboración entre el Ministerio de Salud y los otros ministerios para asegurarse que la salud sea considerada en sus compromisos nacionales y las estrategias sustentables.

8. Las asociaciones médicas nacionales y sus médicos miembros deben:

- apoyar la defensa de adopción de prácticas sostenibles y responsables con el medio ambiente de bajos niveles de carbono en el sector de la salud, a fin de disminuir el impacto ambiental de los establecimientos y prácticas de salud.

- prepararse para perturbaciones en las infraestructuras asociadas a las emergencias en salud , en particular al planificar con tiempo la distribución de servicios y una mayor demanda de atención de pacientes durante estas situaciones de crisis.

- instar y apoyar la defensa de la protección ambiental y las reducciones de las emisiones de gases de efecto invernadero, a través de sistemas de negociación de emisiones o impuestos sobre emisiones de carbono.

- Informarse sobre los efectos del cambio climático para la salud y estar preparados para tratarlos y gestionarlos en los pacientes.

- Promover la investigación médica sobre el mejor uso de la antibioterapia para poder responder en el futuro a las nuevas enfermedades infecciosas relacionadas con el cambio climático.

9. La AMM y sus miembros constituyentes deben:

- instar a un estilo de vida con baja emisión de carbono respetuoso de los límites del planeta, incluida una vida activa, y una producción sostenible y patrones de consumo.

- tratar de crear conciencia profesional y pública sobre la importancia del medio ambiente y del cambio climático para la salud personal, de la comunidad y de la sociedad.

- trabajar por la integración de conceptos clave sobre cambio climático y competencias en el currículo universitario y de educación médica continua.

- colaborar con la OMS y otros interesados apropiados, producir material educativo y de defensa sobre el cambio climático para las asociaciones médicas nacionales, médicos y otros profesionales de la salud, así también el público en general.

- abogar ante sus respectivos gobiernos para que financien, promuevan la

investigación sobre los efectos del cambio climático para la salud y colaborar con los gobiernos, las ONGs y otros profesionales de la salud.

- colaborar con los gobiernos, las ONGs, empresas, sociedades civiles y otros para crear sistemas para alertas, a fin de asegurar que los sistemas de salud y los médicos conozcan los eventos relacionados con el clima cuando sucedan y reciban información precisa oportuna sobre el manejo de situaciones de emergencia en salud.

- Incluir al cambio climático como tema prioritario en sus agendas y participar de manera activa en la elaboración de políticas e iniciativas que disminuyan los efectos del cambio climático para la salud.

10. La AMM insta a las asociaciones médicas nacionales a:

- trabajar con las instituciones de salud y los médicos para adoptar políticas sobre el clima y ser modelos a imitar en su esfuerzo para disminuir sus emisiones de carbono.

- reconocer los factores ambientales como determinantes sociales de la salud (SDH) clave e instar a los gobiernos a fomentar la colaboración entre el sector de la salud y los otros para abordar estos determinantes.

# DECLARACIÓN DE MADRID DE LA AMM SOBRE REGULACIÓN PROFESIONAL

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

La AMM reafirma la Declaración de Seúl sobre la autonomía profesional y la independencia clínica de los médicos.

La profesión médica debe tener un papel central en la regulación de la conducta y actividades profesionales de sus miembros, velando para que su ejercicio profesional sea en beneficio de los intereses de los ciudadanos.

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.

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 modelos profesionales pueden constituir el marco 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 trabajar con los organismos reguladores y a tomar medidas apropiadas para asegurar que sistemas eficaces estén implementados. Estas medidas deben ser informadas por los siguientes principios:

1. A los médicos se les confiere 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. Esto se explica con más detalles en la Declaración de Seúl.

2. La regulación de la profesión debe ser proporcional y facilitadora y no ser engorrosa y estar basada en un modelo que se aplique a cada médico por igual, que proteja y beneficie a los pacientes, que está basado en un código ético. La planificación y la prestación de todos los tipos de atención médica están basados en un modelo ético y conocimientos médicos en base a evidencia actual que rigen a todos los médicos. Este es un elemento principal de profesionalismo y protege a los pacientes. Los médicos son los mejores cualificados para juzgar las acciones de sus pares frente a estas normas, si se consideran las circunstancias locales pertinentes.

3. La profesión médica tiene una responsabilidad continua de estar fuertemente regulada

o de autorregularse. La autoridad del control final y la toma de decisiones debe incluir al médico, basada en su formación médica específica, conocimientos y experiencia. En los países con autorregulación profesional, 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 y del público.

4. A los médicos en cada país se les insta a considerar establecer, mantener y participar activamente en un sistema proporcionado, justo, riguroso y transparente de regulación profesional. Estos sistemas están destinados a equilibrar los derechos del médico a dar su opinión médica libremente con obligación de hacerlo sensata y moderadamente.

5. Las asociaciones médicas nacionales deben hacer todo lo posible para promover y apoyar el concepto de regulación bien informada y eficaz entre sus miembros y el público. A fin de evitar cualquier potencial conflicto de intereses entre su representante y los roles de regulación, se debe 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.

6. Todo sistema de regulación profesional debe realzar y asegurar:

   - la entrega de alta calidad de la atención médica segura y competente para los pacientes
   - la competencia del médico que presta la atención
   - la conducta profesional, incluida la ética, de todos los médicos y
   - la protección de la sociedad y los derechos del paciente
   - la promoción de la confianza de los pacientes, sus familias y el público
   - la garantía de la calidad del sistema de regulación
   - la mantención de la confianza de los pacientes y la sociedad
   - la solución de los potenciales conflictos de intereses
   - el compromiso con las responsabilidades profesionales generales

7. A fin de asegurar que se ofrece al paciente una atención continua de calidad al paciente, los médicos deben participar activamente en el proceso de desarrollo profesional continuo, incluida la práctica reflexiva, para actualizar y mantener sus conocimientos clínicos, experiencia y competencia. Los empleadores y la administración tienen la responsabilidad de permitir que los médicos cumplan con este requisito.

8. 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 a las autoridades reguladoras pertinentes y aplicar medidas. Los médicos están obligados a intervenir de manera oportuna para asegurar que los colegas afectados no pongan en riesgo a los pacientes o colegas y reciban asistencia apropiada con un programa de salud para médicos o una formación apropiada que les permita un regreso a la práctica activa segura.

9. 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. El proceso de regulación debe asegurar que la incorporación de dichas lecciones sea fluido, en lo posible.

10. Instar a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para enfrentar los nuevos, desafíos, incluidas las potenciales amenazas para la regulación profesional. Es esencial para beneficio de los pacientes el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales.

11. 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.

12. Un sistema eficaz y responsable de regulación profesional no debe servir o proteger internamente a la profesión. Las asociaciones médicas nacionales deben ayudar a sus miembros a comprender que la regulación profesional, en los países donde exista debe mantener la seguridad, apoyo y confianza del público en general, incluidos sus derechos relacionados con la salud, como también el honor de la profesión.

# DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO DE LA AMM SOBRE LA PREPARACIÓN PARA CATÁSTROFES Y RESPUESTA MÉDICA

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

Durante la última década, la atención del mundo se ha centrado en una cantidad de eventos graves que han puesto a prueba y han sobrepasado la capacidad de los sistemas de respuesta médica de emergencia. Los conflictos armados, ataques terroristas y catástrofes naturales como terremotos, inundaciones y tsunamis en diferentes regiones del mundo no sólo afectan la salud de las personas que viven en esos lugares, sino que también llaman al apoyo y respuesta de la comunidad internacional. Muchas asociaciones médicas nacionales han enviado grupos para ayudar como respuesta a las catástrofes.

Según el Centro de Investigación de la Epidemiología de las Catástrofes (CRED) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la frecuencia, magnitud y víctimas de las catástrofes naturales y terrorismo han aumentado en el mundo. En el siglo pasado, alrededor de 3,5 millones de personas murieron en el mundo por catástrofes naturales, como 200 millones murieron por catástrofes causadas por el hombre (guerras, terrorismo, genocidio). Cada año, las catástrofes producen cientos de muertes y pérdidas de millones de dólares debido a la interrupción del comercio y destrucción de viviendas e infraestructura importante.

La vulnerabilidad de las poblaciones (debido a la urbanización, aumento de la densidad de la población y envejecimiento) ha aumentado el riesgo de catástrofes y emergencias de salud pública. La mundialización, que conecta a los países a través de la interdependencia económica, ha producido un aumento de los viajes y comercio internacionales. Esta actividad lleva también a un aumento de la densidad de la población en las ciudades en el mundo y más movimiento de personas a las zonas costeras y otras regiones susceptibles de tener catástrofes. El aumento de los viajes internacionales puede acelerar la propagación de las infecciones y agentes bioterroristas en el mundo. El cambio climático y el terrorismo son factores mundiales importantes que pueden tener influencia en las catástrofes, por lo que necesitan un continuo monitoreo y atención.

La aparición de enfermedades infecciosas como la influenza H1N1 y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) y el reciente Virus del Nilo Occidental y la viruela del simio en el hemisferio occidental refuerza la necesidad de una vigilancia constante y planificación para prepararse y responder a nuevas emergencias de salud pública inesperadas.

La creciente posibilidad de catástrofes relacionadas con terrorismo afecta a grandes poblaciones de civiles en todos los países. Todavía existe preocupación por la seguridad de los arsenales de armas nucleares, químicas y biológicas y la contratación de personas capaces de manufacturarlas e instalarlas. La posibilidad de naturaleza catastrófica de un ataque terrorista "exitoso" representa un evento que puede exigir una cantidad desproporcionada de recursos y preparación de los profesionales de la salud.

Las catástrofes naturales como tornados, huracanes, inundaciones y terremotos, como las relacionadas con las industriales y de transporte, son mucho más comunes y también pueden estresar a los sistemas médicos, de salud pública y respuesta de emergencias.

En consideración de los recientes eventos en el mundo, está claro que todos los médicos necesitan ser más expertos en reconocer, diagnosticar y tratar grandes cantidades de víctimas en un enfoque de todo riesgo frente al manejo y respuesta de las catástrofes. Deben poder reconocer las características generales y las emergencias de salud pública y cómo informarlas y dónde obtener más información si es necesario. Los médicos están en primera línea cuando tratan a heridos y enfermos a causa de microbios, riesgos ambientales, catástrofes naturales, accidentes en autopistas, terrorismo y otros. La detección temprana e información son muy importantes para disminuir al mínimo las víctimas a través de un trabajo en equipo entre el sector público y privado de la salud y el personal de respuestas a las emergencias.

La AMM, que representa a los médicos del mundo, llama a sus miembros a defender lo siguiente:

- Promover la competencia estándar para asegurar la consistencia entre los programas de formación para catástrofes destinados a los médicos de todas las especialidades. Sabemos que muchas AMNs tienen cursos sobre catástrofes y experiencia en respuesta a las catástrofes. Estas AMNs pueden compartir estos conocimientos y abogar por la integración de un nivel estandarizado de formación para todos los médicos, sin consideración de especialidad o nacionalidad.

- Trabajar con gobiernos nacionales y locales para establecer o actualizar bases de datos regionales sobre información de mapas geográficos sobre las capacidades y logística de los sistemas de salud para ayudar en una respuesta médica a nivel nacional y en el mundo cuando sea necesario. Esto puede incluir información sobre organizaciones nacionales de respuesta, las condiciones de los hospitales y las infraestructuras de los sistemas de salud, las enfermedades endémicas y emergentes y otra información clínica y de salud pública importante para ayudar a los equipos de respuesta médica en caso de catástrofes. Además, los sistemas para comunicar directamente con los médicos y otro personal de salud en primera línea deben ser identificados y reforzados.

- Trabajar con los gobiernos nacionales y locales para asegurar la elaboración y prueba de los planes de manejo de catástrofes para la atención clínica y la salud pública, incluida la base ética para proponer dichos planes.

- Instar a los gobiernos a nivel nacional y local a trabajar dentro de los límites departamentales normales en la elaboración de la planificación necesaria.

La AMM puede funcionar como canal de comunicación para las AMNs durante los tiempos de crisis, para que puedan coordinar las actividades y el trabajo juntos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

## INTRODUCCIÓN

Todas las personas tienen derecho a una atención médica de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho, independiente de la edad o de cualquier otro factor asociado. La AMM reafirma los principios establecidos en la Declaración sobre Enfermedades Terminales y la Declaración sobre Eutanasia. Estas Declaraciones respaldan y complementan la Declaración sobre la Atención Médica al final de la Vida.

Los cuidados paliativos al final de la vida son parte de una buena atención médica[1]. Existe gran necesidad de acceso a una medicina paliativa de mejor calidad, en especial en los países con pocos recursos[2]. El objetivo de la medicina paliativa es lograr la mejor calidad de vida posible a través del alivio apropiado del dolor y otros síntomas físicos aflictivos y la atención de las necesidades sociales, psicológicas y espirituales del paciente.

La Medicina Paliativa puede aplicarse en el hogar y en instituciones de atención médica a diversos niveles. El médico debe adoptar ante el sufrimiento una actitud compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al paciente cuando necesita esta atención constituye una práctica médica inaceptable.

## RECOMENDACIONES

### 1. Tratamiento del dolor y síntomas

1.1 Es imprescindible identificar a los pacientes que se acercan al final de la vida lo más temprano posible de manera que el médico pueda realizar una evaluación detallada de sus necesidades. Siempre se debe establecer un plan de atención para el paciente, cuando sea posible, dicho plan de atención se establecerá en con-sulta directa con el paciente.

Para algunos este proceso puede comenzar meses o un año antes de anticipar la muerte. Incluye reconocer y abordar la posibilidad de dolor y otros síntomas aflictivos y atender las necesidades sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes en el tiempo que les queda. El objetivo principal es mantener la dignidad del paciente y su libertad de los síntomas aflictivos. Los planes de atención consideran mantenerlos lo más cómodos y en control posible y reconocer la importancia de apoyar a la familia y tratar el cuerpo con respecto después de la muerte.

1.2 Para el alivio del dolor y de otros síntomas aflictivos contamos con avances importantes. El uso adecuado de la morfina y de nuevos analgésicos, entre otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor y otros síntomas aflictivos en la mayoría de los casos. La autoridad sanitaria apropiada debe facilitar a los médicos y pacientes el acceso y disponibilidad de estos medicamentos necesarios. Los grupos de médicos deben elaborar directrices sobre su uso apropiado, incluida la cantidad de dosis y la posibilidad de efectos secundarios no deseados.

1.3 En algunos pocos casos, generalmente en fases muy avanzadas de la enfermedad física, pueden presentarse síntomas refractarios a las terapias disponibles. En estos casos, la sedación paliativa hasta la pérdida de la conciencia[3] puede ofrecerse cuando la esperanza de vida es de sólo algunos días, como medida extraordinaria en respuesta a un sufrimiento que el paciente y el médico consideran insoportable. Nunca se debe utilizar la sedación paliativa para causar intencionalmente la muerte del paciente o sin el acuerdo del paciente que sigue siendo mentalmente competente. El grado y el tiempo de la sedación paliativa debe ser proporcional a la situación. La dosis debe ser calculada cuidadosamente para aliviar los síntomas, pero debe ser lo más baja posible para que sea beneficiosa[4].

**2. Comunicación y consentimiento, ética y valores**

2.1 La información y la comunicación entre paciente, familia y miembros del equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad al final de la vida. Hay que facilitar al paciente que pueda expresar sus preferencias sobre la atención, sus emociones o angustias existenciales deben ser consideradas.

2.2 La atención al final de la vida, éticamente apropiada, debe promover la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida y se deben respetar los valores del paciente y de su familia.

2.3 El médico debe tratar las preferencias del paciente directamente con él o sus representantes que tomen decisiones de salud, si corresponde. Estas conversaciones deben iniciarse temprano y ser ofrecidas en forma rutinaria a todos los pacientes y deben aplicarse en forma regular para conocer cualquier cambio en los deseos del paciente, en especial si su situación clínica ha cambiado. El médico debe instar a sus pacientes a documentar formalmente sus objetivos, valores y preferencias de tratamiento y nombrar a un representante que tome decisiones de salud con el que el paciente puede abordar sus valores sobre la atención médica y el tratamiento con antelación. Los pacientes que reniegan las consecuencias de su condición tal vez no desean abordar el tema en algunas etapas de su enfermedad, pero deben saber que pueden cambiar de parecer. Puesto que las directivas avanzadas documentadas a menudo no están disponibles en las situaciones de emergencias, el médico debe hacer ver a los pacientes la importancia de discutir las preferencias de tratamiento con las personas que probablemente puedan representarlos para tomar decisiones de salud.

2.4 Si el paciente puede dar su consentimiento, la atención debe estar basada en sus deseos, siempre que las preferencias puedan ser justificadas del punto de vista médico y legal. El consentimiento debe estar basado en información suficiente y diálogo, es la obligación del médico asegurarse que el paciente sea tratado adecuadamente para su dolor y molestias antes de obtener el consentimiento, a fin de asegurarse que el sufrimiento físico y mental innecesario no interfiera en su decisión.

2.5 Los parientes más cercanos o la familia del paciente deben ser informados y participar en la toma de decisiones, siempre que el paciente no se oponga a esto. Si el paciente no puede expresar su consentimiento y no se dispone de una voluntad anticipada, las opiniones de su representante que toma decisiones de salud nombrado por él sobre la atención y el tratamiento deben ser consideradas.

**3. Historial médico y aspectos médico-legales**

3.1 Los médicos que asisten a un paciente en la etapa final de su vida reflejarán cuidadosamente en la historia clínica el tratamiento y las razones para elegir procedimientos particulares, incluidos los deseos y consentimiento del paciente y la familia en anotaciones de su evolución en el historial médico. Un historial médico adecuado es muy importante para la continuidad y la calidad de la atención médica en general y los cuidados paliativos en particular.

3.2 El médico también debe considerar que dichas anotaciones pueden servir desde el punto de vista médico-legal, por ejemplo para determinar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

**4. Familiares**

Es necesario reconocer la importancia de la familia y el entorno afectivo del paciente. Deben reconocerse y satisfacerse las necesidades de la familia y otros cuidadores a lo largo de la enfermedad. El equipo de atención médica debe promover la colaboración en la atención del paciente y proporcionar también apoyo en el duelo, cuando sea necesario, después de la muerte del paciente. Las necesidades de los niños y de las familias pueden requerir atención y competencia especiales, cuando los niños son pacientes o dependientes.

**5. Trabajo en equipo**

Por lo general, la atención paliativa la proporciona equipos multiprofesionales e interdisciplinarios de atención médica y profesiones fuera del ámbito de la salud. El médico debe ser el jefe del equipo, responsable entre otras obligaciones del diagnóstico y tratamiento médico. La continuidad de la atención es muy importante. El equipo debe hacer todo lo posible para facilitar el deseo del paciente de morir en casa, si es apropiado.

**6. Formación del médico**

El progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos y una mayor disponibilidad de opciones de tratamiento eficaz demuestran que el tema de la atención al final de la vida debe ser parte importante de la formación médica de pre y post grado.

### 7. Investigación y educación

Es necesario más investigación para mejorar la medicina paliativa. Esto incluye, pero no está limitado a, atención médica general, tratamientos específicos, consecuencias psicológicas y organización. La AMM respaldará los esfuerzos para educar mejor a los médicos en los conocimientos necesarios para aumentar la frecuencia y calidad de una planificación de atención avanzada significativa.

## CONCLUSIÓN

La atención que un pueblo presta a sus pacientes moribundos con los recursos disponibles es un exponente de su grado de civilización. Los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos para prestar la mejor atención médica posible al final de la vida.

La AMM recomienda que todas las asociaciones médicas nacionales elaboren una política nacional sobre atención paliativa y sedación paliativa basada en las recomendaciones de esta Declaración.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL CONTROL DE LA LEPRA EN EL MUNDO Y LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA LEPRA

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

La lepra es un problema de salud pública de gran envergadura que presenta aproximadamente 250.000 nuevos casos cada año en el mundo. Es una enfermedad curable y después de comenzar el tratamiento la cadena de transmisión es interrumpida. La lepra ha sido abordada de manera inapropiada del punto de vista de inversión en investigación y de tratamiento médico.

La Asociación Médica Mundial recomienda a todas las asociaciones médicas nacionales que las personas afectadas por la lepra y sus familiares sean tratados con dignidad y sin prejuicios ni discriminación. Los médicos, profesionales de la salud y entidades de la sociedad civil deben combatir todas las formas de prejuicio y discriminación. Los centros de investigación deben reconocer que la lepra es un problema de salud pública importante y deben continuar la investigación de esta enfermedad porque todavía existen vacíos en sus mecanismos pato-fisiológicos. Esto se puede solucionar con la asignación de recursos para nueva investigación, lo que contribuirá a lograr un control más eficaz en el mundo. Las escuelas de medicina, en especial en países con alta prevalencia de esta enfermedad, deben destacar la importancia de la lepra en sus currículos. Los sectores público, privado y de la sociedad civil deben unir sus esfuerzos para difundir información sobre el prejuicio contra la lepra y reconocer que es una enfermedad curable.

# DECLARACIÓN DE OSLO DE LA AMM SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011
y el título cambiado (S a D) por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015
y revisada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, son educadas, viven, trabajan y envejecen y las influencias de la sociedad en estas condiciones. Los determinantes sociales de la salud son las principales influencias en la calidad de vida, incluida la buena salud, y la extensión de la esperanza de vida sin discapacidad. Los determinantes sociales de la salud también incluyen el impacto del racismo y la discriminación, no sólo desde una perspectiva individualizada o interpersonal, sino desde perspectivas estructurales e institucionales.

Mientras la atención médica busca sanar y restaurar la salud, son estos factores sociales, culturales, ambientales, económicos y otros las principales causas de los índices de enfermedad y, en particular, la magnitud de las desigualdades en salud.

Para lograr la igualdad sanitaria para todos se necesita un fuerte compromiso de los gobiernos, el sector de la salud, los profesionales de la salud y la comunidad internacional, entre otros. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU apuntan específicamente a garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades (objetivo 3), asegurar educación inclusiva y equitativa y promover oportunidades duraderas de aprendizaje para todos (objetivo 4) y reducir la desigualdad dentro y entre los países (objetivo 10). En la Declaración de la AMM sobre el Acceso a la atención médica, la AMM destaca la importancia del acceso a la atención médica para todos y sugiere formas de actuar sobre el acceso inadecuado y las desigualdades en materia de salud. La AMM apoya y promueve la introducción de una cobertura de salud universal adecuada en todos los países. Esto mejorará el acceso a la atención médica apropiada para todos y así promover la conciencia y medidas sobre los determinantes sociales de la salud.

Históricamente, la principal función de los médicos y otros profesionales de la salud ha sido tratar a los enfermos – una función vital y muy apreciada en todas las sociedades. En menor medida, los profesionales de la salud han estado expuestos a las causas de la enfermedad – tabaquismo, obesidad y alcohol en las enfermedades crónicas, por ejemplo. Estos aspectos familiares del estilo de vida pueden considerarse causas «próximas» de enfermedad.

La función de los determinantes sociales va más allá de este enfoque de causas próximas y considera las «causas de las causas». Por ejemplo, el tabaquismo, obesidad, alcohol, sedentarismo son causas de enfermedades. El enfoque de los determinantes sociales aborda las causas de las causas y en particular cómo contribuyen a las desigualdades sociales en salud. Este enfoque se centra no sólo en la conducta personal, sino que tratan de considerar las circunstancias sociales y económicas que producen una mala salud prematura a lo largo de la vida. La voz de la profesión médica ha sido y sigue siendo importante para abordar las causas de las causas.

En muchas sociedades, el comportamiento no saludable sigue la gradiente social: mientras más bajo en la jerarquía socioeconómica, más alto es el índice de tabaquismo, una dieta peor y menos actividad física. En el tema de abordar los determinantes sociales de la salud es fundamental la estrecha interrelación entre pobreza y enfermedad. Una causa principal, pero la única, de la distribución social de estas causas es el nivel de educación. La desigualdad estructural también puede dificultar el acceso a alimentos saludables.

Ejemplos específicos de abordar las causas de las causas: regular el precio y disponibilidad del alcohol, las que son clave en el consumo de alcohol; y promover el impuesto al tabaco, etiquetado del paquete, prohibición de publicidad y fumar en lugares públicos, que han tenido efectos demostrables en el consumo del tabaco.

Existe un creciente movimiento a nivel mundial que busca abordar las grandes desigualdades en salud y duración de la vida a través de acción en los determinantes sociales de salud. Este movimiento incluye a la Organización Mundial de la Salud, varios gobiernos nacionales, organizaciones de la sociedad civil y académicos. Se buscan soluciones y se comparte la información. Los médicos deben estar bien informados sobre las consecuencias de perpetuar las desigualdades y deben estar dispuestos a participar en este debate. Los médicos pueden ser abogados en las acciones de condiciones sociales que tienen importantes efectos en la salud y en el reforzamiento de la atención primaria y las instituciones de salud pública. La profesión médica puede contribuir mucho a la salud pública, incluido con el trabajo con otros sectores para encontrar soluciones innovadoras.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM y las asociaciones médicas nacionales deben desempeñar un papel activo en la lucha contra las desigualdades sociales y de salud y las barreras para obtener atención médica, esforzándose por permitir que los médicos brinden atención médica de alta calidad igual para todos. La cobertura de salud universal adecuada en todos los países debe ser un objetivo central, ya que ayudará a disminuir la desigualdad en salud.

2. La AMM puede agregar un valor significativo a los esfuerzos mundiales para abordar los determinantes sociales de la salud al ayudar a los médicos, otros profesionales de la salud y asociaciones médicas nacionales a comprender lo que demuestran las evidencias emergentes y lo que funciona en distintas circunstancias. La AMM puede pedir a los médicos hacer lobby de manera más eficaz en sus países y fuera de ellos y asegurar que los conocimientos y habilidades médicas sean compartidos.

3. La AMM debe ayudar a reunir información de iniciativas exitosas y ayudar a que los médicos y otros profesionales de la salud compartan experiencias e implementen soluciones nuevas e innovadoras.

4. La AMM debe funcionar con las asociaciones nacionales para promover la educación de los estudiantes de medicina y médicos sobre las desigualdades en salud y los determinantes sociales de la salud y ejercer presión en los gobiernos nacionales, a fin de que adopten las medidas apropiadas para disminuir la desigualdad en salud y las causas de una mala salud prematura.

5. La AMM y las Asociaciones Médicas Nacionales deben alentar a los gobiernos y organismos internacionales a tomar medidas e implementar políticas y herramientas específicas que aborden la desigualdad en salud y los determinantes sociales de la salud. Algunos gobiernos han tomado medidas iniciales para reducir la inequidad en salud al tomar medidas sobre los determinantes sociales de la salud; las regiones locales han elaborado planes de acción; existen buenos ejemplos de práctica general que funcionan en todos los sectores para mejorar la calidad de vida de las personas y, por lo tanto, reducir la desigualdad en salud. La AMM debe reunir ejemplos de buenas prácticas de sus miembros y promover un mayor trabajo en este ámbito.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN SITUACIONES DE VIOLENCIA

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

## INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es un elemento fundamental de los derechos humanos que no cambia en las situaciones de conflicto y violencia. El acceso a la asistencia médica para los enfermos y heridos, que hayan o no tomado parte en combate activo, está garantizado por diversos acuerdos internacionales, incluido el Convenio de Ginebra y los Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y Armas de Fuego por los Funcionarios de la ONU Encargados de Hacer Cumplir la Ley.

La principal obligación de los médicos siempre es con sus pacientes. Los médicos tienen las mismas responsabilidades éticas de mantener la salud y salvar vidas en situaciones de violencia o de conflictos armados como en tiempos de paz. Estas responsabilidades están estipuladas en las Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia.

Es esencial asegurar la seguridad y la del personal de salud a fin de permitir la prestación de la atención de la más alta calidad a los pacientes. Si el personal de salud no está seguro, no puede prestar atención y los pacientes sufrirán.

En las situaciones de violencia, la prestación de atención médica es obstruida con frecuencia y los enfermos y heridos no reciben el tratamiento esencial por las siguientes razones:

1. Al personal médico se le impide atender a los heridos.

2. Interferencia del Estado y otros en posición de poder a través de intimidación, detención u otras medidas legales.

3. A los pacientes se les niega el acceso a los establecimientos médicos.

4. Agresiones a los establecimientos y transportes médicos.

5. Agresiones al personal médico, incluido el secuestro.

6. Actos violentos sin un objetivo que dañan o destruyen los establecimientos o vehículos y causan lesiones o muerte al personal médico.

Estas acciones tienen graves consecuencias humanitarias y violan las normas internacionales de la neutralidad médica establecidas en los derechos humanos internacionales y derecho humanitario y códigos de ética médica.

Los ataques a los principios éticos fundamentales de la profesión médica, como los intentos de ejercer presión sobre los profesionales médicos para que entreguen información sobre las personas atendidas, pueden afectar la confianza de los pacientes y disuadir a los pacientes de pedir la atención necesaria.

## RECOMENDACIONES

La AMM insta a los gobiernos y a todas las partes involucradas en situaciones de violencia a:

1. Asegurar la seguridad, independencia y la del personal de salud en todo momento, incluso durante los conflictos armados y otras situaciones de violencia, de acuerdo con las Convenciones de Ginebra y otros protocolos adicionales.

2. Permitir que el personal de salud atienda a los pacientes heridos y enfermos, sin considerar su papel en un conflicto, y cumpla su labor médica libre e independientemente y conforme a los principios de su profesión, sin miedo de castigos o intimidación

3. Garantizar el acceso seguro de los heridos y otros que necesiten atención médica a los establecimientos médicos adecuados no debe ser impedido indebidamente.

4. Proteger los establecimientos médicos, el transporte médico y las personas atendidas en ellos y proporcionar el entorno de trabajo más seguro posible para el personal de salud y protegerlos de toda interferencia y ataque.

5. Respetar y promover los principios del derecho internacional humanitario y los derechos humanos que protegen la neutralidad médica en situaciones de conflictos.

6. Establecer mecanismos de información para documentar la violencia contra el personal médico y los establecimientos, como se estipula en la Declaración de la AMM sobre la Protección y la Integridad del Personal Médico en Conflictos Armados y otras Situaciones de Violencia.

7. Crear conciencia de las normas internacionales sobre la protección del personal de salud y cooperar con los diferentes interlocutores a fin de identificar estrategias para abordar las amenazas a la salud. La colaboración entre la AMM y el Comité Internacional de la Cruz Roja en el proyecto Salud en Peligro es un ejemplo de esto.

# DECLARACIÓN
# DEL AMM SOBRE EL ALCOHOL

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015
y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La carga de enfermedades y lesiones asociadas al consumo de alcohol es un desafío importante para la salud pública y desarrollo a nivel mundial. La Asociación Médica Mundial presenta esta declaración sobre el alcohol como un compromiso para disminuir el excesivo consumo de alcohol y como un medio para respaldar a sus miembros en la promulgación de políticas y medidas destinadas a disminuir el consumo nocivo.

2. El consumo excesivo de alcohol causa muchos problemas importantes para la salud, la sociedad y la economía. En general, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 200 tipos de enfermedades y lesiones, incluidas las muertes por accidentes de tránsito. El nocivo consumo de alcohol mata aproximadamente a 3,3 millones de personas cada año (5,9% de todas las muertes en el mundo) y constituye el tercer factor de riesgo de mala salud en el planeta, con 5.1% de años perdidos por discapacidad. Más allá de los numerosos efectos crónicos y graves para la salud, el consumo de alcohol está asociado a amplias consecuencias sociales, mentales y emocionales. El problema presenta una magnitud especial en los jóvenes y adolescentes que comienzan a consumir alcohol a una edad más temprana, preocupa el riesgo de su salud física, mental y social.

3. Aunque el consumo de alcohol está muy arraigado en muchas sociadades, el alcohol no puede ser considerado una bebida ordinaria o un producto de consumo. Es una substancia que causa importante daño médico, psicológico y social a través de la toxicidad, intoxicación y dependencia física.

   Existe cada vez más evidencia de que la vulnerabilidad genética a la dependencia del alcohol es un factor de riesgo para algunas personas. El síndrome del alcohol fetal y los efectos del alcohol para el feto, causas evitables de discapacidad intelectual, pueden ser producto del consumo del alcohol durante el embarazo.

   La adolescencia es una etapa de importante vulnerabilidad porque el desarrollo neurológico no ha terminado y el alcohol tiene un impacto negativo en él. Mucha evidencia científica ha demostrado los efectos peligrosos del consumo antes de la edad adulta para el funcionamiento cerebral, mental, cognitivo y social de los jóvenes y muchas posibilidades de dependencia del alcohol en la edad adulta y problemas relacionados con el alcohol para las personas que beben antes de alcanzar su madurez

fisiológica. El consumo regular de alcohol y el beber sin límite en los adolescentes puede afectar de manera negativa el rendimiento escolar, aumentar la participación en delitos y afectar de manera adversa el rendimiento sexual y el comportamiento.

4. Las iniciativas y políticas eficaces para disminuir el consumo nocivo de alcohol deben incluir medidas legales y reguladoras destinadas al consumo de alcohol en la población. También deben incluir programas de salud y sociales e intervenciones específicas para los consumidores a alto riesgo, grupos vulnerables y daños causados a las personas afectadas por los que consumen alcohol, por ejemplo la violencia intrafamiliar.

   Cuando se elaboren políticas, se debe tomar en cuenta que en casi todos los países, la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol en la población están asociados al consumo dañino o peligroso de bebedores «sociales» no dependientes, en especial cuando están intoxicados. Este es un problema específico de la juventud en muchos lugares del mundo que bebe con la intención de intoxicarse.

5. Muchas políticas sobre el alcohol y programas de prevención basados en evidencias son eficaces para disminuir los problemas de salud, seguridad y socioeconómicos atribuibles al consumo nocivo de alcohol. Es necesario tener campañas de salud pública y asociaciones internacionales para reforzar y apoyar la capacidad de los gobiernos y la sociedad civil mundial a comprometerse y actuar para disminuir el consumo nocivo de alcohol a través de intervenciones eficaces, incluida la acción en los determinantes sociales de la salud.

   Los profesionales de la salud en general y los médicos en particular tienen un papel importante en la prevención, tratamiento y mitigación de los efectos nocivos del alcohol, y a través de intervenciones preventivas y terapéuticas eficaces.

   La Asociación Médica Mundial insta y apoya la elaboración y la aplicación de políticas nacionales sobre el alcohol basadas en evidencia, al promover y facilitar asociaciones, intercambio de información y la creación de capacidad en políticas de salud.

## OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

Con las políticas sobre alcohol, la AMM recomienda los siguientes objetivos generales:

6. Reforzar los sistemas de salud a fin de identificar y mejorar la capacidad de cada país a instaurar políticas y tomar medidas sobre el excesivo consumo de alcohol.

7. Promover el desarrollo y la evaluación en todos los países de estrategias nacionales sobre el alcohol completas, basadas en evidencia y que incluyan medidas para reglamentar el suministro, distribución, venta, publicidad, auspicio y promoción del alcohol. Las mejores políticas de la OMS más rentables deben ser particularmente promovidas, como (i) aumentar los impuestos a las bebidas alcohólicas, (ii) regular su disponibilidad, (iii) restringir su comercialización y (iv) contramedidas por conducir bajo los efectos del alcohol. Las estrategias deben ser revisadas y actualizadas regularmente.

8. A través de los departamentos de salud gubernamentales, evaluar con precisión la carga para la salud que representa el consumo de alcohol, a través de la recopilación de información sobre venta, datos epidemiológicos y consumo per cápita.

9. Apoyar y promover la función de los profesionales de la salud y médicos en la identificación temprana, detección y tratamiento de personas que tienen un consumo nocivo de alcohol.

10. Eliminar los mitos e impugnar las estrategias de lucha contra el alcohol que no se basan en evidencia.

11. Disminuir el impacto del consumo nocivo de alcohol en las poblaciones a riesgo.

12. Fomentar la colaboración multidisciplinaria y la acción intersectorial coordinada.

13. Crear conciencia de los efectos nocivos del alcohol a través de educación del público y campañas de información.

14. Promover los determinantes sociales de la salud para luchar contra el consumo dañino de alcohol.

## RECOMENDACIONES

Las siguientes prioridades se sugieren a los miembros de la AMM, asociaciones médicas nacionales y gobiernos en la elaboración de políticas integradas y completas y respuestas legislativas.

### 15. Regular la capacidad adquisitiva, accesibilidad y disponibilidad

15.1 Políticas de precio

La evidencia de la investigación epidemiológica y otra demuestra que existe un vínculo directo entre el precio del alcohol y el nivel de consumo, en especial entre los jóvenes y consumidores excesivos.

Por lo tanto, son necesarias medidas para aumentar los precios del alcohol con un impuesto volumétrico de los productos, en base a su grado de alcohol, y otros mecanismos de precio probados, a fin de disminuir el consumo de alcohol, principalmente en los grandes consumidores y los grupos a alto riesgo.

Fijar un precio mínimo por unidad a un nivel que reduzca el consumo de alcohol es una fuerte medida de salud pública que disminuirá el consumo de alcohol en la población y será especialmente eficaz para los consumidores excesivos y los jóvenes.

15.2 Accesibilidad y disponibilidad

Regular el acceso y la disponibilidad de alcohol al limitar las horas y días de venta, la cantidad y ubicación de los comercios de alcohol y establecimientos autorizados, como también la instauración de una edad mínima de consumo. Los gobiernos deben aplicar impuestos y controlar la producción y el consumo de alcohol, con licencias que enfaticen la salud pública y la seguridad. Las autoridades que otorgan las licencias tendrán la

posibilidad de controlar la disponibilidad total de alcohol en sus jurisdicciones. Los gobiernos también deben controlar la importación y la venta de alcohol illegal en las fronteras.

Las autoridades públicas deben reforzar la prohibición de venta a menores y deben sistemáticamente solicitar documentación que acredite la edad antes de vender alcohol en el comercio o bares.

**16. Regulación del alcohol no comercial**

La producción y el consumo de alcohol de las formas no comerciales, como la fabricación casera, destilación ilícita y la derivación ilegal del alcohol para evitar el pago de impuestos deben ser restringidos, a través de mecanismos apropiados de impuestos y precios.

**17. Regulación de la comercialización de alcohol**

La comercialización de alcohol debe estar restringida para evitar que los jóvenes comiencen a beber a edad temprana y disminuir al mínimo su consumo de alcohol. La regulación va desde prohibir la venta al por mayor y restricciones a las medidas que promuevan el consumo excesivo, hasta restricciones sobre el lugar y contenido de la publicidad de alcohol atractiva para los jóvenes. Existe evidencia de que el autocontrol de la industria y los códigos de conducta voluntarios no son eficaces para proteger a las poblaciones vulnerables de la exposición a la comercialización y promoción del alcohol.

Aumentar la sensibilidad del público al consumo nocivo de alcohol a través del el etiquetado obligatorio de los productos que indique claramente el contenido de alcohol por unidad, aconseje los niveles de consumo recomendados y una advertencia para la salud, respaldado por campañas de concienciación.

En conjunto con otras medidas, se deben implementar campañas de comunicación social, junto con los medios de comunicación, para informar a la opinión pública sobre el consumo nocivo de alcohol, adoptar las políticas contra la conducción bajo los efectos del alcohol y tener como objetivo el comportamiento de las poblaciones a alto riesgo.

**18. El rol de los servicios de salud en materia de prevención**

Los profesionales de la salud y de servicio social deben tener una formación, disponer de recursos y recibir apoyo necesario para evitar el consumo nocivo de alcohol y tratar a las personas con dependencia del alcohol, incluida la entrega sistemática de breves consejos a los consumidores a alto riesgo para incitarlos a disminuir su consumo. Los profesionales de la salud tienen también un papel clave en la educación, sensibilización e investigación.

Servicios de tratamiento especializado y rehabilitación deben estar disponibles oportunamente y asequibles para las personas dependientes del alcohol y sus familias.

Junto con las sociedades médicas nacionales y locales, organizaciones de especialidades médicas, grupos sociales, religiosos y económicos interesados (incluidos los organismos gubernamentales, científicos, profesionales, no gubernamentales y voluntarios, el sector privado y la sociedad civil) los médicos y otros profesionales de la salud y sociales pueden colaborar para:

18.1 Disminuir el peligroso uso del alcohol, en especial entre los jóvenes y las mujeres embarazadas, en el lugar de trabajo y cuando se conduzca;

18.2 Aumentar las posibilidades de que todos se sientan libres de presiones para consumir alcohol y libre de los arriesgados y nocivos efectos del consumo de otros.

18.3 Promover la prevención en base a evidencias en los colegios y las comunidades.

18.4 Ayudar a informar al público sobre los peligros del alcohol y a terminar con el mito de que el alcohol contiene propiedades para mejorar la salud.

Los médicos tienen una función importante para facilitar la recopilación de información epidemiológica y de servicio de salud sobre el impacto del alcohol con el objetivo de prevención y promoción de la salud pública. La recopilación de información debe respetar la confidencialidad de la información sobre la salud de cada paciente.

**19. Medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol**

Se deben implementar medidas disuasivas para evitar la conducción bajo los efectos del alcohol, con la instauración de un nivel de alcoholemia legal máximo para los conductores de no más de 50mg/100ml. Estas medidas deben estar respaldadas por campañas de comunicación social y reforzadas por el poder de la autoridad para aplicar sanciones inmediatas.

Estas medidas también deben incluir el cumplimiento active de las medidas de seguridad de tránsito, control de alcoholemia aleatorio e intervenciones legales y médicas para los conductores bajo los efectos del alcohol reinicidentes.

**20. Limitar el papel de la industria del alcohol en la elaboración de políticas sobre el alcohol**

Las prioridades comerciales de la industria del alcohol están en conflicto directo con el objetivo de la salud pública de disminuir el consumo total de alcohol. A nivel internacional, la industria del alcohol es incluida con frecuencia en la elaboración de políticas por las autoridades nacionales, pero la industria a menudo es activa en oponerse y debilitar las políticas eficaces contra el alcohol. Se debe reaccionar contra las estrategias de control del alcohol ineficaces y no basadas en evidencia que promueven la industria del alcohol y las organizaciones sociales subvencionadas por la industria. El papel de la industria del alcohol en la reducción de los efectos nocivos del alcohol se debe limitar a su función de productores, distribuidores y comerciantes de alcohol y no a participar en la elaboración de políticas de lucha contra el alcohol o la promoción de la salud.

**21. Convención sobre el control del alcohol**

Promover la consideración de un convenio marco para el control del alcohol, similar al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

**22. Excluir al alcohol de los acuerdos comerciales**

Además, a fin de proteger las actuales y futuras medidas sobre control del alcohol, apoyar la clasificación del alcohol como un producto extraordinario y que las medidas que afectan

el suministro, distribución, venta, publicidad, auspicio, promoción o inversión en bebidas alcohólicas sean excluidas de los acuerdos comerciales internacionales.

**23. Acción contra los mensajes positivos en los medios de comunicación**

Es importante actuar sobre el impacto que tienen los mensajes de los medios de comunicación en las creencias, intenciones, actitudes y normas sociales. Las campañas de los medios bien diseñadas pueden tener efectos directos en el comportamiento. Los medios de comunicación también influyen en el concepto social de un problema e influyen indirectamente en las decisiones políticas sobre medidas de intervención para el alcohol.

# DECLARACIÓN DE CHICAGO
# SOBRE
# LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

Los objetivos de la educación médica son preparar a los médicos en ejercicio para aplicar los últimos descubrimientos científicos en la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano y comunicar las normas éticas de pensamiento y conducta del médico. Todos los médicos tienen la responsabilidad consigo mismo y con la profesión y sus pacientes de mantener altos niveles de formación médica básica.

Los programas de garantía de la calidad bien planificados e implementados son esenciales para asegurar que las escuelas de medicina logren estos objetivos y expectativas. Existen muchas amenazas a la calidad de la educación médica básica. La capacidad de ofrecer un alto nivel de educación puede verse afectada la disponibilidad de infraestructura y recursos clínicos, el nivel de preparación de la facultad, y la condición económica. También la educación médica básica en todo el mundo está en crecimiento, con un rápido aumento en el número de escuelas de medicina en algunos países y es causa de preocupación por la calidad de los graduados. Un programa de garantía de calidad bien elaborado permite que las escuelas identifiquen y aborden las condiciones que amenazan la calidad de su educación médica básica. Estos programas deben ser implementados en lo posible en las escuelas de medicina del mundo.

## ANTECEDENTES

Las normas elaboradas para una escuela de medicina están hechas para reflejar lo que la escuela considera medidas de calidad importantes. Las revisiones institucionales que utilizan estas normas elaboradas internamente pueden asegurar que la misión de la escuela de medicina se cumpla y que los estudiantes sean preparados para lograr los resultados deseados. La utilización de un programa institucional de garantía de calidad que tiene sus propios criterios definidos y cuenta con el apoyo de personal capacitado puede ser importante para asegurar la garantía de la calidad a lo largo del tiempo.

Sin embargo, es más probable que se obtenga un mejor resultado si también se incluye una segunda dimensión de la revisión con una perspectiva externa. Un sistema de garantía de calidad nacional incluye normas de calidad elaboradas y aprobadas a nivel nacional o regional. La evaluación de una escuela de medicina en base a lo que espera un país o

region de sus programas de educación médica básica lleva a un nivel de preparación de estudiantes más alto y consistente.

A menos que se exija a las escuelas de medicina el cumplimiento de las normas establecidas por un sistema de evaluación nacional, no existe ninguna garantía que las escuelas realicen una evaluación interna o corrijan problemas que interfieran con la calidad de la educación. La Asociación Médica Mundial (AMM) reconoce la necesidad y la importancia de normas globales sólidas para asegurar la calidad de los programas de educación médica básica.

Un sistema de acreditación/reconocimiento es un mecanismo de garantía de calidad que es cada vez más común en todo el mundo. Los sistemas de acreditación / reconocimiento están basados en los estándares de calidad educacional que se han elaborado para satisfacer las necesidades nacionales y que utilizan procesos válidos, fiables y ampliamente aceptados para evaluar el alcance de estas normas en las escuelas de medicina. Una vez que se evalúa el cumplimiento de las normas, es necesaria la cooperación y la coordinación entre los diversos grupos interesados dentro como fuera de una escuela de medicina para implementar soluciones a los problemas identificados.

## PRINCIPIOS PARA LOS SISTEMAS DE ACREDITACIÓN

Un sistema de acreditación revisa los programas educativos o las instituciones que utilizan un conjunto predeterminado (típicamente nacional) de las normas de proceso y resultados. Los sistemas de acreditación que existen en todo el mundo difieren en varias maneras. En algunos países, la acreditación de las escuelas de medicina se ha hecho por décadas; en otros países, la acreditación es relativamente nueva. La participación en la acreditación puede ser obligatoria o voluntaria para las escuelas de medicina y las revisiones pueden realizarse en diferentes intervalos.

La acreditación se define como la evaluación de los programas educativos o las instituciones sobre la base de un conjunto claro y específico de estándares. Las normas de acreditación deben ser articuladas como estándares que han sido elaborados con las necesidades nacionales en mente y con la colaboración de grupos de interesados pertinentes en el país.

Ciertos principios generales deben formar la base de un sistema de acreditación para asegurar que el proceso sea válido y las decisiones relacionadas con la calidad del programa educativo sean dignas de confianza. Estos principios incluyen la transparencia, la falta de conflicto de intereses, y la fiabilidad / consistencia. La transparencia requiere que le normas de acreditación y procesos sean conocidas y comprendidas por las escuelas, evaluadores y los responsables de decisiones. Para reducir la posibilidad de conflictos de interés, los evaluadores y los encargados de tomar decisiones no deben tener ningún vínculo con la institución que se está evaluando que pueda afectar su capacidad de tener una opinión libre de sesgo positivo o negativo. La fiabilidad y consistencia requieren que haya un entendimiento común de lo que constituye el cumplimiento de las normas y que, en la medida de lo posible, esta comprensión se aplique sistemáticamente en los exámenes y las decisiones a través de las escuelas.

Las normas de acreditación son medibles, pero no tienen que ser cuantitativas. Las normas

son elaboradas normalmente tanto para el proceso y los resultados de un programa de educación médica. La información específica debe ser identificada para evaluar el cumplimiento. Por ejemplo, las normas relacionadas con el proceso pueden abordar el objetivo y la estructura del plan de estudios, las calificaciones de los estudiantes que entran y profesores de la facultad, y la disponibilidad de recursos para el apoyo del programa, incluidas las finanzas adecuadas profesorado suficiente y una infraestructura educativa adecuada para las fases científicas y clínicas de la formación. Los resultados del programa de educación médica son evaluados para determinar si los graduados han sido preparados adecuadamente en función de los objetivos de la escuela.

Para ser más eficaz, las normas utilizadas en la acreditación necesitan ser ampliamente difundidas y explicadas a fondo para que las escuelas de medicina, evaluadores y los responsables de decisiones compartan un entendimiento común de su significado y las expectativas para el cumplimiento. Para la eficacia del proceso y la transparencia, la facultad de la escuela de medicina, los evaluadores que revisan el cumplimiento de las escuelas de medicina con los estándares de acreditación y los que adoptan decisiones y toman la determinación definitiva de la acreditación requieren una formación.

Una institución habrá logrado sus objetivos cuando se realiza un monitoreo permanente del cumplimiento de las normas de acreditación y cuando el monitoreo interno es una responsabilidad formal de uno o más individuos en la escuela de medicina que tiene acceso a información pertinente vinculada con la calidad (tales como los resultados de las encuestas de satisfacción de los estudiantes y los datos de rendimiento de los estudiantes). La revisión en curso de algunos o todos los estándares de acreditación permite a las escuelas corregir las áreas problemáticas antes de que sean identificadas como parte de la revisión formal de la acreditación y asegura que el programa educativo siga siendo de alta calidad.

Si una revisión de la acreditación identifica áreas que deben mejorarse, la escuela de medicina debe corregir las deficiencias pronto. El organismo de acreditación / reconocimiento normalmente establece un calendario de seguimiento al final del cual el programa educativo debe poder demostrar que se han adoptado medidas y se han logrado resultados. Esto puede requerir que la escuela de medicina / universidad debe proporcionar los recursos financieros y otros, incluido el tiempo y esfuerzo de la facultad y la infraestructura que se necesitan para hacer las correcciones necesarias.

Con el fin de ayudar a las escuelas a tratar las deficiencias identificadas, el apoyo y consulta podrían ser proporcionadas por el personal del organismo de acreditación o demás personas con formación. Para evitar conflictos de intereses, los que realizan consultas no deben tomar parte en las revisiones de la acreditación o en las decisiones sobre el estado de ésta.

## RESPONSABILIDADES DE LOS GRUPOS INTERESADOS DENTRO Y FUERA DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA

El establecimiento de un sistema de acreditación que cumpla con los principios de validez y confiabilidad requiere medidas de una variedad de grupos interesados, como por ejemplo:

- Las entidades que patrocinan los organismos de acreditación (por ejemplo, gobiernos, asociaciones médicas) deben asegurar que la entidad de acreditación esté financiada apropiadamente y cuente con personal para sus actividades. El financiamiento puede provenir de los patrocinadores o de la capacidad del organismo de acreditación para generar fondos propios de las tasas de revisión de la acreditación. Los organismos de acreditación en algunos países pueden requerir financiamiento y dotación de personal adicional para hacer frente al aumento en el número de escuelas de medicina.

- Es aconsejable que los directivos de las escuelas fomenten un ambiente que valore las actividades de garantía de calidad educacional. La facultad deben tener el tiempo y ser reconocida por su participación en las actividades de evaluación de programas y acreditación. Los estudiantes de medicina deben estar preparados e instados a proporcionar información sobre todos los aspectos pertinentes del programa de educación médica.

**RECOMENDACIONES**

La AMM llama a las asociaciones médicas nacionales (AMNs) a instar a las escuelas de medicina a elaborar programas de garantía de calidad para apoyar la revisión en curso de la calidad del programa educacional.

La AMM insta a las AMNs a apoyar y promover el desarrollo continuo de los sistemas de acreditación / reconocimiento nacionales y regionales de las escuelas de medicina. Estos sistemas deben estar diseñados y dirigidos por los médicos, en colaboración con educadores médicos experimentados y con participación de otros expertos pertinentes.

La AMM llama a las AMNs a instar a los gobiernos nacionales y responsables del sector privado a asegurar que el sistema nacional de acreditación tenga los recursos adecuados y apropiados para sus actividades. Esto incluye un financiamiento suficiente y consistente para el apoyo a la infraestructura y el personal del organismo de acreditación.

La AMM recomienda que los sistemas de acreditación utilicen normas pertinentes a nivel nacional aplicadas de manera consistente por evaluadores y responsables con formación cuando realicen una revisión de las escuelas de medicina.

La AMM insta a las AMNs a abogar ante los responsables de decisiones que la participación en el sistema nacional de acreditación debe ser requerido para todas las escuelas de medicina dentro de un país.

La AMM llama a las AMNs a instar a los sistemas nacionales de acreditación a participar en las revisiones externas de sus políticas, prácticas y normas. Esto puede incluir la búsqueda de reconocimiento por parte de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME). Se insta a los organismos de acreditación reconocidos y organizaciones similares a establecer un foro de debate y cooperación entre los organismos nacionales de acreditación para compartir las mejores prácticas y mecanismos para superar los desafíos.

Se debe instar a los médicos a dirigir y participar activamente en las actividades de

acreditación nacionales como evaluadores y responsables de decisiones y en las actividades de garantía de la calidad en sus propias escuelas de medicina.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# EL COMERCIO JUSTO DE PRODUCTOS Y MATERIAL MÉDICOS

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Cada año, se gastan millones de millones de productos médicos en el mundo. Se consideran muy poco las condiciones en que son producidos, ni las consecuencias para las personas que los manufacturan.

2. Los abusos en las normas laborales, la evidencia de esclavitud moderna y las condiciones de trabajo contrarias a la ética han sido constatadas en la fabricación de muchos productos médicos destinados a los sistemas de salud en el mundo. La evidencia demuestra que muchos productos utilizados en el sector de la salud son elaborados en condiciones de trabajo insalubres, inseguras e injustas. Se ha informado de abusos generalizados en muchos lugares de producción – de uniformes a guantes de látex e instrumental quirúrgico desechable – los convenios laborales internacionales son constantemente ignorados y el trabajo infantil es frecuente.

3. La comunidad médica internacional no debe tolerar prácticas comerciales contrarias a la ética que perjudican la salud a nivel mundial y que estimulan la esclavitud moderna. Las organizaciones de salud y los profesionales en el mundo deben insistir en que los productos que utilizan no sean manufacturados a costa de la salud de los trabajadores en la comunidad global.

4. Es importante mantener la actividad comercial con los países en desarrollo para asegurar los empleos y los medios de subsistencia y el compromiso con los objetivos de desarrollo sustentable de la ONU. Estos objetivos constituyen una oportunidad general para que los profesionales de la salud adopten medidas constantes para proteger la salud humana a nivel mundial.

5. Como lo establecen los Principios Rectores de la ONU sobre Empresas y Derechos Humanos (junio 2011) – aplicables a todos los Estados – las empresas tienen la responsabilidad de reducir al mínimo las violaciones de los derechos humanos en su producción y aprovisionamiento, independientemente de si sus actividades contribuyen o no de manera directa a la violación, y tienen el deber de abordar adecuadamente todo abuso que pueda ocurrir.

6. La introducción de prácticas justas y éticas en la compra de servicios de salud deben utilizarse para asegurar el mejoramiento en la cadena logística del sistema de

salud. Los enfoques modernos para enfrentar los abusos en el derecho laboral se centran en modelos de "aprovisionamiento ético".

7. El aprovisionamiento ético se refiere a los pasos que dan las organizaciones que compran, como los hospitales, para mejorar el pago y las condiciones de la gente involucrada en el suministro de bienes y servicios. Pide a los compradores evaluar sistemáticamente el riesgo de abusos en el derecho laboral en los bienes que adquieren y presionar para obtener mejoras cuando sea necesario. Esto incluye trabajar con las empresas a lo largo de la cadena logística para ayudar a que los trabajadores ejerzan sus derechos fundamentales, como el derecho a condiciones de trabajo seguras y decentes. Este modelo pretende que el comercio internacional funcione mejor para los pobres y desfavorecidos.

## RECOMENDACIONES

8. Reconociendo esto, la Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales miembros, a nombre de sus miembros médicos, apoya y se compromete a tomar las siguientes medidas:

   - Llamar a los organismos de compras a elaborar una política de compras justa y ética para los productos médicos, a fin de promover buenas condiciones de trabajo y eliminar la esclavitud moderna de las cadenas logísticas para los bienes adquiridos para el sector de la salud.
   - Promover múltiples fuentes de fabricación de productos de salud a través del mundo.

### Asociaciones médicas nacionales

9. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar para que los derechos laborales/humanos sean protegidos a lo largo de las cadenas logísticas en el mundo para los productos utilizados en sus sistemas de salud.

10. Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con sus miembros para promover un comercio justo y ético en el sector de la salud.

11. Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar las medidas y las iniciativas comunitarias para promover las condiciones de trabajo éticas en todo el sector de la salud.

12. Las asociaciones médicas nacionales deben aprovechar el apoyo del gobierno para elaborar recomendaciones nacionales o política sobre el comercio justo y ético en las compras para el sector de la salud.

### Médicos

13. Los médicos deben tener un papel de liderazgo en la integración de las consideraciones de normas laborales sobre las decisiones de compras en las organizaciones de salud.

14. Los médicos deben abogar por un aprovisionamiento ético y estimular el consumo ético cuando se tomen decisiones sobre compras a nivel local.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA EUTANASIA Y SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019,

La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica.

Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una substancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar substancias médicas cuya finalidad es causar la muerte.

Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo.

Por separado, el médico que respeta el derecho básico del paciente a rechazar el tratamiento médico no actúa de manera contraria a la ética al renunciar o retener la atención no deseada, incluso si el respeto de dicho deseo resulta en la muerte del paciente.

# DECLARACIÓN DE CÓRDOBA DE LA AMM SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente se engloba dentro de un modelo de relación humana que se remonta a los orígenes de la medicina. Representa un vínculo privilegiado entre un paciente y un médico, basado en la confianza. Es un espacio de creatividad donde se intercambia información, sentimientos, visiones, ayuda y apoyo.

La relación médico-paciente es una actividad moral que surge de la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la autonomía del paciente. Por lo general es iniciada por consentimiento mutuo, expresado o implicado, para prestar atención médica de calidad.

La relación médico-paciente es el núcleo fundamental del ejercicio de la medicina, tiene un alcance universal y busca la mejora de la salud y bienestar de la persona. Esto es posible gracias al intercambio de conocimientos, la toma de decisiones comunes, la autonomía del paciente, la autonomía del médico, la ayuda, la comodidad y el compañerismo en un ambiente de confianza. Esta es un componente inherente de la relación que puede ser terapéutica en sí misma.

La relación médico-paciente es fundamental para la atención centrada en el paciente. Requiere que tanto el médico como el paciente sean participantes activos en el proceso de curación. Si bien la relación fomenta y apoya la colaboración en la atención médica, los pacientes competentes toman las decisiones que dirigen su atención. La relación puede ser terminada por cualquiera de las partes. El médico debe ayudar al paciente a asegurar la transferencia de la atención y derivar al paciente a otro médico con la capacidad necesaria para continuar la atención.

La relación médico-paciente es un tema complejo sujeto a innumerables influencias culturales, tecnológicas, políticas, sociales, financieras o profesionales que ha evolucionado a lo largo de la historia, según la cultura y la civilización. Busca alcanzar lo que es más apropiado para los pacientes en base a evidencia científica, al mejorar su salud y bienestar mental y físico y aliviar el dolor. Esta relación experimentó un profundo cambio de la mano de hitos transcendentales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Declaración de Ginebra de la AMM (1948), Helsinki (1964) y Lisboa (1981). La relación ha avanzado lentamente hacia el empoderamiento del paciente.

En la actualidad, la relación médico-paciente está frecuentemente amenazada por influencias tanto dentro como fuera de los sistemas de salud. En algunos países y sistemas de salud, estas influencias corren el riesgo de alejar a los médicos de sus pacientes y

pueden dañarlos. Entre los desafíos que es probable que socaven la eficacia terapéutica de la relación, notamos una creciente tendencia a:

- La tecnologización de la medicina, que a veces lleva a una visión mecanicista de la atención médica, descuidando las consideraciones humanas.
- El debilitamiento de las relaciones de confianza entre las personas en nuestras sociedades, lo que influye negativamente en las relaciones sanitarias;
- Un enfoque principal en los aspectos económicos de la atención médica en perjuicio de otros factores que, a veces, plantean dificultades para establecer verdaderas relaciones de confianza entre el médico y el paciente.

Es de suma importancia que la relación médico-paciente integre estos factores de tal manera que la relación mejore y que su especificidad esté justificada. La relación nunca debe estar sujeta a interferencias administrativas, económicas o políticas.

## RECOMENDACIONES

Reiterando su Declaración de Ginebra, el Código Internacional de Etica Médica y la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente y dada la importancia esencial de la relación médico y paciente en la historia en el contexto presente y futuro de la medicina, la AMM y sus miembros constituyentes:

1. Reafirman que la autonomía profesional y la independencia clínica son componentes esenciales de la atención médica de alta calidad y profesionalismo médico, que protegen el derecho de los pacientes a recibir la atención médica que necesitan.

2. Instan a todos los agentes implicados en la relación médico-paciente, (gobiernos y autoridades de salud, asociaciones médicas, médicos y pacientes) a defender, proteger y fortalecer esta relación médico-paciente, en base a una atención de alta calidad, como un patrimonio científico, sanitario, cultural y social.

3. Piden a los miembros constituyentes y a los médicos que defiendan este modelo de relación como núcleo fundamental de todo acto médico centrado en la persona, que defiendan la profesión médica y sus valores éticos, incluida la compasión, competencia, respeto mutuo y autonomía profesional y apoyar la atención centrada en el paciente.

4. Reafirman su oposición a la interferencia gubernamental, de otros agentes y administraciones institucionales en la práctica de la medicina y en la relación médico-paciente.

5. Reafirman su dedicación a proporcionar un servicio médico competente con total independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

6. Se comprometen a abordar los factores emergentes que podrían representar una amenaza para la relación médico-paciente y tomar medidas para mitigar esos factores.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE PSEUDOCIENCIAS Y PSEUDOTERAPIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## DEFINICIONES

- "Pseudociencia" (falsa ciencia) se denomina al conjunto de declaraciones, supuestos, métodos, creencias o prácticas que, sin seguir un método científico reconocido y validado, se presentan falsamente como científicas o basadas en evidencia.
- "Pseudoterapias" (falsas terapias) son aquellas prácticas cuya pretendida finalidad es curar enfermedades, aliviar síntomas o mejorar la salud con procedimientos, técnicas, productos o sustancias basadas en criterios sin el respaldo de la evidencia científica disponible actualizada, y que pueden tener significantes riesgos y daños potenciales.

## PREÁMBULO

El ejercicio médico precisa un fundamento en la mejor evidencia probada científicamente, disponible y actualizada. Las diferencias entre la medicina convencional y otras prácticas que no están sustentadas en la evidencia científica configuran el complejo universo de las pseudociencias y pseudoterapias.

Las pseudociencias y las pseudoterapias constituyen un sistema complejo de teorías, suposiciones, afirmaciones y métodos considerados erróneamente como científicos, pueden hacer que algunos pacientes perciban una relación de causa-efecto entre las pseudoterapias, su utilización y la percepción de mejora, por lo que pueden ser muy peligrosas y son poco éticas.

Existen terapias y técnicas aceptadas por la comunidad científica que, utilizadas con carácter complementario (como terapias nutricionales, de confort o bienestar, ambientales y de relax, de apoyo o refuerzo psicoterápico, de afectividad y el uso de placebos), aportan beneficios a la terapia médica principal validada y efectiva.

La mayoría de los países no disponen de un marco regulatorio para estas pseudoterapias, lo que ha permitido su proliferación. En el pasado, la profesión médica las consideraba inofensivas debido a su supuesta falta de efectos secundarios, pero actualmente ya existen suficientes pruebas que sugieren que pueden suponer un peligro para la seguridad del paciente.

Las pseudociencias y las pseudoterapias pueden comportar importantes riesgos y daños

potenciales por variadas razones:

- Existe el riesgo de que los pacientes abandonen terapias médicas o medidas de prevención que se han demostrado efectivas por prácticas que no han demostrado valor curativo, y esto a veces puede ocasionar fracaso del tratamiento en enfermedades graves, que pueden provocar incluso la muerte.
- 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 médica científica como intervenciones efectivas basadas en evidencia.
- Pueden producir daños económicos a los pacientes, traumas físicos y psicológicos, e ir contra la dignidad de la persona, amenazando su integridad moral.
- Las terapias no probadas pueden contribuir al encarecimiento de los procesos asistenciales.

Todos los nuevos métodos diagnósticos, preventivos o terapéuticos deben probarse de acuerdo con métodos científicos y principios éticos para determinar la seguridad, la eficacia, la efectividad y el ámbito de aplicación.

El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad basada en la mejor evidencia científica disponible, como refiere la Declaración de Ginebra de la AMM y el Código Internacional de Ética Médica que recomiendan las más altas normas éticas y una atención de calidad para la seguridad del paciente. El interés del paciente debe anteponerse a cualquier otro interés, incluido el del propio médico.

La AMM se reafirma en su Declaración de Lisboa sobre Derechos de los Pacientes y recuerda que la Seguridad del Paciente requiere abordar todas las oportunidades para que el paciente reciba una atención adecuada basada en evidencia.

## RECOMENDACIONES

Por todo ello, la AMM hace las siguientes recomendaciones:

*Autoridades Sanitarias Nacionales*

1. Es necesaria una regulación adecuada y rigurosa acorde con las mejores prácticas que aborde los riesgos y reduzca los daños potenciales que puedan ocasionar las pseudoterapias y las pseudociencias.

2. Las autoridades nacionales y los sistemas sanitarios deben rechazar la aprobación y el reembolso de los gastos de proporcionar pseudoterapias.

3. En colaboración con las corporaciones profesionales médicas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, las autoridades nacionales deben llevar a cabo una campaña de concienciación pública sobre el riesgo de las pseudoterapias y las pseudociencias.

*Miembros constituyentes de la AMM y profesión médica*

4. Los miembros constituyentes de la AMM y la profesión médica deben reconocer y ser conscientes de los riesgos derivados de las pseudoterapias y las pseudociencias.

5. Las pseudoterapias y pseudociencias no deben considerarse especialidades médicas reconocidas por la comunidad científica ni avaladas legalmente con un título de especialista o subespecialista en pseudociencias.

6. Todos los actos de intrusismo profesional, las actividades de pseudoterapias y pseudociencias que pongan en riesgo la salud pública de la población deben denunciarse ante las autoridades competentes, incluida la publicidad engañosa y los sitios de salud en Internet no acreditados que oferten servicios o productos que pongan en riesgo la salud de los pacientes, además debe respetarse la confidencialidad del paciente. El papel de los medios de comunicación generales y especializados en pro de la transparencia y la veracidad a la hora de aumentar la conciencia científica pública crítica resulta fundamental.

7. Los miembros constituyentes deben trabajar con los gobiernos para que establezcan la mayor protección posible de los pacientes tratados con pseudoterapias y pseudociencias. Cuando se descubra que estas prácticas son dañinas o se aplican de manera poco ética, debe existir un mecanismo que detenga inmediatamente o limite considerablemente cualquier tratamiento denominado complementario o alternativo para proteger la salud pública.

*Médicos*

8. Con el apoyo de las organizaciones y autoridades que intervienen en la ordenación y regulación de la profesión médica, los médicos deben seguir ejerciendo la medicina como servicio basado en la aplicación del conocimiento científico crítico actual, en la destreza técnica y en el comportamiento ético, y mantener actualizadas sus habilidades con los avances en su ámbito profesional.

9. El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y los estándares asistenciales, por calidad del acto médico y seguridad del paciente.

10. El paciente ha de estar en todo momento debidamente informado sobre las opciones de terapia disponibles, su efectividad y riesgos, y poder participar a la hora de decidir cuáles son los mejores tratamientos. La buena comunicación, la confianza mutua y la atención médica centrada en la persona son ejes esenciales de la relación médico-paciente. Los pacientes y los médicos deberían y deben poder hablar sobre los riesgos de las pseudociencias y las pseudoterapias. La educación para la salud es un elemento fundamental.

11. Los médicos deben ser formados para identificar las pseudociencias /pseudoterapias, las falacias lógicas y los sesgos cognitivos y aconsejar a sus pacientes en consecuencia. Deben ser conscientes de que algunos grupos de pacientes, como los pacientes con cáncer, enfermedades psiquiátricas o enfermedades crónicas graves y los niños, son particularmente vulnerables a los riesgos asociados al uso de pseudoterapias.

12. Al recabar la historia clínica del paciente (anamnesis) el médico debe preguntar sobre todas las terapéuticas (probadas o no) a las que haya estado o sigua estando expuesto. Si fuera necesario, el médico debe informar al paciente sobre los daños asociados al uso previo de pseudoterapias y las pseudociencias.

13. El médico debe informar al paciente que el tratamiento complementario no es una alternativa terapéutica ni sustituye a un tratamiento médico principal validado.

---

*Nota*: No es objeto de la presente declaración las medicinas ancestrales tradicionales ni las denominadas medicinas indígenas, firmemente arraigadas en pueblos y naciones, formando parte intrínseca de su cultura, ritos, tradiciones e historia.

# REGULACIONES DE LA AMM
# EN
# TIEMPOS DE CONFLICTO ARMADO Y
# OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA

Adoptadas por la 10ª Asamblea Médica Mundial La Habana, Cuba, Octubre 1956
y editadas por la 11ª Asamblea Médica Mundial Estambul, Turquía, Octubre 1957
y enmendadas por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983
y la 55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 2004
y revisada su redacción por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006
y enmendada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

## NORMAS GENERALES

La ética médica en tiempos de conflicto armado es idéntica a la de tiempos de paz, como está estipulado en el Código de Etica Médica de la Asociación Médica Mundial. Si al cumplir con su deber profesional el médico tiene un conflicto de lealtades, su primera obligación es con sus pacientes; en todas sus actividades profesionales el médico debe respetar las convenciones internacionales sobre derechos humanos, derecho internacional humanitario y las declaraciones de la AMM sobre ética médica.

La misión esencial de la profesión médica es preservar la salud y salvar la vida humana. Por lo tanto, no se considera ético:

dar consejo o realizar un acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no esté justificado para la atención médica del paciente;

debilitar la resistencia física o mental de un ser humano sin justificación terapéutica;

utilizar métodos científicos para poner en peligro la salud o destruir la vida;

utilizar información personal de salud para facilitar un interrogatorio;

tolerar, facilitar o participar en tortura o cualquier otra forma de trato cruel, inhumano o degradante.

Durante los tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia, se aplican las normas éticas estándares, no sólo en cuanto al tratamiento, sino que también a todas las otras intervenciones, como la investigación. Los experimentos en seres humanos están estrictamente prohibidos sobre aquellos individuos privados de su libertad, en especial los prisioneros civiles y militares y la población de países ocupados.

El deber médico de tratar a las personas con humanidad y respeto se aplica a todos los pacientes. El médico debe suministrar siempre los cuidados necesarios imparcialmente y

sin consideración de edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social o cualquier otro criterio similar.

Los gobiernos, las fuerzas armadas y otras personas en cargos de poder deben cumplir con los Convenios de Ginebra, a fin de asegurar que los médicos y otros profesionales de la salud puedan prestar atención a todo quien la necesite en situaciones de conflicto armado y otras situaciones de violencia. Esta obligación incluye el requisito de proteger al personal de salud y las instalaciones.

Cualquiera sea el contexto, el médico debe guardar el secreto médico. Sin embargo, en conflicto armado u otras situaciones de violencia y en tiempo de paz pueden darse circunstancias en las que el paciente representa un serio riesgo para otras personas y el médico tendrá que considerar su obligación con el paciente contra su obligación con otras personas amenazadas.

Los privilegios y las atribuciones conferidas al médico y otros profesionales de la salud en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia deben servir únicamente para los objetivos de la atención médica.

El médico tiene el claro deber de atender al enfermo y al herido. El médico debe reconocer la vulnerabilidad de algunos grupos, incluidas las mujeres y los niños. La prestación de esta atención no debe impedirse o considerarse como algún tipo de ofensa. El médico nunca debe ser procesado o castigado por cumplir con alguna de sus obligaciones éticas.

El médico tiene el deber de presionar a los gobiernos y otras autoridades para que proporcionen la infraestructura que es un requisito previo para la salud, incluidas el agua potable, alimentos adecuados y refugio.

Cuando el conflicto parece ser inminente e inevitable, el médico debe, en lo posible, asegurar que las autoridades consideren la protección de la infraestructura de salud pública y toda restitución necesaria inmediatamente después del conflicto.

En casos de emergencia, el médico debe prestar atención inmediata en la mejor forma posible dentro de su capacidad. Los enfermos y heridos, civiles o combatientes, deben recibir rápidamente la atención que necesitan. No se hará ninguna distinción entre pacientes, salvo la que determine la necesidad clínica.

El médico debe tener acceso a los pacientes, instalaciones y equipos médicos y la protección necesaria para ejercer libremente sus actividades profesionales, dicho acceso debe incluir a los pacientes en centros de detención y cárceles, dándosele toda asistencia necesaria, incluidos el libre paso y la independencia profesional total.

En el desempeño de su misión y cuando tengan el derecho legal, los médicos y los profesionales de la salud serán identificados y protegidos por símbolos reconocidos internacionalmente, como la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo.

Los hospitales y las instalaciones de atención médica situados en zonas en donde exista un conflicto armado u otras situaciones de violencia deben ser respetados por todos los combatientes y por los informadores de los medios de comunicación. La prestación de atención médica a enfermos y heridos, civiles o combatientes, no puede ser objeto de publicidad o propaganda. Debe respetarse siempre la intimidad de los enfermos, los heridos y los muertos. Esto incluye visitas de importantes personajes políticos para los medios de comunicación y también cuando éstos son heridos o se enfermen.

Los médicos deben estar conscientes de que durante los conflictos armados y otras situaciones de violencia la atención médica es cada vez más susceptible de ser afectada por una práctica inescrupulosa y la distribución de materiales y medicamentos de mala calidad/ falsificados y tratar de tomar medidas contra dichas prácticas.

La AMM respalda la recolección y difusión de información relacionada con las agresiones a médicos, otro personal de la salud y las instalaciones médicas por un organismo internacional. Esta información es importante para comprender la naturaleza de dichas agresiones y para establecer mecanismos para evitarlas. Las agresiones contra el personal médico debe ser investigada y los responsables debe ser llevados a la justicia.

## CODIGO DE CONDUCTA: DEBERES DE LOS MEDICOS QUE TRABAJAN EN CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA

En toda circunstancia los médicos:

No deben infringir o ayudar a infringir el derecho internacional (derecho humanitario internacional o la legislación sobre derechos humanos);

No deben abandonar a los heridos y enfermos;

No deben participar en hostilidades;

Deben recordar a las autoridades su obligación de buscar a los heridos y enfermos y asegurar que tengan acceso a atención médica sin discriminación injusta;

Deben defender y proporcionar una atención eficaz e imparcial a los heridos y enfermos (sin referencia a ninguna discriminación injusta, incluso si son "enemigos");

Reconocer que la seguridad de las personas, pacientes e instituciones es un apremio principal al comportamiento ético y no tomar un riesgo indebido en la descarga de sus deberes;

Deben respetar a la persona herida o enferma, su voluntad, confianza y dignidad;

No deben aprovechar la situación y vulnerabilidad de los heridos y enfermos para obtener ganancia financiera personal;

No deben realizar ninguna experimentación en los heridos y enfermos sin su consentimiento real y válido y nunca si están privados de libertad;

Deben considerar de forma especial la gran vulnerabilidad de las mujeres y niños en conflictos armados y otras situaciones de violencia y sus necesidades de salud específicas;

Deben respetar el derecho de la familia a conocer la situación y el paradero de un familiar desaparecido, si esa persona está o no muerta o recibe atención médica;

Deben prestar atención médica a toda persona hecha prisionera;

Deben defender las visitas regulares a prisiones y a los prisioneros de los médicos, si ya no existe dicho mecanismo;

Deben denunciar y actuar, cuando sea posible, para poner término a dichas prácticas inescrupulosas o la distribución de materiales y medicamentos de mala calidad/falsificados;

Deben instar a las autoridades a reconocer su obligación frente al derecho humanitario internacional y otros organismos pertinentes de derecho internacional, con respecto a la protección del personal de salud e infraestructura en conflictos armados y otras situaciones de violencia;

Deben estar conscientes de las obligaciones legales de informar a las autoridades el brote de cualquier enfermedad o trauma que se deba notificar;

Deben hacer todo lo posible para evitar represalias contra los heridos y los enfermos o la atención médica;

Reconocer que existen otras situaciones en las que la atención médica podría estar comprometida, pero en las que hay dilemas.

En lo posible los médicos:

Deben negarse a obedecer una orden ilegal o contraria a la ética;

Deben considerar cuidadosamente toda doble lealtad que pueda tener el médico y abordar este tema con colegas y cualquier autoridad;

Como excepción a la confidencialidad profesional y conforme con la Resolución de la AMM sobre la Responsabilidad de los Médicos en la Documentación y Denuncia de Torturas o Trato Cruel, Inhumano o Degradante y el Protocolo de Estambul[1], deben denunciar la tortura, tratos crueles, inhumanos o degradante que los médicos conozcan cuando sea posible con el consentimiento de la persona, pero en ciertas circunstancias en las que la víctima no puede expresarse con libertad, sin consentimiento explícito;

Deben escuchar y respetar las opiniones de sus colegas;

Deben reflejar y tratar de mejorar los estándares de atención apropiada a la situación;

Deben informar a su superior apropiado el comportamiento contrario a la ética de un colega;

Deben mantener registros de salud adecuados;

Deben apoyar la sostenibilidad de la atención médica a civiles alterada por el contexto;

Deben informar a un comandante u otra autoridad apropiada si no se satisfacen las necesidades en salud;

Deben considerar cómo el personal de salud podría acortar o mitigar los efectos de la violencia en cuestión, por ejemplo al reaccionar contra las violaciones del derecho humanitario internacional o la legislación sobre derechos humanos.

---

[1] Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, OHCHR, 1999

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# EL TÉRMINO DEL EMBARAZO POR INDICACIÓN MÉDICA

Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial, Oslo, Noruega, Agosto 1970
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCION

1. El término del embarazo por indicación médica se refiere sólo 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. Esta Declaración no incluye ni implica ninguna opinión sobre el término del embarazo llevado a cabo por otro motivo que no sea una indicación médica.
2. 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.
3. 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

4. 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.
5. Cuando la ley permita el término del embarazo por indicación médica, el procedimiento debe ser realizado por un médico competente y sólo en casos extremos por otro personal de salud cualificado, 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.
6. Las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas.
7. Los pacientes deben ser apoyados apropiadamente y recibir tratamiento médico y

psicológico necesario, además de un asesoramiento adecuado, si lo desean.

8. El médico tiene derecho a la objeción de conciencia para 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.
9. 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.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL BOXEO

Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

1. El boxeo es un deporte peligroso. A diferencia de la mayoría de otros deportes, su intención básica es producir daño en el cuerpo con golpes en la cabeza específicamente. El principal argumento médico contra el boxeo es el riesgo de una encefalopatía traumática crónica (ETC), también conocida como lesión cerebral traumática crónica (CTBI) y demencia pugilística o "síndrome del puñetazo". Otras lesiones causadas por el boxeo pueden provocar ceguera, pérdida auditiva y fracturas. Los estudios demuestran que el boxeo está asociado con lesiones devastadoras a corto plazo y daño neurológico crónico para los participantes a largo plazo.

2. En las últimas décadas los organismos médicos nacionales han organizado activas campañas para abolir todas las formas de boxeo. Si no existe esta prohibición, una serie de tragedias en el boxeo a nivel mundial han ejercido presión en diversos organismos reguladores de deportes para adoptar una variedad de reglas y normas destinadas a aumentar la seguridad de los boxeadores.

3. A pesar de la regulación del boxeo en diversos países, todavía se producen lesiones y muertes por traumatismos craneales relacionados con el boxeo, lo que demuestra que la regulación no proporciona una protección adecuada a los participantes.

4. Además del boxeo regular, todavía existen competiciones de boxeo no supervisadas ni controladas (combates a puño limpio o "peleas callejeras") en muchos lugares del mundo. Este boxeo subterráneo pone en riesgo las vidas y la salud de una gran cantidad de personas que participan en estas peleas.

5. Las preocupaciones de salud y seguridad en el boxeo se extienden a otros deportes profesionales en los que el boxeo es un elemento, como las artes marciales mixtas (MMA), el kickboxing, etc. Por esta razón, las recomendaciones de esta declaración también se deben aplicar a estos deportes también.

6. La AMM considera que el boxeo es cualitativamente diferente de otros deportes por las heridas que produce y debe ser prohibido.

7. Hasta que se logre una prohibición total, la AMM insta a implementar las siguientes medidas:

   7.1 El boxeo debe estar regulado y todos los boxeadores deben tener una licencia. Se debe proporcionar información escrita sobre los riesgos del boxeo a los boxeadores.

   7.2 No se debe permitir que ningún niño (según la definicion específica del país) participe en boxeo.

   7.3 Se debe crear un registro para todos los boxeadores profesionales y aficionados, incluidos los oponentes en entrenamientos de combate en cada país donde está permitido el boxeo. El registro debe llevar una relación de los resultados de todos los encuentros, incluidos los knockouts técnicos, knockouts y otras lesiones producidas en los boxeadores. Todos los boxeadores deben tener un seguimiento de por lo menos 20 años para documentar los resultados a largo plazo

   7.4 Todos los boxeadores deben someterse a un examen medico básico que incluya una evaluación neurológica, con imagines del cerebro, al comienzo de sus carreras. También se deben realizar evaluaciones médicas y neurológicas antes y después de cada evento. Los que no aprueben el examen deben ser informados al registro nacional y no se les debe permitir participar en futuros combates

   7.5 Las recomendaciones sobre el equipo de protección personal (como el tamaño y el peso de los guantes, cascos y protectores bucales) deben considerar las recomendaciones médicas.

   7.6 El médico que ejerce su profesión en un combate de boxeo tiene la responsabilidad profesional de proteger la salud y seguridad de los boxeadores. Para esto, el médico debe recibir una formación especializada en evaluación del atleta, en especial las lesiones cerebrales traumáticas. La oninión del facultativo debe estar basada sólo en consideraciones médicas y se le debe permitir detener cualquier combate en curso para examinar a un boxeador y terminarlo si éste puede resultar con lesiones graves, según la opinión del médico.

   7.7 Se desaconseja el financiamiento y el auspicio del boxeo y la transmisión televisiva de eventos de boxeo debe tener una restricción de edad y debe incluir una advertencia sobre los riesgos del boxeo.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL MALTRATO Y ABANDONO DEL NIÑO

Adoptada por la 36ª Asamblea Médica Mundial, Singapur, Octubre 1984
y enmendada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
la 42ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU. Octubre de 1990
la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, Septiembre de 1992
la 47ª Asamblea Médica Mundial, Bali, Indonesia, Septiembre 1995
la 57e Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016
y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## PRINCIPIO GENERAL

1. El bienestar del niño[1] es importantísimo. Los profesionales de la salud deben tener presente el bienestar del niño como elemento central en todo tipo de decisiones relativas al niño y obrar en el interés superior del niño en todas sus interacciones con niños, jóvenes, familias, legisladores y otros profesionales.

## INTRODUCCIÓN

2. Una de las manifestaciones más destructivas que presentan los problemas y la violencia dentro de la familia es el maltrato del niño en todas sus formas. La prevención, protección, temprana detección, intervenciones adecuadas y tratamiento comprensivo de los niños víctimas de maltrato, siguen siendo desafíos para la comunidad médica mundial. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha pedido un mayor apoyo en salud para los niños que viven en las calles en su Declaración sobre el Apoyo a la Salud de los Niños de la Calle, pero también es importante abordar las causas fundamentales del maltrato del niño en todas sus formas.

3. Las definiciones del maltrato del niño varían de una cultura a otra. Desafortunadamente, los razonamientos culturales por la conducta dañina hacia los niños pueden ser aceptados, con demasiada ligereza, como prueba de que el trato de los niños no es abusivo ni dañino. Por ejemplo, la contribución del trabajo de los niños en la vida diaria de las familias y la sociedad debe ser reconocida y motivada, solamente si también ayuda al desarrollo del propio niño. Por otra parte, la explotación de niños en el mercado laboral les priva de su niñez y de oportunidades educacionales y pone en peligro su salud actual y futura. La AMM considera esta explotación de niños una forma grave de maltrato del niño en todas sus formas.

4. Para los efectos de esta Declaración, el abuso emocional, sexual, físico, el tráfico de niños, la explotación de niños y el abandono del niño son diversas formas de maltrato al niño. El descuido de un niño representa el fracaso de sus padres o de otra persona legalmente responsable de su bienestar, para satisfacer las necesidades básicas y proporcionarle un nivel adecuado de atención.

**RECOMENDACIONES**

La AMM reconoce que el maltrato del niño en todas sus formas es un problema de salud mundial y recomienda que las asociaciones médicas nacionales adopten las siguientes normas para los médicos:

5. Los médicos tienen una función única y especial en la identificación y ayuda a los niños maltratados y a sus familias.

6. Se debe enseñar a todos los médicos que el bienestar del niño es importantísimo.

7. Los médicos deben conocer la legislación local sobre el consentimiento para examinar a niños y deben obrar en el interés superior del niño en todas sus interacciones con niños, jóvenes, familias, legisladores y otros profesionales.

8. La colaboración con un equipo multidisciplinario es muy recomendado para el médico. Es posible que el equipo cuente con médicos, asistentes sociales, siquiatras de adultos y niños, especialistas en desarrollo, sicólogos y abogados. Cuando la participación en un equipo no sea posible o el equipo no esté disponible, el médico debe consultar en forma individual con otro personal médico, social, legista y de salud mental apropiado.

9. Los médicos de atención primaria, médico de familia, internistas, pediatras, especialistas en medicina de urgencia, cirujanos, siquiatras y otros especialistas que tratan niños, deben adquirir conocimientos y habilidad en la evaluación física, psicológica y emocional del maltrato del niño en todas sus formas, en la evaluación de su desarrollo y de las facultades de los padres, en la utilización de los recursos de la comunidad y sus responsabilidades legales.

10. Todos los médicos que atienden niños y los adultos que los cuidan deben conocer los principios de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, como también las estipulaciones legales protectoras pertinentes que se aplican a los niños y a los jóvenes.

11. La evaluación médica del niño que se sospecha ha sido maltratado debe ser realizada por médicos con conocimientos de pediatría y evaluación de maltrato. La evaluación médica debe ser adaptada a la edad, lesiones y condición del niño y puede incluir, examen de sangre, examen con rayos x para buscar traumatismos, observación del desarrollo y comportamiento. Se recomienda el seguimiento con radiografías en los niños con lesiones graves de aparente maltrato.

12. La evaluación y el trato de niños que han sufrido abusos sexuales incluyen un historial completo y físico, ya que los abusos físicos y sexuales a menudo van juntos, examen físico de los genitales y del ano, la recolección y el procesamiento de evidencia, incluidas fotografías y el tratamiento o la prevención del embarazo y enfermedades

venéreas. Se debe prestar atención específica al derecho del niño a la privacidad.

13. Es esencial que los médicos comprendan y sientan cómo las relaciones, entre cuidadores, medidas o estilos disciplinarias aplicadas en el hogar del niño, presiones económicas en la familia, problemas emocionales o, problemas mentales experimentados por los miembros de la familia, violencia entre los cuidadores u otros miembros de la familia, y el abuso del alcohol, drogas y otras sustancias legales e ilegales, además de otras formas de estrés, que pueden estar relacionadas con el maltrato del niño en todas sus formas.

14. Todos los médicos deben saber que se puede dar todas las formas de maltrato de niños por otros niños. El médico debe reconocer que esto puede ser el resultado de maltrato anterior o actual del supuesto maltratador cuando sospeche o constate esta situación.

15. Los signos del maltrato con frecuencia son impalpables y el diagnóstico puede necesitar entrevistas detenidas con el niño, los padres, sus cuidadores y hermanos. Las inconsistencias entre las explicaciones y las características de las lesiones, como la gravedad, tipo y edad, deben ser documentado y más investigado.

16. Con todo niño que ingrese a un establecimiento hospitalario, se debe evaluar primero las necesidades médicas y de salud mental. Si se sospecha un maltrato, se deben tomar medidas de seguridad antes de autorizar su salida del establecimiento. Estas medidas deben incluir:

    - informar sobre todos los casos sospechosos a los servicios de protección del niño;
    - hospitalizar a todo niño que haya sido víctima de maltrato y que necesite protección durante el período de evaluación inicial;
    - informar a los padres la sospecha de maltrato o su diagnóstico, si es seguro hacerlo y
    - informar a los servicios de protección las lesiones del niño o a otras autoridades pertinentes.

17. Si el niño es hospitalizado, es necesario hacer una pronta evaluación de sus problemas físicos, emocionales y de desarrollo. Esta evaluación completa debe ser realizada por médicos con experiencia o por un equipo multidisciplinario de expertos que tengan conocimientos especializados sobre maltrato de niños.

18. Si hay sospechas de maltrato, el médico debe discutir con los padres el hecho de que el maltrato al niño aparece en el diagnóstico diferencial del problema de su hijo. Puede ser necesario la opinión de los servicios de protección del niño.

19. Durante la discusión con los padres o cuidadores, es esencial que el médico mantenga la objetividad y evite emitir juicios o declaraciones acusatorias en las conversaciones con los padres o las personas responsables del cuidado del niño.

20. Es esencial que el médico registre la información sobre historia y examen en la hoja médica al mismo tiempo durante el proceso de evaluación. Las lesiones deben ser documentadas con fotografías, ilustraciones y descripciones detalladas. El registro médico a menudo proporciona evidencia crucial en los tribunales de justicia.

21. Los médicos deben participar en todos los niveles de la prevención proporcionando

asesoramiento pre y post natal a la familia, identificando los problemas de formación del niño y aconsejando sobre la planificación familiar y el control de natalidad.

22. Los médicos deben estimular las medidas de salud pública, como visitas a domicilio de enfermeras y otros profesionales de la salud, orientación temprana por los padres y buenos exámenes a los infantes y niños. Los médicos y sus organizaciones representativas deben apoyar los programas que mejoran la salud general del niño y que ayudan a evitar el maltrato del niño en todas sus formas.

23. Los médicos deben reconocer que el maltrato y abandono del niño es un problema complejo y que puede haber necesidad de recurrir a otro tipo de tratamiento o atención para ayudar a los niños maltratados y a sus familiares. El desarrollo de un tratamiento adecuado requiere la contribución de muchas profesiones, incluidas la medicina, derecho, enfermería, educación, sicología y asistente social.

24. Los médicos deben promover el desarrollo de programas innovadores que hagan avanzar el conocimiento y la capacidad médica en el campo del maltrato y abandono del niño. Es crucial incluir en los programas educacionales profesionales revisiones actuales de conocimientos, habilidades y competencias relativos a la protección de los derechos del niño y del joven, la promoción de su salud y bienestar y el reconocimiento y respuesta a sospechas de maltrato y abandono del niño. Los médicos deben recibir educación sobre maltrato y abandono del niño en todas sus formas durante su formación como estudiantes de medicina.

25. Por el bien del niño, el secreto profesional puede suspenderse en caso de maltrato del niño. El primer deber del médico es proteger a su paciente si sospecha que ha sido víctima de maltrato. Se debe hacer un informe oficial a las autoridades correspondientes, no importa qué tipo de abuso (físico, emocional, sexual, tráfico, explotación o abandono).

26. La inclusión de revisiones en curso de los conocimientos, habilidades y competencia en relación con la protección de los derechos del niño y del joven, promoción de su salud y bienestar y reconocimiento y respuesta a sospechas de maltrato y abandono del niño es crucial en los programas de educación profesional.

27. El programa médico de pregrado debe incluir un curso obligatorio sobre maltrato del niño en todas sus formas en el curso de pediatría, que puede ser elaborado en la educación médica continua y de postgrado para los que quieren trabajar en esta especialidad.

---

[1] La Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño define al niño como alguien que no cumplido 18 años

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA LIBERTAD DE PARTICIPAR EN REUNIONES MÉDICAS

Adoptada por la 36ª Asamblea Médica Mundial, Singapur, Octubre 1984
y reafirmada con una revisión menor por la 215ª sesión del Consejo de la AMM (en línea),
Córdoba, España, Octubre 2020

La independencia y la libertad profesionales son indispensables al médico para que pueda dispensar una atención adecuada a sus pacientes. Por tal razón, no debe haber ningún obstáculo en base a enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, género, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social o ningún otro factor que impida al médico participar en actividades profesionales que le permitan adquirir la información, conocimiento, competencia y técnicas necesarias para prestar atención médica adecuada a sus pacientes.

Dado que el propósito de la AMM es servir a la humanidad mediante el esfuerzo por alcanzar los niveles más altos en la enseñanza de la medicina, la ciencia médica, el arte de la medicina, la ética médica y el cuidado de la salud para todos los pueblos del mundo, no debe, por lo tanto, existir ninguna barrera que impida a los médicos asistir a reuniones de la AMM o a otras reuniones médicas, no importa el lugar donde ellas sean realizadas.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA NO DISCRIMINACIÓN EN LA AFILIACIÓN PROFESIONAL
# Y LAS ACTIVIDADES DE LOS MÉDICOS

Adoptada por la 37ª Asamblea Médica Mundial, Bruselas, Bélgica, Octubre 1985
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y por la 66ª Assemblea General, Moscú, Rusia, Octubre 2015

La Asociación Médica Mundial favorece la igualdad de oportunidades en todas las actividades en asociaciones médicas, educación y capacitación médicas, empleo y todos los otros ejercicios profesionales médicos; sin consideraciones de cualquier factor de discriminación.

La Asociación Médica Mundial se opone rotundamente a que a un médico debidamente titulado se le nieguen los privilegios y obligaciones como socio de una asociación médica nacional, a causa de cualquier factor de discriminación.

La Asociación Médica Mundial exhorta a la profesión médica y a cada miembro de las asociaciones médicas nacionales, a hacer todo lo posible por evitar cualquier situación que niegue los derechos, privilegios o responsabilidades.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, Septiembre 1988
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino también es más que un estado de prosperidad física, psicológica y social; incluye la capacidad de las personas para adaptarse a la adversidad física, social y mental. Afecta muchos factores, incluido el acceso a la atención médica, en especial los determinantes sociales de la salud (SDH) y su restablecimiento es también multidimensional. La sociedad tiene la obligación hacer disponible el acceso a un nivel adecuado de atención para todos sus miembros, independientemente de la capacidad de pago.

2. Los profesionales de la salud se enfrentan regularmente a los efectos de falta de acceso a una atención adecuada y la desigualdad en salud y tienen una responsabilidad correspondiente de contribuir su experiencia para trabajar con los gobiernos a nivel local, regional y nacional para asegurarse que comprendan los determinantes sociales de la salud e integren una disminución de los factores que producen desigualdad en todas las políticas. Las políticas deben sugerir maneras de eliminar la desigualdad en salud.

3. El acceso a la atención médica es un factor importante en la disminución a corto, mediano y largo plazo de las consecuencias de la mala salud, causada por condiciones sociales adversas y otras. El acceso es multidimensional y está limitado por factores como los recursos humanos, formación, finanzas, transporte, acceso geográfico, libertad de elección, educación pública, control de calidad y tecnología.

## NORMAS

*Personal de salud*

4. La prestación de atención médica depende mucho de la disponibilidad del personal de salud capacitado. La formación no sólo debe incluir competencias médico-sociales, sino enfatizar particularmente la comprensión de cómo los determinantes sociales de la salud afectan los resultados en la salud de las personas.

   La distribución del personal de salud varía mucho, como la demografía en la mayoría

de los países donde la población que envejece representa un gran desafío para los próximos años. Existe una mala distribución a nivel mundial. Aunque todos los países forman a los profesionales de la salud, el movimiento global, en especial de los países menos desarrollados a los del primer mundo, produce una escasez de personal. La creación de códigos de contratación ética puede ayudar a disminuir las actividades de contratación inapropiadas de parte de los Estados. Los códigos de contratación ética también deben ser aplicados a las agencias de contratación comerciales.

5. Se necesita investigación para determinar la mejor combinación de los distintos personales de salud para los contextos de salud diferentes, a fin de satisfacer las necesidades de la población. La mala distribución en los países debe ser abordada a través de métodos para atraer al personal de salud a zonas rurales o remotas, u otras regiones con falta de personal, al menos para una parte de sus carreras. Se deben considerar conceptos innovadores para que el trabajo en las zonas con falta de servicios sea interesante, no se deben utilizar métodos de contratación de castigo o de presión. Captar estudiantes que expresen el deseo de volver a sus ciudades de origen puede ayudar a aliviar el problema.

*Formación*

6. La formación primaria del personal de salud debe ser apropiada, accesible y de buena calidad, lo que hace que la formación sea costosa, el país de origen cubre este gasto. Los profesionales se trasladan a otros lugares para seguir con la formación secundaria, incluida una formación profesional más alta y la especialización para los médicos, también para ganar más dinero que puede ser enviado a sus hogares para ayudar a las familias y comunidades.

7. La ambición por mejorarse es comprensible, los esfuerzos para aumentar la retención del personal de la salud deben incluir la consideración de instar al regreso al país de origen, con el uso de los nuevos conocimientos y experiencia para mejorar el acceso a la atención médica.

8. Los países no deben contratar activamente de otros Estados. Incluso cuando lo hacen de forma pasiva, esta contratación debe hacerse conforme a las normas éticas y la Declaración de la AMM sobre Normas éticas para la migración internacional del personal de salud.

*Financiamiento*

9. El acceso a la atención médica es esencial para toda la población. Cada país decide sobre los métodos para financiarla, atendiendo a sus propios recursos, a sus prioridades sanitarias y sociales y a las necesidades en salud. Los países deben crear sistemas de ingresos que reduzcan la dependencia de los pagos del propio bolsillo y en los seguros de salud privados, puesto que aumentan las desigualdades entre los grupos de la población.

10. Ningún sistema de financiamiento es ideal para cada país, el equilibrio exacto debe ser decidido a nivel local. Al tomar una decisión sobre los sistemas de financiamiento, los

gobiernos deben entender la naturaleza esencial de la atención médica, el requisito absoluto de que esté disponible para todos, en base a la necesidad clínica y no en la capacidad de pago, y que el acceso pueda estar restringido por temores financieros. La elegibilidad no asegura el acceso, en especial si los esquemas de copago excluyen a los que tienen menos recursos financieros.

11. Se deben utilizar medios innovadores para la prestación de atención médica completa, incluidas las asociaciones con privados y entidades comerciales que pueden proporcionar algunos elementos de atención médica especializada. Al hacer esto, los países deben asegurar que esto no limite la atención especializada a la clase más rica de su población ni tampoco esto debe ser visto como una preferencia por un modelo de salud privada.

12. Las decisiones de limitar el acceso a elementos de la atención médica deben tomarse en base a información objetiva, basada en la mejor información científica disponible sobre la eficacia y seguridad de los servicios de salud. Debe tener debate público sobre los conceptos involucrados y su aceptación. No se debe incluir nada que discrimine a los ancianos y las poblaciones vulnerables.

13. El público debe tener acceso a información clara sobre los recursos de salud disponibles para ellos y cómo acceder a éstos. Se deben establecer procesos específicos para asegurar que la pobreza o el analfabetismo nunca serán una barrera al acceso a la atención.

*Personas vulnerables y difíciles de contactar*

14. En cada país, es difícil hacer mensajes de salud para ciertos grupos de personas y que a menudo buscan atención médica en una etapa avanzada de la enfermedad.

15. Se deben utilizar una variedad de métodos para asegurarse que la gente difícil de contactar conozcan la disponibilidad de atención médica, sin costo directo, incluidos los métodos para disminuir el miedo y otras barreras al acceso.

16. Cuando existan vulnerabilidades específicas, como discapacidad de aprendizaje o sensorial, las soluciones deben incluir la identificación y abordar dichas vulnerabilidades.

17. El personal de salud tiene el deber de prestar atención médica sin ningún tipo de discriminación injusta

*Transporte*

18. Los establecimientos de salud deben situarse en lugares de fácil acceso. Esto puede significar trabajar con las empresas de transporte local para asegurarse que los trayectos del transporte público pasen por los establecimientos. Se debe considerar hacer los establecimientos de salud más accesibles con métodos de transporte activo. Los pacientes deben viajar largas distancias para llegar a los establecimientos, en especial en zonas rurales o lugares alejados.

19. Se debe proporcionar acceso al transporte a los pacientes que necesitan ser derivados a atención secundaria o especializada. Los que necesiten ayuda para acceder a la atención primaria también deben recibir apoyo. También se debe ofrecer transporte a los pacientes rurales aislados que necesitan un nivel de atención que sólo se puede encontrar en centros médicos metropolitanos. La telemedicina a veces puede ser un sustituto aceptable al transporte de pacientes.

*Disponibilidad geográfica*

20. Trabajar con otros profesionales de salud, como las matronas puede ser de ayuda. Deben ser integrados al sistema de salud, beneficiar de formaciones y ser asistidos para prestar una atención segura y eficaz y la derivación a un especialista si es necesario. Esto no se extiende al sistema de salud estatal que presta o financia la atención que no está basada en pruebas, incluidas las terapias complementarias.

*Libertad de elección*

21. La libertad de elegir los profesionales de salud y las opciones de atención que ofrecen es un elemento esencial en todos los sistemas. Es necesario la capacidad de comprender esa opción y la libertad de elegir un proveedor entre las alternativas.

22. Los obstáculos a la libertad de elección puede estar en el acceso a los recursos financieros, mala comprensión de las opciones, culturales, geográficas y otros factores. El acceso a la información sobre las opciones disponibles es crucial para realizar la elección informada apropiada.

23. Las autoridades de la salud deben asegurarse que toda la población entienda cómo acceder a la atención médica y que tengan información objetiva sobre los diferentes proveedores.

24. Una vez que una persona tenga acceso a la atención a través de un proveedor en particular o un médico, debe tener la oportunidad de considerar las opciones clínicas. El acceso a informaciones sistemáticamente disponibles es esencial para permitir la elección.

*Educación pública*

25. La educación general es un determinante de la salud, mientras una persona haya recibido más educación, tiene mejores probabilidades de salud. En casos de problemas de salud, la educación previa puede ser un determinante de la velocidad a la que la persona tendrá acceso a la salud. La educación también ayuda a que las personas elijan apropiadamente las soluciones terapéuticas a las que tienen acceso.

26. La educación específica sobre materias de salud puede ser importante en la planificación del estilo de vida. Aunque la educación por sí sola, por ejemplo, no impide que las personas fumen o consuman drogas o alcohol, puede ayudar a tomar decisiones sobre las conductas a riesgo.

27. Un nivel general de conocimientos sobre salud ayuda a los pacientes a elegir entre las diferentes opciones de tratamiento y cumplir o cooperar con las exigencias de dicho tratamiento. También mejorará el autocuidado y las referencias indicadas por el paciente.

28. Se deben implementar programas educacionales que ayuden a las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y la buena utilización del autocuidado y la atención prestada por un profesional. Estos programas deben incluir información sobre los costos y beneficios relacionados con tratamientos alternativos en el contexto de la medicina moderna; el uso de servicios profesionales que permitan una detección temprana y tratamiento o prevención de enfermedades; responsabilidades personales en la prevención de enfermedades y el uso eficaz del sistema de atención médica. Los médicos deben participar activamente, cuando sea apropiado, en estas acciones educativas y se les debe proporcionar recursos adecuados para permitirles seguir dicha educación.

29. La educación pública también ayuda a los gobiernos a hacer comprender mejor las medidas de salud pública, incluido el impuesto al tabaco, la prohibición de consumo de ciertos productos y las restricciones a la libertad individual por razones de salud. Cuando los gobiernos deben imponer mecanismos legislativos u otros regulatorios, es necesaria una campaña pública con explicaciones para que el público comprenda y las cumplan.

*Garantía de calidad*

30. Los mecanismos de garantía de calidad deben ser parte de todo sistema de salud. Los médicos comparten la responsabilidad de asegurar la calidad de la atención médica y no deben permitir que otras consideraciones pongan en peligro la calidad de la atención prestada.

*Tecnología*

31. La tecnología cumple un papel cada vez más importante en la prestación de los servicios de salud. El precio de compra de bienes es alto por la necesidad de servicios logísticos específicos, incluidos los técnicos y los locales adecuados. Las tecnologías avanzadas no están disponibles en todos los lugares, el acceso a sus beneficios debe ser bien planificada para asegurar que todos los pacientes que la necesitan la aprovechen, no sólo los que están cerca de los centros tecnológicos avanzados.

*Circunstancias extraordinarias*

32. En circunstancias extraordinarias, incluidos los conflictos armados y las grandes catástrofes naturales, como los terremotos, los médicos tienen el deber de asegurar que los legisladores protejan el acceso a la atención, en especial para los más vulnerables y los que no pueden trasladarse a zonas más seguras.

## RECOMENDACIONES

33. Los determinantes sociales de la salud afectan mucho el acceso a la atención médica y también impactan directamente en la salud. Los médicos deben trabajar con los gobiernos para asegurar que tomen medidas eficaces con respecto a los DSS.

34. El acceso a la salud requiere una vigilancia sistemática, a fin de asegurar que se cumplan las condiciones apropiadas. Estas incluyen lo siguiente:

    34.1 Tener un sistema de salud apropiado, universal, solidario e igualitario. Establecimientos bien equipados, disponibles en todo el país, con centros de salud y su personal profesional con financiamiento suficiente y sostenible, con personas tratadas en base a sus necesidades y no a su capacidad de pago.

    34.2 La elección del paciente debe incluir a qué establecimiento acceder.

    34.3 El acceso a información adecuada para todos es esencial para elegir y cooperar con los proveedores de salud.

    34.4 La educación es un determinante social y un factor clave de la cooperación en la prestación de atención médica y promueve el autocuidado responsable con apoyo accesible.

    34.5 Los profesionales de la salud deben ser libres de desplazarse por el mundo, en especial para acceder a posibilidades de educación y profesionales. Esta movilidad no debe afectar la disponibilidad de recursos, en especial en los países donde son escasos.

    34.6 Los médicos deben contar con criterios éticos trasparentes y eficaces para trabajar en zonas sobrepobladas o más desfavorecidas.

    34.7 La prestación de atención médica requiere de las medidas de los gobiernos en todos los niveles, trabajar con las poblaciones para asegurarse que la gente comprende el beneficio de esta atención y que puede acceder a ella.

    34.8 Los médicos cumplen una función importante para asegurar que la planificación tenga sentido clínico, sea comunicada correctamente a la población en cuestión y que los pacientes no estén en peligro por recursos inadecuados, mala planificación u otros defectos en los sistemas.

    34.9 Los médicos conocen el sistema de salud y esto los obliga a desempeñar un papel de conciencia social sobre los determinantes sociales de la salud y el acceso a la atención médica por si mismos o a través de sus asociaciones médicas representativas.

    34.10 Las asociaciones médicas deben trabajar con sus miembros para promover el acceso a los sistemas de salud que respondan igualitariamente a las necesidades de las poblaciones.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN ASUNTOS AMBIENTALES

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, Septiembre 1988
revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y reafirmada por la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Argentina, Abril 2016

## INTRODUCCIÓN

1. La práctica efectiva de la medicina exige que los médicos y sus asociaciones profesionales aborden los asuntos ambientales que puedan influir en el estado de salud de los individuos y de las grandes poblaciones.

2. Más que nunca, debido a la disminución de los recursos naturales, estos problemas tienen relación con la calidad y la protección de los recursos que son necesarios para la mantención de la salud y por último, de la vida misma. En concreto, los problemas ambientales clave son los siguientes:

   a. La degradación del ambiente, que debe ser detenida en forma urgente, de manera que los recursos esenciales para la vida y la salud, por ejemplo, agua y aire puros, puedan estar disponibles para todos.

   b. La persistente contaminación de nuestras reservas de agua pura con hidrocarburos y metales pesados, junto con la contaminación de la salud ambiental e interior con especies tóxicas, que tiene graves consecuencias médicas, en especial en las regiones más pobres del planeta. Además, el efecto invernadero con su consecuente alza de temperatura nos debe hacer avanzar en nuestros debates y prepararnos para serias consecuencias ambientales y en salud pública.

   c. La necesidad de controlar el uso de los recursos no renovables, por ejemplo, la capa vegetal superior, que debe estar constantemente en nuestras mentes, y la importancia de proteger este legado vital, de manera que puedan ser utilizados por futuras generaciones.

   d. La necesidad de utilizar métodos de planificación familiar universales, de modo de mantener una sociedad sostenible y que pueda disponer de recursos médicos para todos.

   e. La necesidad de movilizar los recursos a través de fronteras nacionales, a fin de crear amplias soluciones a nivel internacional para el planeta como un todo, de manera de formular una estrategia unificada para enfrentar estos grandes problemas médicos y económicos mundiales.

   f. El objetivo principal es aumentar la conciencia para mantener el equilibrio vital entre los recursos ambientales por un lado y las exigencias biológicas para la salud de todos y en todas partes, por otro.

3. No obstante, nuestros mayores conocimientos de estos problemas hoy en día no han evitado un aumento del impacto negativo para nuestras sociedades en el medio ambiente, por ejemplo, el derretimiento de los glaciares y una mayor desertificación, tampoco ha detenido la sobreexplotación de los recursos naturales, por ejemplo, la contaminación de ríos, mares y del aire, deforestación y disminución de la tierra arable. En este contexto, la migración de gentes de países con desventajas o en desarrollo, junto con la aparición de nuevas enfermedades, aumenta la falta de políticas socioeconómicas en muchas partes del mundo. Desde el punto de vista médico, el crecimiento de la población y la destrucción irresponsable del medio ambiente son inaceptables, las organizaciones médicas del mundo deben redoblar sus esfuerzos, no sólo para tratar estos problemas, sino que también para sugerir soluciones.

**PRINCIPIOS**

1. En representación de los médicos, las asociaciones médicas deben considerar estos asuntos ambientales. Tienen el deber de realizar estudios analíticos que incluyan la identificación de los problemas y de las regulaciones internacionales actuales sobre asuntos ambientales y también su impacto en la salud.

2. Como los médicos funcionan dentro del marco de la ética y la deontología médica, las regulaciones ambientales no deben tratar de limitar la autonomía individual, sino más bien mejorar la calidad de vida para todos y perpetuar las formas de vida en el planeta.

3. Por lo tanto, la AMM debe servir como una plataforma internacional para la investigación, educación y defensa para ayudar a mantener el medio ambiente y su potencial para promover la salud.

4. Así cuando se identifiquen nuevos síndromes o enfermedades ambientales, la AMM debe ayudar a coordinar los debates científicos/médicos con la información disponible y sus consecuencias para la salud humana. Debe promover el logro de un pensamiento de consenso en la medicina y ayudar a estimular medidas preventivas, diagnóstico preciso y tratamiento de estos nuevos trastornos.

5. Por lo tanto, la AMM debe servir como foro internacional para la coordinacióin de asociaciones médicas, ONGs, médicos investigadores, organizaciones internacionales de salud, personas que toman decisiones y entidades de financiamiento en la evaluación de los efectos que presentan los problemas ambientales para la salud humana, su prevención, sanación y tratamiento para las personas y las comunidades.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS PELIGROS DEL TABACO Y SUS PRODUCTOS DERIVADOS PARA LA SALUD

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, Septiembre 1988
y enmendada por la 49ª Asamblea General de la AMM, Hamburgo, Alemania, Noviembre 1997
y la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007
y la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

## INTRODUCCIÓN

Más de uno de cada tres adultos en el mundo (más de mil cien millones de gente) fuma, 80% de ellos viven en países con ingresos bajos o medios. Fumar u otras formas de consumo de tabaco afecta cada órgano en el cuerpo y son las principales causas de cáncer, enfermedades al corazón, infartos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, daño fetal y muchas otras condiciones. Cada año en el mundo se producen cinco millones de muertes por consumo de tabaco. Si los índices de tabaquismo continúan así causarán más de 10 millones de muertes cada año en 2020 y el 70% se producirán en los países en desarrollo. El consumo de tabaco produjo 100 millones de muertos en el siglo 20 y matará a mil millones de personas en el siglo 21, a menos que se implementen intervenciones eficaces. Además, el humo ajeno, que contiene más de 4000 químicos, incluidos más de 50 carcinógenos y muchas otras toxinas, produce cáncer al pulmón, enfermedades del corazón y otras enfermedades en las personas que no fuman.

La comunidad mundial de salud pública, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha expresado mucha preocupación por las tendencias alarmantes en el consumo de tabaco y las enfermedades que se le atribuyen. Al 20 de septiembre de 2007, 150 países han ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC), que prevé que los países que lo han ratificado tomen serias medidas contra el consumo de tabaco a través del aumento de impuestos al tabaco, prohibición de publicidad y promoción del tabaco, prohibición de fumar en lugares públicos y lugares de trabajo, implementación de advertencias para la salud eficaces en los envoltorios de tabaco, mejoramiento al acceso a tratamientos y medicamentos para dejar de fumar, regulación de contenidos y emisiones de productos de tabaco y eliminación del comercio ilegal de productos de tabaco.

La exposición al humo del tabaco de otros se produce en todo lugar donde está permitido fumar: el hogar, los lugares de trabajo y otros sitios públicos. Según la OMS, alrededor de 200.000 trabajadores mueren cada año por exposición al tabaquismo en el trabajo y cerca de 700 millones de niños, como la mitad del total en el mundo, respiran aire contaminado por el humo del tabaco, en especial en sus hogares. Basada en la evidencia de tres completos informes recientes (the International Agency for Research on Cancer's Monograph

83, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking; the United States Surgeon General's Report on The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke; and the California Environmental Protection Agency's Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant) el 29 de mayo de 2007, la OMS hizo un llamamiento mundial para la prohibición de fumar en el trabajo y en lugares públicos cerrados.

La industria del tabaco afirma que está comprometida a determinar la verdad científica sobre los efectos del tabaco para la salud, con la realización de investigación interna y externa, a través de programas de la industria financiados en forma conjunta. Sin embargo, la industria ha negado, retenido y ocultado consistentemente información sobre los perniciosos efectos del consumo de tabaco. Durante muchos años, la industria ha afirmado que no existían pruebas concluyentes que demuestren que el consumo de tabaco causa enfermedades como el cáncer y las dolencias cardíacas. También ha afirmado que la nicotina no es adictiva. Estas afirmaciones han sido refutadas repetidas veces por toda la profesión médica, que por esto está resueltamente opuesta a las campañas masivas de publicidad realizadas por la industria y cree firmemente que las asociaciones médicas deben tener un papel firme de liderazgo en la campaña contra el tabaco.

La industria del tabaco y sus subsidiarios han apoyado durante muchos años la investigación y la preparación de informes sobre los diversos aspectos del tabaco y la salud. Al participar en estas actividades, los investigadores o sus organizaciones dan a la industria del tabaco una apariencia de credibilidad, incluso en los casos donde la industria no puede utilizar los resultados directamente en su comercialización. Dicha participación también crea conflictos de intereses con los objetivos de la promoción de la salud.

## RECOMENDACIONES

La AMM exhorta a las asociaciones médicas nacionales y a todos los médicos a tomar las siguientes medidas para ayudar a disminuir los peligros para la salud que resultan del consumo de tabaco:

1. Adoptar una posición contra el tabaquismo y el consumo de tabaco y dar publicidad a dicha política.

2. Prohibir fumar en todas las reuniones de negocios, sociales, científicas y ceremoniales de la Asociación Médica Nacional, de acuerdo con la decisión de la Asociación Médica Mundial de imponer una prohibición similar en sus propias reuniones.

3. Desarrollar, apoyar y participar en programas para educar a la profesión y al público sobre los peligros del consumo de tabaco (incluida la adicción) y exposición al humo ajeno. Los programas destinados a convencer y ayudar a los fumadores y a los que consumen tabaco sin producir humo a dejar de utilizar productos de tabaco y los programas para no fumadores y los que no usan productos de tabaco desti-nados a evitarlos son ambos importantes.

4. Estimular a cada médico para que sea un modelo de comportamiento (al no consumir tabaco) y portavoz de la campaña para educar al público sobre los efectos nocivos del tabaco para la salud y los beneficios de dejar de fumar. Pedir a todas las escuelas de medicina, instituciones de investigación biomédica, hospitales y a las instituciones de salud que prohíban fumar en sus recintos.

5. Introducir o reforzar programas educacionales para estudiantes de medicina y médi-cos, a fin de prepararlos para identificar y tratar la dependencia del tabaco en sus pacientes.

6. Apoyar un amplio acceso al tratamiento para la dependencia del tabaco basado en evidencia, incluido el asesoramiento y la farmacoterapia, a través de encuentros individuales con los pacientes, clases, líneas telefónicas, servicios en Internet para dejar el tabaco y otros medios apropiados.

7. Elaborar o confirmar normas de práctica clínica sobre el tratamiento del consumo y dependencia del tabaco.

8. Unirse a la AMM para exhortar a la Organización Mundial de la Salud a agregar medicamentos para dejar el tabaco con eficacia establecida a la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Mínimos.

9. No aceptar ningún financiamiento o material educativo de la industria del tabaco y exhortar a las escuelas de medicina, instituciones de investigación e investigadores a hacer lo mismo, a fin de no dar ninguna credibilidad a esta industria.

10. Instar a los gobiernos nacionales a ratificar e implementar totalmente el Convenio Marco para el Control del Tabaco, a fin de proteger la salud pública.

11. Expresarse en contra del cambio de enfoque de la comercialización de tabaco de países desarrollados a los menos desarrollados e instar a los gobiernos a hacer lo mismo.

12. Defender la promulgación y el cumplimiento de leyes que:

    - incluyan una regulación completa de la fabricación, venta, distribución y promoción de tabaco y sus productos derivados, incluidas las disposiciones específicas enumeradas a continuación.
    - exijan que se incluyan advertencias escritas y fotográficas sobre los peligros para la salud en todos los envases en que se venda tabaco y sus productos derivados y en toda la publicidad en favor del consumo de tabaco. Estas advertencias deben ser grandes y a los interesados en dejar de fumar o consumir productos derivados del tabaco deben comunicar teléfonos, sitios en Internet u otras fuentes de asistencia.
    - prohíban fumar en todos los lugares públicos cerrados (incluidos los establecimientos de salud, colegios y establecimientos educacionales), lugares de trabajo (incluidos restaurantes, bares y clubes nocturnos) y transporte público. Los centros de tratamiento de dependencia química y de salud mental también deben estar libres de tabaco. No se debe permitir fumar en las cárceles.
    - prohíban toda publicidad y promoción de tabaco y sus productos derivados.
    - insten la creación de legislación sobre los paquetes neutros.
    - prohíban la venta, distribución y accesibilidad a cigarrillos o al tabaco a niños o adolescentes. Prohíban la producción, distribución y venta de dulces que representen o parezcan productos de tabaco.
    - prohíban fumar en todos los vuelos nacionales e internacionales de aerolíneas comerciales y prohíban la venta libre de impuesto de tabaco en los aeropuertos y en todos los otros lugares.

- prohíban todos los subsidios gubernamentales al tabaco y sus derivados.
- subvencionen la investigación sobre la incidencia del consumo de tabaco y sus productos derivados y su efecto sobre la salud de la población.
- prohíban la promoción, distribución y venta de cualquier nuevo producto que contenga tabaco y que no exista actualmente.
- aumenten los impuestos al tabaco, utilizando las ganancias para programas de prevención, programas y servicios para dejar de fumar basados en evidencia y otras medidas de salud.
- disminuyan o eliminen el comercio ilegal de tabaco y la venta de tabaco de contrabando.
- ayuden a los agricultores con plantaciones de tabaco a cambiarse a otros cultivos.
- insten a los gobiernos a excluir el tabaco de los acuerdos comerciales internacionales.

13. Reconocer que el consumo de tabaco puede producir una enfermedad de pediatría por el daño que produce a los niños y la exposición al humo de los cigarrillos, la relación del consumo de tabaco en niños y la exposición al tabaco consumido por los adultos y la existencia de intervenciones eficaces para disminuir el consumo de tabaco. Los médicos deben hacer un esfuerzo especial para:

    - Ofrecer a los niños un entorno sin humo de tabaco.
    - Interpelar a los padres fumadores para realizar intervenciones de cesación del tabaco.
    - Promover programas que contribuyan a la prevención y disminución del consumo de tabaco en los jóvenes.
    - Controlar el acceso y la comercialización de los productos de tabaco y
    - Dar una alta prioridad a la investigación sobre el control del tabaco en los niños.

14. Negarse a invertir en compañías o firmas que produzcan o promuevan el consumo o la venta de tabaco.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL USO DE ANIMALES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y reafirmada por la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Argentina, Abril 2016

## INTRODUCCIÓN

1. La investigación biomédica es esencial para la salud y bienestar de nuestra sociedad. Los avances en la investigación biomédica han mejorado mucho la calidad de vida y la duración de ésta a través de todo el mundo. Sin embargo, la posibilidad de la comunidad científica de continuar sus esfuerzos para mejorar la salud privada y publicca se ve amenazada por un movimiento que tiene como finalidad eliminar el uso de animales en la investigación biomédica. Este movimiento está liderado por grupos radicales de activistas por los derechos de los animales, cuyos puntos de vista están considerados muy alejados de la principal corriente de actitudes públicas y sus tácticas van desde sofisticadas campañas para influenciar a legisladores, recolección de fondos, campañas de propaganda y desinformación, hasta violentos ataques a establecimientos de investigación biomédica y a científicos. Estos ataques violentos son perpetrados por un pequeño grupo de activistas comparados con los que usan medios pacíficos de protesta, pero tienen consecuencias serias y de amplio alcance.

2. La magnitud de las violentas actividades de los defensores de los derechos de los animales es increíble y estas actividades se llevan a cabo en distintas partes del mundo. Varios grupos de defensores de los derechos de los animales se han responsabilisado por atentados con bombas a vehículos, instituciones, tiendas y domicilios particulares de los investigadores.

3. La violencia de los grupos por los derechos de los animales ha tenido un efecto amedrentador en la comunidad científica a nivel internacional. Se ha intimidado a científicos, organismos de investigación y universidades para que alteren o incluso terminen importantes trabajos de investigación que dependen del uso de animales. Los laboratorios han sido obligados a invertir miles de dólares, que estaban reservados a la investigación, en la compra de sofisticados equipos de seguridad. Los jóvenes que podrían seguir una carrera en el campo de la investigación biomédica, cambian de parecer y optan por otras profesiones.

4. A pesar de los esfuerzos de muchos grupos que luchan por proteger la investigación biomédica del activismo radical sobre los animales, la respuesta a los movimientos por los derechos de los animales ha sido fragmentada, con pocos fondos económicos y principalmente defensiva. Muchos grupos dentro de la comunidad biomédica no se atreven a adoptar una posición pública frente al activismo sobre los animales por temor a represalias. Como resultado de esto, el establecimiento de la investigación ha

sido relegado a una posición defensiva. Se cuestionan sus motivaciones y se desafía repetidamente la necesidad de usar animales en la investigación.

5. Si bien la investigación planificada y realizada adecuadamente que debe hacer uso de animales es necesaria para aumentar la atención médica de todas las personas, reconocemos también que se debe asegurar un trato humano de los animales en investigación. Se debe establecer una formación adecuada para todo el personal de investigación y se debe contar con una atención veterinaria apropiada. Los experimentos deben cumplir con las disposiciones o regulaciones que rigen el manejo humano, albergue, cuidado, trato y transporte de los animales.

6. Las organizaciones internacionales médicas y científicas deben realizar una campaña más fuerte y cohesiva para contrarrestar la creciente amenaza a la salud pública que representan los activistas por los animales. Se debe crear un liderazgo y coordinación al respecto. Además, se deben entender claramente los derechos de los animales utilizados en la investigación médica y las obligaciones de los que la realizan.

**Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial afirma los siguientes principios:**

1. El uso de animales en la investigación biomédica es esencial para el progreso médico.
2. La Declaración de Helsinki de la AMM exige que la investigación biomédica en seres humanos debe estar basada, cuando corresponda, en la experimentación animal, pero también exige que se respete el bienestar de los animales usados en la investigación.
3. El trato compasivo de los animales usados en la investigación biomédica es esencial y los establecimientos de investigación deben cumplir con todas las normas que rigen el trato humano. Se debe proporcionar educación sobre estas normas a todos los investigadores en formación.
4. Los animales sólo deben ser usados en investigación biomédica cuando está claro que su uso es necesario para lograr un resultado importante y cuando no se disponga de ningún otro método posible.
5. La duplicación de experimentos con animales no debe producirse, a menos que sea justificado científicamente.
6. El uso de animales para pruebas inútiles de productos cosméticos y sus ingredientes, alcohol y tabaco no debe ser respaldado.
7. Aunque no se debe comprometer el derecho a la libertad de expresión, se debe condenar el elemento anárquico que existe entre los activistas por los derechos de los animales.
8. Se debe condenar internacionalmente el uso de amenazas, intimidación, violencia y hostigamiento personal de los científicos y sus familias.
9. Se debe solicitar un esfuerzo coordinado máximo de parte de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, a fin de proteger a los investigadores y a los establecimientos de investigación de actividades de naturaleza terrorista.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL CONTROL DE ACCIDENTES

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., Octubre 1990
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

- Los accidentes son la principal causa de muerte e invalidez en niños y jóvenes, destruyen la salud, la vida y la alegría de millones de personas cada año. Las causas de accidentes, entre otras, son actos de violencia contra sí mismo u otras personas, colisiones de tránsito, caídas, envenenamientos, ahogamientos y quemaduras. Sin embargo, muchos accidentes se pueden prevenir. El control de accidentes se debe reconocer como una prioridad de salud pública que necesita coordinación entre los organismos de salud, transporte y servicio social en cada país. Para asegurar el éxito de los programas de control de accidentes es necesaria la participación y dirección de los médicos a través de la medicina, educación y defensa.

- Según la Organización Mundial de la Salud, que estipula en Injuries and Violence: The Facts, el índice de accidentes no es uniforme en el mundo. En realidad, cerca de 90% de las muertes por accidentes suceden en países de ingresos bajos y medios. Dentro de los países, las tasas de accidentes varían según la clase social también. Los pobres tienen condiciones de vida y trabajo más peligrosas que los más pudientes. Por ejemplo, las viviendas en las comunidades más pobres es probable que sean más viejas y necesiten reparaciones. Las comunidades pobres también tienen índices más altos de homicidios. Es más, la gente que vive en la pobreza también tiene menos acceso a una atención de urgencia de calidad y servicios de rehabilitación. Se debe prestar más atención a estas causas fundamentales de accidentes.

- La Asociación Médica Mundial insta a las asociaciones médicas nacionales a trabajar con todos los organismos apropiados, públicos y privados, para elaborar y poner en marcha un programa destinado a prevenir y tratar los accidentes. Se deben incluir en dicho programa intentos para mejorar el tratamiento médico y la rehabilitación de pacientes accidentados. Se debe aumentar la investigación y educación sobre el control de accidentes y la cooperación internacional es vital y necesaria para lograr un proyecto exitoso.

- Las asociaciones médicas nacionales deben recomendar que incorporen los siguientes elementos básicos en los programas nacionales:

## EPIDEMIOLOGÍA

El esfuerzo inicial de tal proyecto debe ser la obtención de información más adecuada, sobre la cual basar las prioridades, intervenciones e investigación. Se debe poner en marcha en cada país un sistema eficaz de vigilancia de accidentes a fin de reunir e integrar información. Se debe poner en práctica un sistema preciso y apropiado para clasificar los accidentes, por parte de hospitales y organismos de salud. También debe existir una clasificación internacional uniforme de la gravedad de los accidentes.

## PREVENCIÓN

La prevención de accidentes necesita de educación para enseñar y persuadir a la gente a cambiar su conducta para disminuir el riesgo de accidentes. Puede ser apropiado promulgar leyes y reglamentos que exijan cambios de conducta basados en métodos científicamente seguros de prevención de accidentes (por ejemplo, el uso de cinturones de seguridad y cascos). A su vez, dichas leyes se deben aplicar estrictamente. Un sistema eficaz de vigilancia de accidentes, como se ha mencionado con anterioridad, ayudará a determinar cómo seleccionar los esfuerzos preventivos adicionales. La planificación urbana y del tránsito debe favorecer entornos seguros para los residentes.

## BIOMECÁNICA

Un mejor entendimiento de la biomecánica del accidente y de la invalidez podría servir para crear mejores estándares de seguridad y reglamentaciones relativas al diseño del producto.

## TRATAMIENTO

La atención prestada en el lugar del accidente debe ser reforzada con un sistema eficaz de comunicaciones entre los que intervienen primero y los profesionales de la salud en hospitales a fin de facilitar la toma de decisiones. Se debe proporcionar un transporte rápido y seguro al hospital. Se debe contar con un equipo de especialistas en traumatismos en el hospital. También debe existir un equipamiento apropiado y materiales para atender al paciente accidentado, incluido el acceso inmediato al banco de sangre. Se debe estimular la educación y formación de especialistas en atención de traumatismos, para asegurar una técnica óptima por parte de un número apropiado de médicos en todo momento.

## REHABILITACIÓN

Las víctimas de traumatismos necesitan una atención continuada que dé énfasis no sólo a la sobrevivencia, sino que también a la identificación y preservación de las funciones residuales. Se debe hacer una rehabilitación para restaurar las funciones biológicas, sicológicas y sociales, como un esfuerzo para permitir que la persona accidentada logre una máxima autonomía personal y un estilo de vida independiente. Cuando sea posible, la integración en la comunidad es un objetivo deseable para las personas con discapacidad crónica causada por un accidente. La rehabilitación también puede necesitar cambios en el entorno físico y social del paciente.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., Octubre 1990
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tránsito graves son un problema de salud pública con consecuencias similares a las enfermedades como el cáncer y las cardiovasculares. Cerca de 1,2 millones de muertes y 20-50 millones de lesionados se producen en las carreteras de todo el mundo cada año. En 2020, se espera que los accidentes de tránsito sean la tercera causa de enfermedades y accidentes en el planeta.

Además del inmenso costo personal y social asumido por las víctimas de las colisiones de tránsito y sus parientes, los accidentes de tránsito tienen un impacto económico significativo. El costo económico de las lesiones y discapacidades producidas por los accidentes de tránsito, incluida la atención médica de urgencia y de rehabilitación, los costos de la discapacidad y los años de vida de las discapacidades alcanzan el 1% del producto interno bruto (PIB) de los países más pobres y el 1,5-2% de los más ricos. La mayoría de esta carga es asumida por el sector de salud.

Los accidentes de tránsito siguen en aumento en muchos países, en especial en las naciones con ingresos bajos o medios que en la actualidad representan el 85% de todas las muertes por accidentes de tránsito y son la segunda causa de muerte entre los jóvenes en el mundo.

La mayor parte de los accidentes de tránsito se pueden evitar con mejores medidas preventivas. Para combatir los accidentes de transito es necesario la responsabilidad compartida de muchos organismos, grupos y personas a nivel internacional, nacional y comunitario, incluidos los gobiernos, ONGs, industria, profesionales de la salud pública, ingenieros y entidades que aplican la ley.

Se reconoce ampliamente que la velocidad es el factor más importante de la seguridad vial, que afecta las probabilidades de que se produzca un accidente y la gravedad de las lesiones en una colisión. Un aumento promedio de la velocidad de 1 km/h es asociada con un 3% más de riesgo de accidente con heridos y un 5% más de riesgo de un accidente grave o fatal.

Sin embargo, los esfuerzos para disminuir las colisiones de tránsito y las lesiones también necesitan de un «enfoque sistémico» que reconozca y aborde los diversos factores que contribuyen al riesgo de accidentes de tránsito y las lesiones, incluidas las variables humanas, vehículos y diseño vial.

Para prevenir los accidentes de tránsito es necesario abordar los determinantes sociales de la salud – los factores sociales, económicos, ambientales y políticos que tienen una influencia en la salud de la población. Los países de ingresos bajos y medios, donde existe una infraestructura menos segura, menos estándares mínimos de seguridad de los vehículos y atención médica de urgencia de menor calidad, tienen las cifras más altas de accidentes de tránsito. De este modo, hay una interacción de los factores humanos, vehiculares y ambientales que intervienen antes, durante y después de una colisión. La intervención en cada una de estas etapas ayudará a disminuir la cantidad de colisiones y lesiones. Para lograr una intervención eficaz es necesario la educación pública y también la participación profesional en los campos de la ingeniería, el cumplimiento de la ley y la atención médica.

La intervención previa al accidente está destinada a evitar las colisiones y disminuir los factores de riesgos. Ejemplos: evitar que los conductores conduzcan cuando estén cansados (en especial los de vehículos pesados), distraídos o bajo la influencia de las drogas o el alcohol. Las políticas necesarias pueden incluir la prohibición del uso de teléfonos móviles en las manos y prohibición nocturna o licencias para graduados jóvenes. La intervención previa al accidente también incluye el establecimiento de normas de diseño del vehículo que aseguren que los vehículos están fabricados para utilizar las vías y no pueden ser conducidos a velocidades excesivas. Otras intervenciones incluyen el establecimiento y cumplimiento de límites de velocidad, instalación de cámaras de velocidad y mejoramiento del diseño vial para evitar colisiones.

El segundo nivel de intervención está destinado a evitar o disminuir los daños durante la colisión. Esta intervención incluye: cumplimiento del uso del cinturón de seguridad y sistema de retención para niños, exigencia de cascos para ciclistas, fabricación de vehículos equipados con aparatos de seguridad y con un diseño de protección contra las colisiones, disminución y cumplimiento de los límites de velocidad, retiro de objetos pesados y rígidos, como barreras divisorias de concreto o metal, postes de electricidad y barreras de contención de los costados de las carreteras.

La intervención después del accidente está destinada a salvar vidas y tratamiento para disminuir las lesiones, incluye mejor atención pre-hospitalaria y de urgencia y la rehabilitación.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM respalda las conclusiones y recomendaciones clave del Informe sobre prevención de accidentes de tránsito de la OMS 2015 y pide su implementación de parte de sus asociaciones médicas nacionales miembros y sus gobiernos y organismos pertinentes.

2. El médico debe considerar los accidentes de tránsito como un problema de salud pública y reconocer su responsabilidad en la lucha contra este problema mundial.

3. Las asociaciones médicas nacionales y sus médicos miembros deben trabajar para convencer a los gobiernos y encargados de las políticas de la importancia de este tema y deben ayudar a adaptar la información empírica y científica a políticas viables.

4. Las asociaciones médicas nacionales y los médicos deben ser actores clave en la educación pública y deben incluir la seguridad vial en las actividades de promoción de la salud.

5. Los médicos deben participar en la recolección y análisis de información sobre colisiones de tránsito y las lesiones producidas, incluidos los sistemas de control de accidentes.

6. Los médicos deben trabajar para cambiar la actitud del público frente al tránsito vial, incluida la presión para mejorar el transporte público, tener ciclovías y veredas en buen estado para instar a un menor uso del automóvil y la adopción de opciones más saludables, como caminar y usar la bicicleta.

7. Los médicos deben abordar el factor humano y las razones médicas para las colisiones de tránsito, incluida aunque no limitada al uso de medicamentos prescritos o condiciones médicas que pueden afectar la conducción y buscar maneras de evitar y disminuir la gravedad de las lesiones.

8. Los médicos deben ejercer presión para lograr la implementación y el cumplimiento de las medidas antes mencionadas que han demostrado que disminuyen el riesgo y la gravedad de las colisiones de vehículos y evaluar su impacto.

9. Las asociaciones médicas nacionales y sus médicos miembros deben instar a la investigación y creación de mejores sistemas de formación y atención médica a todo nivel, incluidos sistemas eficaces de comunicación y transporte para localizar y evacuar a las víctimas, sistemas de atención de urgencia para proporcionar servicios de primeros auxilios que salven vidas y atención experta de traumatismos y rehabilitación, además deben ejercer presión para obtener más recursos destinados a proporcionar estos servicios.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL SUICIDIO DE ADOLESCENTES

Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial, Malta, Noviembre 1991
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Antes los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, mientras que ahora es más probable que mueran de causas previsibles. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo. El suicidio es en la actualidad una de las principales causas de muerte en la población adolescente. Probablemente, los informes de suicidios son subestimados debido a estigmas culturales y religiosos relacionados con la autodestrucción y una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinfligidos, como algunos accidentes de tránsito.

El suicidio de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino que también a la familia, los amigos y la comunidad donde vivía el adolescente. A menudo el suicidio se vive como un fracaso personal por parte de padres, amigos y médicos que se culpan por no detectar signos que los alerten. También es considerado como un fracaso por la comunidad, al servir de vivo recordatorio de que la sociedad, a menudo, no entrega un ambiente saludable, solidario y educativo donde los niños crezcan y se desarrollen.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se cuentan: trastornos afectivos, trauma, aislamiento emocional, baja autoestima, estrés emocional excesivo, trastornos alimenticios, acoso (escolar, cibernético y sexual), fantasías románticas, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol, disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción y noticias en los medios de comunicación sobre suicidios de otros adolescentes, lo que puede inspirar actos de imitación. Además, la exposición prolongada a los medios electrónicos, que afecta predominantemente a los adolescentes a través de los juegos en el computador y las redes sociales, puede contribuir al aislamiento social, fracaso escolar y malestar en los jóvenes.

Los jóvenes en establecimientos correccionales tienen un riesgo más elevado de suicidio que la población general, pero tienen menos recursos a su disposición. La falta de recursos dificulta la identificación de los que presentan riesgos de suicidio.

Se observa que la incidencia del suicidio de adolescentes es mayor en los “pueblos originarios” de algunos países. Las razones de esto son complejas.

La atención médica de los adolescentes se logra mejor cuando los médicos proporcionan servicios completos, incluyendo una evaluación y tratamientos médicos y psicosociales. La atención completa y continua da al médico la oportunidad de obtener la información necesaria para detectar a los adolescentes que presentan riesgos de suicidio u otras conductas autodestructivas. Este modelo de servicio también ayuda a crear una relación médico-paciente con apoyo social, que puede moderar las influencias adversas que los adolescentes encuentran en su entorno.

En sus esfuerzos para evitar el suicidio de adolescentes, la Asociación Médica Mundial reconoce la naturaleza compleja del desarrollo bio-psico-social adolescente, el cambiante mundo social que enfrentan los adolescentes y la aparición de nuevos elementos de autodestrucción más mortíferos. Como respuesta a estas inquietudes, la Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas nacionales adopten las siguientes normas para los médicos. Al hacer esto, reconocemos que otros actores – padres, organismos de gobierno, colegios, comunidades, servicios sociales – también cumplen una función importante en este ámbito.

## RECOMENDACIONES

1. Todos los médicos deben recibir, durante sus estudios en la escuela de medicina y la formación de postgrado, una educación en psiquiatría infantil y del desarrollo bio-psico-social adolescente, incluidos los factores de riesgo para el suicidio.

2. Se debe capacitar a los médicos para identificar los primeros signos y síntomas de tensión física, emocional y social en sus pacientes adolescentes y los signos y síntomas de trastornos psiquiátricos, como la depresión, el trastorno bipolar y de consumo de substancias que pueden contribuir al suicidio, al igual que otras conductas autodestructivas.

3. Se debe enseñar a los médicos cuándo y cómo evaluar el riesgo de suicidio en sus pacientes adolescentes.

4. Se debe enseñar a los médicos y mantenerlos actualizados en el tratamiento y opciones de derivación apropiadas para todos los niveles de conductas autodestructivas en sus pacientes adolescentes. Los médicos con formación más importante en suicidio de adolescentes son los psiquiatras infantiles y de adolescentes, de modo que el paciente debe ser derivado a uno de ellos si está disponible.

5. Los médicos deben colaborar con otros interesados pertinentes, como asistentes sociales, autoridades escolares y psicólogos que tengan experiencia en conducta de niños y adolescentes.

6. Cuando atiendan a adolescentes con cualquier tipo de trauma, los médicos deben considerar la posibilidad de una causa autoinfligida.

7. Cuando se atienda a adolescentes que demuestren un deterioro en su pensamiento, sentimientos o conducta, se debe considerar la posibilidad de abuso y adicción a sustancias y se debe fijar un margen bajo para un examen toxicológico y de orina.

8. Los sistemas de atención médica deben facilitar la creación de servicios de consulta de salud mental destinados a evitar el suicidio y deben pagar la atención médico-social que se le entrega a los pacientes que han intentado suicidarse. Los servicios deben adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes adolescentes.

9. Se deben realizar estudios epidemiológicos sobre el suicidio, sus factores de riesgo y métodos de prevención, los médicos deben mantenerse actualizados con estos estudios.

10. Cuando atiendan a adolescentes con trastornos psiquiátricos o factores de riesgo de suicidio, los médicos deben advertir a los padres o responsables que observen signos de suicidio y los informen sobre las opciones de evaluación.

11. Los médicos deben promover la identificación de los grupos de adolescentes en riesgo con la movilización de recursos destinados específicamente a la prevención y disminución de los riesgos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL ALCOHOL Y LA SEGURIDAD VIAL

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, Septiembre 1992
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

Los muertos y heridos por accidentes de tránsito son un problema de salud pública importante. El informe Global status report on road safety 2015 de la Organización Mundial de la Salud indica que las muertes por accidentes de tránsito al año han alcanzado a 1,25 millón en el mundo, los países con ingresos más bajos tienen las tasas más altas de muertes por accidentes de tránsito.

Conducir bajo los efectos del alcohol es la causa de una gran cantidad de muertos y heridos producidos por los accidentes de tránsito. La prevalencia de conducir bajo los efectos del alcohol aumenta cada año en el mundo.

Un cambio en el comportamiento de los conductores con respecto al consumo de alcohol parece ser el enfoque más prometedor para evitar muertos y heridos por accidentes de tránsito. Las medidas que prohíban conducir bajo los efectos del alcohol producirán un notable mejoramiento en la seguridad vial y una apreciable disminución de la cantidad de muertos y heridos.

## CONSECUENCIAS DE CONDUCIR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL

La conducción de un vehículo implica la aceptación de ciertos riesgos. El conductor cuidadoso siempre estará consciente de los riesgos y al mismo tiempo se asegurará que el nivel del riesgo nunca alcance un punto inaceptable. El alcohol no sólo afecta la capacidad para conducir, sino que altera en el conductor la evaluación subjetiva del riesgo, de modo que conduce con más imprudencia.

Sin considerar la cantidad de alcohol consumido, la máxima concentración de alcohol en la sangre se alcanza:

- después de media hora con el estómago vacío,
- después de una hora con comidas.

Por otro lado, el cuerpo necesita mucho tiempo para eliminar el alcohol. Una persona en buen estado de salud elimina el alcohol a un ritmo que disminuye la concentración de alcohol en la sangre de 0,1 a 0,15 gramos por litro de alcohol cada hora. Por esto, la

capacidad para conducir se mantiene alterada mucho después de que la persona ha dejado de beber.

El consumo excesivo del alcohol tiene consecuencias neurológicas y psiquiátricas de corto y largo plazo que pueden poner en peligro la seguridad vial.

Ciertos medicamentos interactúan negativamente con el alcohol, se sabe que en particular algunas combinaciones disminuyen la atención. Cuando se toman medicamentos, ya sea legales o ilegales, con alcohol, el efecto de éste se intensifica. La mezcla puede producir disfunciones mentales que son muy peligrosas para los conductores. Se debe enseñar e informar a los médicos sobre estos efectos farmacológicos.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM reafirma su compromiso para trabajar a fin de disminuir el consumo excesivo del alcohol y para promover políticas y otras medidas de reducción de daños (Declaración de la AMM sobre el Alcohol, octubre 2015).

2. Los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben tener un papel activo en la promoción y defensa de la elaboración de políticas gubernamentales destinadas a disminuir la conducción bajo los efectos del alcohol.

**INTERVENCIONES DE POLÍTICAS**

3. En la actualidad, la cantidad de alcohol permitida en la sangre varía según el país. Incluso una pequeña cantidad de alcohol tiene un efecto directo en el cerebro con alteraciones en niveles tan bajos como 0,3 gramos por litro. Por lo tanto, sería deseable bajar el nivel máximo de alcohol en la sangre permitido a un mínimo, pero no sobre 0,5 gramos por litro lo que es suficientemente bajo para permitir que el conductor promedio mantenga su capacidad de evaluar un riesgo.

4. La alta prevalencia especialmente en algunos países de conducir bajo los efectos del alcohol, puede justificar políticas más estrictas a las que los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben apoyar activamente. Por ejemplo, el conductor puede ser declarado incapacitado para conducir por un tiempo suficiente para asegurarse que ya no sea una amenaza para la seguridad vial en el futuro.

5. Las autoridades de gobierno deben considerar la implementación de restricciones en la venta o asequibilidad del alcohol, tal vez a través de impuestos, sistemas de licencias o límites para los días y horas de venta. También se debe considerar restringir la promoción de bebidas alcohólicas, incluida la publicidad y el auspicio de eventos.

6. En cada país se debe adoptar una edad mínima legal para la compra y el consumo de alcohol. Las autoridades de gobiernos deben considerar implementar una ley de nivel de alcohol en la sangre más bajo o cero para los conductores jóvenes.

7. Deben existir consecuencias estrictas por vender bebidas alcohólicas a personas bajo la edad autorizada para comprar y consumir alcohol. Estas leyes deben aplicarse

correctamente.

8. Todo conductor que se vea involucrado en un accidente de tránsito debe someterse a un control de concentración de alcohol en la sangre o de aliento.

9. La práctica de realizar alcoholemias aleatorias de aliento a los conductores debe ser intensificada y debe realizarse más investigación para encontrar otras maneras de controlar la orina, el aliento y la saliva, a fin de identificar a los conductores que no estén en condiciones y así evitar que conduzcan un vehículo.

10. Se deben crear y experimentar con aparatos que impidan que las personas con niveles no autorizados de alcohol en la sangre puedan poner en marcha o conducir el vehículo.

**INTERVENCIONES EDUCACIONALES**

11. Las intervenciones educacionales deben promover la moderación y la responsabilidad en el consumo de alcohol y tratar de disminuir la posibilidad de que alguien consuma alcohol y luego conduzca.

12. La información entregada por los médicos y los profesionales de la salud debe estar destinada a que cada conductor tome conciencia de conducir bajo los efectos del alcohol. Cuando los médicos y otros profesionales de la salud otorgan certificados de capacidad para conducir, pueden utilizar esta oportunidad para educar a los conductores y entregar un mensaje de prevención y responsabilidad personal.

13. En la mayoría de los países, los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol afectan a adolescentes y adultos jóvenes en un grado desproporcionadamente alto, se deben utilizar todos los recursos para disminuir su consumo de alcohol. El problema del consumo de alcohol en los adolescentes y adultos jóvenes y su relación con la seguridad vial debe estar incluido en el currículo escolar para que una actitud responsable se convierta en la norma.

**INTERVENCIONES CLÍNICAS Y DE REHABILITACIÓN**

14. Los médicos también deben participar a disminuir la posibilidad de conducción peligrosa a través de la desintoxicación y rehabilitación de los conductores ebrios. Estas iniciativas deben estar basadas en un análisis detallado del problema que se manifiesta en cada país o cultura. Sin embargo, en general, el alcoholismo es una condición médica que tiene relación con dificultades psicológicas o sociales e interpersonales que afectan a la familia y al entorno laboral o social.

15. Una persona alcohólica debe tener acceso a los servicios de rehabilitación. Cuando un conductor tiene un exceso de alcohol en la sangre (o su aliento), se deben examinar otros factores asociados a su consumo excesivo e incluirlos en el programa de rehabilitación. Estos programas de rehabilitación deben ser financiados con fondos públicos.

16. Los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol pueden ser considerados

como señal de otras conductas adictivas y violentas. Esto debe tomarse en cuenta en el tratamiento médico del paciente.

## INTERVENCIONES DE LA COMUNIDAD

17. Los interesados pertinentes deben idear estrategias para asegurar un transporte seguro a los domicilios cuando se consuma alcohol.

18. Eliminar el alcohol en los lugares de trabajo y en situaciones en las que los consumidores deben conducir, este debe ser el objetivo de las políticas de organización. La promoción de bebidas no alcohólicas es una herramienta importante para facilitar estas políticas.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA

Adoptada por la 44ªAsamblea Médica Mundial, Marbella, España, Septiembre 1992
y enmendada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007
y reafirmada con una revisión menor por la sesión 207 del Consejo de la AMM en Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

Dada la creciente conciencia y conocimiento ambientales del impacto del ruido en la salud, la psiquis, el rendimiento y el bienestar, el ruido ambiental es una seria amenaza para la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe al ruido como la primera molestia ambiental en los países industrializados.

El ruido afecta a las personas de diversas maneras. Sus efectos están relacionados con la audición, el sistema nervioso vegetativo, la psiquis, la comunicación oral, el sueño y el rendimiento. Puesto que el ruido es un factor estresante, una carga mayor para el cuerpo produce un mayor consumo de energía y más desgaste. Se sospecha que el ruido puede favorecer principalmente las enfermedades en que el estrés tiene una función importante, como las enfermedades cardiovasculares, que se pueden manifestar en la forma de hipertensión, infarto de miocardio, angina de pecho o incluso apoplejía.

Los efectos para el campo psicológico también son graves. El estrés producido por ruido ambiental es una preocupación principal, no sólo en los países industrializados, sino también cada vez más en las naciones en desarrollo. Debido al continuo y masivo aumento de los volúmenes de tráfico, tanto vial como aéreo, el estrés causado por el ruido ambiental ha tenido un incremento constante en su duración y en el área afectada.

De igual manera, el ruido en el trabajo produce cada vez más una discapacidad auditiva relacionada con esta función.

El daño auditivo producido por el ruido relacionado al ocio también es preocupante. La fuente más común de ruido en este contexto es la música, a la cual el oído está expuesto por distintos medios de audio en lugares diferentes (reproductores de música portátiles, sistemas estéreos, discotecas, conciertos). La mayoría de la gente subestima el riesgo de sufrir daño auditivo o incluso lo niega conscientemente. El mayor problema (o aspecto) es crear conciencia en el grupo de mayor riesgo, por lo general los jóvenes. En este respecto, se llama a los legisladores a intervenir y disminuir el potencial de daño con la introducción de limitadores de nivel de sonido en las unidades reproductoras de audio y niveles de sonido máximos permitidos en los eventos musicales o prohibir los juguetes que son muy ruidosos o que producen niveles de ruido excesivamente altos.

La Asociación Médica Mundial, de acuerdo con sus objetivos médico-sociales, llama la atención sobre el problema de la contaminación acústica con el fin de contribuir a la

lucha contra el ruido ambiental a través de mayor información y más conciencia.

**RECOMENDACIONES**

La Asociación Médica Mundial exhorta a las asociaciones médicas nacionales a:

1. Informar al público, en especial a las personas afectadas por el ruido ambiental y también a los que elaboran políticas y toman decisiones, sobre los peligros de la contaminación acústica.

2. Llamar a los ministros de transporte y planificadores urbanísticos a idear conceptos alternativos que puedan combatir el creciente nivel de contaminación acústica ambiental.

3. Defender las regulaciones estatutarias para combatir la contaminación acústica amiental.

4. Respaldar el cumplimiento de la legislación sobre contaminación acústica y observar la eficacia de las medidas de control.

5. Informar a los jóvenes sobre los riesgos de escuchar música excesivamente fuerte como la que emana, por ejemplo, de los reproductores de música portátiles, uso de sistemas estéreo con audífonos, sistemas de audio en automóviles y asistencia a conciertos rock y discotecas.

6. Instar a las autoridades educacionales a informar a los estudiantes en una etapa temprana sobre las consecuencias del ruido en las personas, cómo se puede combatir el ruido ambiental, la función de la persona en la contribución a la contaminación acústica y los riesgos de escuchar música demasiado fuerte.

7. Entregar información sobre los riesgos de daño auditivo que se produce en el sector privado, como resultado de trabajar con maquinaria pesada o utilizar vehículos motorizados demasiado ruidosos.

8. Enfatizar a las personas expuestas a altos niveles de ruido en el trabajo la importancia de protegerse contra el ruido que no se puede disminuir.

9. Llamar a los responsables de la seguridad laboral y la salud en las empresas a tomar medidas para disminuir la emisión de ruidos y hacer obligatorio la protección de los oídos en trabajos de alto riesgo, a fin de asegurar la protección de la salud de los empleados en los lugares de trabajo.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LOS EXÁMENES FÍSICOS DE LOS PRESOS

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial Budapest, Hungría, Octubre 1993
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

1. La Asociación Médica Mundial adopta esta declaración con el objetivo de proporcionar orientación a las asociaciones médicas nacionales cuando elaboren normas para sus miembros.

2. La participación de médicos en los exámenes de las cavidades del cuerpo para la aplicación de la ley o por seguridad pública implica complejos temas de derechos del paciente, consentimiento informado, obligaciones fiduciarias del médico (doble obligación) y su responsabilidad de contribuir a la salud pública. La solicitud para realizar un examen de las cavidades del cuerpo pone al médico en una posición insostenible de violación potencial de las normas éticas de su profesión. La participación del médico solo debe ocurrir en casos excepcionales.

3. Existen varios tipos de exámenes físicos de los presos que se realizan en el sistema carcelario. Estos incluyen los exámenes por contrabando y por elementos peligrosos para los presos y los que están en contacto con ellos. Los exámenes van de los menos invasivos como el "palmeo" a los más invasivos como los de desnudos (incluida la observación de la boca) y los de las cavidades del cuerpo.

4. Los sistemas carcelarios en muchos países exigen que los presos sean sometidos a exámenes de las cavidades del cuerpo. Dichos exámenes, que incluyen exploraciones rectales y pélvicas (vaginales), son realizados cuando un individuo tiene su primer ingreso a la población penal y luego, cada vez que se le permite tener contacto personal directo con alguien fuera de la cárcel. También pueden realizarse cuando hay razón de sospechar una falla en la seguridad o las regulaciones de la cárcel. Por ejemplo, cuando un preso es trasladado a los tribunales para una audiencia o al hospital para un tratamiento, o a trabajos fuera de la cárcel; cuando el preso es devuelto a la institución, es sometido a un examen de las cavidades del cuerpo que incluye todos los orificios. Cuando los presos tienen contacto directo con las visitas – familiares u otras personas – el reglamento de la cárcel puede requerir un examen de las cavidades del cuerpo. El propósito del examen es principalmente por seguridad para evitar el ingreso de contrabando a la cárcel, como armas o drogas.

5. Estos exámenes se realizan más bien por razones de seguridad que médicas o de salud. Solo deben ser efectuados por una persona con una formación apropiada. En la mayoría de los casos, esto significa alguien que trabaje en el sistema carcelario que

haya recibido formación para realizar estos exámenes con seguridad. Esta persona no será un médico, excepto en circunstancias inusuales y específicas.

6. La obligación del médico de prestar atención médica al preso se puede ver comprometida con la obligación de participar en el sistema de seguridad de la cárcel. El médico debe tratar en lo posible de evitar realizar exámenes físicos. Toda normativa de examinar debe estar separada de sus deberes generales de atención médica, a fin de proteger la relación médico-paciente.

7. En casos excepcionales, la autoridad carcelaria puede indicar que el examen sea realizado por un médico. El médico decidirá si su participación es necesaria y actuará en consecuencia y de manera ética.

8. Si el examen puede causar daño, si es realizado por alguien con menos experiencia, por ejemplo si el preso es una mujer embarazada o una persona con hemorroides aguda, entonces este acto, que no es médico, puede ser realizado por un médico para proteger al preso de lesiones. En este caso, el médico debe explicar esto al preso y además debe explicarle que lo realiza no como un médico que atiende a un paciente, sino que por la seguridad del paciente y como es requerida por las autoridades carcelarias, en la cual no existe la relación médico-paciente. El médico debe informar al preso que las condiciones normales del secreto médico no se aplican durante este procedimiento y los resultados del examen serán revelados a las autoridades. Si una ley exige que estos exámenes sean realizados por un médico y éste acepta efectuar un examen de las cavidades del cuerpo, se debe informar a la autoridad de que es necesario que este procedimiento se realice de manera respetuosa.

9. Si el examen lo realiza un médico, lo debe hacer un médico distinto al que atenderá posteriormente al preso.

10. Los exámenes forzados no son aceptables éticamente y los médicos no deben realizarlos. Si el preso acepta al examen, el médico u otra persona que realice el examen de las cavidades del cuerpo debe asegurarse que el preso conozca totalmente lo que se le realizará, incluido el lugar donde se hará el examen.

11. Los exámenes se deben realizar de manera respetuosa y cuando sea posible, en un lugar privado y confidencial que respete al preso. La persona que realice el examen debe ser del mismo sexo que el preso examinado. Cuando corresponda, se debe preguntar primero a las personas transgénero con qué sexo se identifican.

12. La Asociación Médica Mundial exhorta a todos los gobiernos y figuras públicas responsables de la seguridad de la población, a reconocer que los exámenes invasivos constituyen graves agresiones a la privacidad y dignidad de la persona, y que también representan riesgos de daño físico y psicológico. La Asociación Médica Mundial insta a que, hasta donde sea posible sin comprometer la seguridad pública, se sigan las siguientes recomendaciones:

    - Se consideren métodos alternativos para los exámenes rutinarios de los presos, incluido el ultrasonido y otros escáneres, y que los exámenes de las cavidades del

cuerpo sean aplicados sólo como último recurso.

- Debe estar prohibido agacharse sobre espejos para examinar el ano cuando se obliga al preso a pujar. Este es un procedimiento degradante con una fiabilidad cuestionable.
- Si se necesita realizar exámenes de las cavidades del cuerpo, el responsable público se debe asegurar que dichos exámenes los lleve a cabo respetuosamente el personal del mismo sexo que el preso y con los conocimientos y experiencia médica suficientes para practicar el examen en forma segura.
- La misma autoridad responsable debe asegurarse que se garantice la privacidad y dignidad de la persona examinada.
- La participación del médico en los exámenes de las cavidades del cuerpo debe ser solo en casos excepcionales. En estos casos, el deber de examinar debe separarse de la prestación de atención médica del médico.

13. Por último, la AMM insta a los gobiernos y a los responsables públicos a proporcionar un médico calificado para realizar los exámenes físicos cada vez que lo exija el estado físico de la persona. Se debe respetar, en lo posible, si el preso solicita un médico específico.

14. En casos específicos, puede ser la autoridad carcelaria la que pida que el examen sea efectuado por un médico por el bienestar del preso. En dicho caso, el médico decidirá si la participación médica es en realidad necesaria y actuará en este sentido y éticamente.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial Budapest, Hungría, Octubre 1993
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

La Asociación Médica Mundial se une a otros organismos internacionales en condenar la práctica de la mutilación genital de niñas y mujeres y oponerse a la participación de médicos en dichas prácticas.

Para terminar con la mutilación genital femenina (MGF) se requiere cumplir estrictamente las leyes que prohíben esta práctica, la atención médica y psicológica de las mujeres víctimas y la prevención de la MGF a través de la educación, evaluación de riesgos, detección temprana y participación de líderes comunitarios.

La MGF es una práctica común en más de 30 países del mundo, incluidos algunos en Africa, Asia y el Medio Oriente. La frase MGF es utilizada para expresar diferentes formas de cirugía, mutilación o corte de los genitales femeninos externos. El término circuncisión femenina ya no se usa porque sugiere una equivalencia con la circuncisión masculina, lo que es impreciso y contraproducente. La mayoría de las niñas son sometidas a MGF entre los 7 y 10 años. No hay necesidad médica para estos cortes que a menudo son realizados por personas no cualificadas en condiciones antihigiénicas.

La MGF de cualquier tipo es una violación de los derechos humanos de las niñas y mujeres, ya que es un procedimiento peligroso realizado en una niña que no puede dar un consentimiento válido. Debido a la migración, un creciente número de niñas que viven fuera de países donde la práctica es común se ven afectadas.

El respeto de las normas sociales de los inmigrantes crea cada vez más problemas a los médicos y la comunidad en general.

La MGF es un asunto preocupante para los médicos, por las consecuencias para la salud física y mental de mujeres y niñas y porque es una violación de los derechos humanos. Los médicos de todo el planeta enfrentan los efectos de esta práctica tradicional. Se les puede pedir realizar esta intervención mutiladora o restaurar los efectos de «cirugía» mutiladora en mujeres después que el parto ha reabierto el introito.

Existen varios tipos de MGF, clasificados por la OMS[1] . Puede ser un procedimiento primario para niñas de corta edad, por lo general entre 5 y 12 años, o uno secundario, por ejemplo después de dar a luz. El alcance del procedimiento primario puede variar: de una incisión en la superficie del clítoris a una infibulación faraónica de mutilación máxima, extirpación del clítoris y de los labios menores y cosido de los labios mayores, de manera que quede sólo una apertura mínima para permitir el paso de la orina y la sangre menstrual. La mayoría de los procedimientos están entre estos dos extremos.

Aunque el término circuncisión femenina ya no se utiliza es útil, familiar y fácil en el contexto de las consultas médico/paciente en algunos casos.

La MGF no tiene beneficios para la salud y causa daño a las niñas y mujeres, sin consideración del procedimiento realizado. La investigaciones demuestra el grave daño permanente a la salud. Entre otros se cuentan: hemorragias, infecciones, retención urinaria, heridas de los órganos adyacentes, shock y dolores muy fuertes. Las complicaciones a largo plazo incluyen cicatrices grandes, infecciones crónicas de la vejiga y el tracto urinario, complicaciones urológicas y obstétricas y problemas psicológicos y sociales. La MGF tiene graves consecuencias para la sexualidad y su práctica, incluida la pérdida de la capacidad para tener orgasmos. Hay muchas complicaciones durante el parto, incluidos problemas de expulsión, formación de fístulas, desgarros traumáticos del tejido vulvar.

Hay varias razones para la continuación de la práctica de la MGF: costumbres, tradiciones de la comunidad (conservar la virginidad de las jóvenes, limitar la expresión sexual de las mujeres) y como parte del paso de la niña a convertirse en mujer. Estas razones no justifican los importantes daños a la salud física y mental.

Ninguna de las principales religiones favorece esta práctica, que con frecuencia es relacionada erróneamente con creencias religiosas. La MGF es una forma de violencia que por lo general se ejerce sobre las jóvenes y niñas y representa una falta de respeto de su individualidad, libertad y autonomía.

Los médicos se pueden ver enfrentados a padres que buscan a un médico para realizar una MGF o pueden saber de padres que tratan de llevar a las niñas a lugares donde la práctica está disponible. Deben estar preparados para intervenir y proteger a las niñas.

Las asociaciones médicas deben preparar pautas de orientación sobre cómo gestionar estas solicitudes, las que pueden incluir el uso de la legislación local que protege a los niños del peligro, incluso la participación de la policía y otros organismos.

Cuando las pacientes que han tenido una MGF dan a luz, los médicos pueden recibir solicitudes para restaurar los resultados de la MGF. Deben tener seguridad para gestionar estas solicitudes y ser apoyados con material educacional apropiado, a fin de que puedan analizar con la paciente la opción médicamente aprobada para reparar el daño producido por la MGF y por el parto. Los médicos también tienen la responsabilidad de tener una entrevista con el esposo de la paciente, con su consentimiento, que podría buscar de otra manera la “restauración” de la MGF, si no se le ofrece una explicación completa del daño que produce la MGF.

Existe una creciente tendencia a que los médicos y otros profesionales de la salud realicen en algunos países MGF por un deseo de disminuir los riesgos implicados. Algunos profesionales pueden considerar que la medicalización del procedimiento es un paso hacia su erradicación. La realización de una MGF es una violación de la ética médica y los derechos humanos y la participación de médicos puede darle cierta credibilidad. En la mayoría de los países que llevan a cabo este procedimiento es una infracción de la ley.

Los gobiernos de muchos países han aprobado legislaciones como la prohibición de la MGF en sus códigos penales.

**RECOMENDACIONES**

1. Tomando en cuenta las necesidades psicológicas y la «identidad cultural» de las personas en cuestión, los médicos deben explicar los peligros y consecuencias de la MGF y disuadir su práctica o promoción. Los médicos deben incorporar en sus trabajos la promoción de la salud de la mujer y difusión contra la MGF.

2. Los médicos deben ayudar a informar a los profesionales de la salud y trabajar con los líderes comunitarios, culturales y sociales locales para dar a conocer las consecuencias adversas de la MGF. Deben apoyar a las personas que quieren terminar con la MGF y la creación de programas comunitarios para prohibir la práctica, ofrecer información médica de sus efectos dañinos cuando sea necesario.

3. Existen campañas activas contra la MGF dirigidas por mujeres líderes y jefes de Estado en Africa y otros lugares. Estas campañas condenan fuertemente esta práctica.

4. Los médicos deben trabajar con estos grupos y otras personas que ayudan a las embarazadas, incluidas las matronas, enfermeras y asistentes de partos tradicionales, para asegurarse que todos los profesionales tengan información estandarizada y sensible sobre la MGF.

5. Los médicos deben cooperar con cualquier estrategia legal preventiva cuando una niña corre el riesgo de ser sometida a una MGF.

6. Las asociaciones médicas nacionales deben estimular la conciencia pública y profesional sobre los efectos perjudiciales de la MGF.

7. Las asociaciones médicas nacionales deben asegurar que la información y sensibilización sobre la MGF sean parte de su promoción para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas.

8. Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con los líderes de opinión, instarlos a ser abogados activos contra la MGF.

9. Las asociaciones médicas nacionales deben estimular la acción gubernamental para evitar la práctica de la MGF. Esto debe incluir programas de defensa sostenidos y la inclusión de legislación que prohíba la MGF.

10. Las AMNs deben prohibir la participación de los médicos en la práctica de la MGF, incluida la reinfibulación después del parto. Se debe instar a los médicos a realizar cirugía reconstructiva en las mujeres que han sufrido una MGF. Los médicos deben tratar de asegurar la prestación de atención médica y psicológica adecuada ( y no prejuiciosa) para las mujeres que han sido víctimas de una MGF.

11. Los médicos deben ser conscientes del riesgo de que una MGF podría ser una justificación para invalidar la confidencialidad del paciente y permitir su divulgación a servicios sociales y otros pertinentes, a fin de proteger a la niña de un grave daño.

[1] La MGF puede ser clasificada en cuatro tipos: clitoridectomía, excisión, infibulación y otros procedimientos peligrosos como pinchazo, perforación, incisión, raspado y cauterización de la zona genital

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA DEFENSA DEL PACIENTE

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial, Budapest, Hungría, Octubre 1993
revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y reafirmada por la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Argentina, Abril 2016

## INTRODUCCIÓN

Los médicos tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los intereses de sus pacientes sin considerar la edad, sexo, orientación sexual, capacidad o discapacidad física, raza, religión, cultura, creencias, afiliación política, medios económicos o nacionalidad.

Este deber incluye la defensa de sus pacientes tanto como grupo (por ejemplo en la defensa de asuntos de salud púbica) y como personas.

A veces, este deber pueda entrar en conflicto con otros deberes legales, éticos o profesionales del médico, lo que le produce un dilema social, profesional y ético.

Los conflictos potenciales con la obligación del médico de defender a sus pacientes se pueden producir en varios contextos:

1. **Conflicto entre la obligación de defender y la confidencialidad** - El médico está obli-gado éticamente, y a menudo de manera legal, a mantener en secreto la información personal de salud del paciente y toda información entregada por el paciente durante el ejercicio de los deberes profesionales del médico. Esto puede entrar en conflicto con la obligación del médico de defender y proteger al paciente cuando éste puede no ser capaz de hacerlo por sí mismo.

2. **Conflicto entre los intereses del paciente y lo que impone el empleador o el asegurador** - Con frecuencia existe un conflicto potencial entre el deber del médico de lograr lo mejor para su paciente y lo que impone el empleador o asegurador del médico, cuyas decisiones pueden ser motivadas por factores económicos o administrativos que no están relacionados con la salud del paciente. Por ejemplo, las instrucciones del ase-gurador para prescribir sólo un medicamento específico, mientras que el médico esti-ma que un medicamento distinto sería mejor para un paciente en particular o un ase-gurador que se niega a cubrir el tratamiento que el médico considera necesario.

3. **Conflicto entre los intereses del paciente y la sociedad** - Aunque la principal obliga-ción del médico es con su paciente, en ciertas circunstancias el médico tiene responsa-bilidades con la familia del paciente o con la sociedad también. Esto se

puede pro-ducir en los casos de conflicto entre el paciente y su familia, en caso de pacientes menores o discapacitados, o en el contexto de recursos limitados.

4. **Conflicto entre los deseos del paciente y la opinión profesional o los valores morales del médico** - Se supone que el paciente es el mejor juez de lo que es mejor para él y por lo general, el médico debe defender y consentir con los deseos de su paciente. Sin embargo, en algunos casos esos deseos pueden ser contrarios a su opinión profesional o valores personales.

## RECOMENDACIONES

1. El deber de confidencialidad debe ser importantísimo, excepto en los casos cuando el médico está obligado legal o éticamente a revelar dicha información a fin de proteger el bienestar del paciente, de terceros o de la sociedad. En estos casos, el médico debe hacer un esfuerzo razonable para comunicar al paciente la obligación de revelar el secreto y explicarle las razones de esto, a menos que sea evidente que esto no es aconsejable (como cuando explicarle aumente una amenaza). En ciertos casos, como en las pruebas genéticas o de VIH, el médico debe hablar con el paciente, antes de realizar la prueba, y darle ejemplos en los que pueda ser necesario revelar el secreto.
   El médico puede divulgar el secreto para proteger al paciente sólo en casos de pacientes menores o incapacitados ( ciertos casos de maltrato de niños o ancianos) y sólo cuando no hay medidas alternativas. En todos los otros casos, el secreto se puede revelar sólo con el consentimiento específico del paciente o de su representante legal o cuando sea necesario para su tratamiento, como en consultas entre los médicos.
   Cada vez que se deba revelar el secreto, sólo se debe hacer hasta donde sea necesario y sólo a la parte o autoridad correspondiente.

2. En todos los casos en que las obligaciones del médico con su paciente entren en conflicto con las exigencias administrativas del empleador o asegurador, el médico debe esforzarse para cambiar la decisión del organismo empleador o asegurador. Su obligación primaria debe ser con el paciente.
   Se deben implementar mecanismos para proteger a los médicos que desean impugnar la decisión de los empleadores o aseguradores sin poner en peligro sus trabajos y resolver los desacuerdos entre los peofesionales médicos y los administradores en relación con la asignación de recursos.
   Estos mecanismos deben formar parte del contrato de empleo del médico. Estos contratos deben reconocer que las obligaciones éticas del médico están por sobre las obligaciones contractuales relacionadas con el empleo.

3. El médico debe estar consciente y tomar en cuenta los factores económicos y otros antes de tomar una decisión sobre un tratamiento. No obstante, el médico tiene la obligación de defender a su paciente para que tenga acceso al mejor tratamiento disponible.
   En todos los casos de conflicto entre la obligación del médico con su paciente y su obligación con la familia del paciente o la sociedad, la obligación con el paciente debe prevalecer típicamente.

4. Los pacientes competentes tienen derecho a determinar, en base a sus necesidades, valores y preferencias, lo que constituye para ellos el mejor tratamiento en una situación específica.
   A menos que sea una situación de emergencia, no se debe solicitar a los médicos participar en procedimientos que entren en conflicto con sus valores personales o su

opinión profesional. En casos que no sean emergencias, el médico debe explicar al paciente que no puede cumplir con sus deseos y el paciente debe ser derivado a otro médico, si es necesario.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA ETICA MÉDICA EN CASOS DE CATÁSTROFES

Adoptada por la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## PREAMBLE

1. Según la Federación Internacional de la Soiedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC) una catástrofe es un suceso repentino y desastroso que altera profundamente el funcionamiento de una comunidad o sociedad y produce pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad de enfrentarlo con sus propios recursos. Aunque a menudo las catástrofes son causadas por la naturaleza, pueden ser de origen humano.

   Esta definición excluye las situaciones causadas por conflictos y guerras, sean internacionales o internos, lo que produce otros problemas, además de los mencionados en este documento.

2. Las catástrofes a menudo producen mucha destrucción material, importante desplazamiento de población, muchas víctimas y significativa desorganización social. Una preparación adecuada tendría consecuencias menos graves y probables y protegería especialmente a los más vulnerables.

   Este documento se centra particularmente en los aspectos médicos de las catástrofes. Desde el punto de vista médico, estas situaciones van acompañadas de un desequilibrio fuerte e imprevisto entre los recursos y las posibilidades de intervención de los médicos y las necesidades de los sobrevivientes heridos o cuya salud está amenazada, en un tiempo dado.

3. Las catástrofes, sin considerar sus causas, tienen diversos elementos en común:

   3.1 El carácter imprevisto e inesperado, pero a menudo previsible que necesita una acción rápida.

   3.2 Los daños materiales o naturales que hacen difícil o peligroso el acceso a los sobrevivientes.

   Desplazamiento o movimiento con frecuencia de gran cantidad de gente ;

3.3 Efectos adversos para la salud, debido a varias razones, como las lesiones físicas y grandes traumas, consecuencias directas e indirectas de la contaminación, los riesgos de epidemia y los factores emocionales y sicológicos, también el acceso reducido a alimentos, agua potable, albergue, atención médica y otros determinantes de la salud.

3.4 Un contexto de inseguridad que a veces necesita medidas policiales o militares para mantener el orden.

3.5 El aspecto de los medios de comunicación y el uso de las redes sociales.

4. Las catástrofes necesitan una reacción multidisciplinaria que pone en marcha numerosos tipos de ayuda, que van desde los transportes y aprovisionamiento de alimentos hasta la atención médica. Es posible que los médicos formen parte de operaciones coordinadas con otros agentes, como el personal que vela por el cumplimiento de la ley. Estas operaciones necesitan una autoridad eficaz y centralizada que coordine las acciones públicas y privadas.

   Los servicios de rescate y los médicos que se enfrentan circunstancias excepcionales que necesitan la necesidad continua de un estándar de atención profesional y ético. Esto es para asegurar que el tratamiento de los sobrevivientes de catástrofes corresponda a los principios éticos básicos y no se vea influenciado por otras motivaciones. Los escasos recursos médicos o la desorganización en terreno y el aumento de heridos en poco tiempo crean desafíos éticos específicos.

**RECOMENDACIONES**

5. La profesión médica está al servicio de los pacientes y la sociedad en todo momento y todas las circunstancias. Por lo tanto, los médicos deben estar firmemente comprometidos a abordar las consecuencias sanitarias de las catástrofes, sin excusas o atrasos.

6. La Asociación Médica Mundial (AMM) reafirma su Declaración de Montevideo sobre la Preparación para Catástrofes y Respuesta Médica (octubre 2011) y recomienda la formación adecuada de médicos, información cartográfica sobre los activos del sistema de salud y defensa ante los gobiernos, a fin de asegurar la planificación de la atención médica.

7. La AMM recuerda la primera necesidad de asegurar la seguridad personal de los médicos y otros socorristas durante las catástrofes (Declaración sobre la Declaración sobre la Protección del Personal de Salud en Situaciones de Violencia, 2014).

   Los médicos y otros intervinientes deben tener acceso a un equipamiento apropiado y funcional, médico y protector.

8. Además, la AMM recomienda los siguientes principios y procedimientos éticos en

relación a la función del médico en situaciones de catástrofe.

8.1 Puede ser necesario un sistema de selección para determiner las prioridades de tratamiento. A pesar de que a menudo la selección permite que los heridos más graves reciban solo un control de síntomas, como analgesia, estos sistemas son proporcionados con ética y respnden a criterios normativos. Demostrar atención y compasión , a pesar de la necesidad de asignar recursos limitados, es un aspecto esencial de la selección.

Lo ideal es que la selección sea confiada a médicos o equipos médicos autorizados y experimentados, asistidos por personal competente. Puesto que los casos pueden evolucionar y así cambiar de categoría, es esencial que la persona a cargo de la selección evalúe regularmente la situación.

8.2 Los siguientes puntos se aplican al tratamiento de urgencias sobrepasadas:

8.2.1 Es una actitud ética para el médico no insistir a cualquier costo y tratar a personas en urgencias sobrepasadas y así desperdiciar recursos escasos necesarios para otras víctimas. La decisión de no tratar a una persona herida, por las prioridades que establece la catástrofe, no puede ser considerada como una falta médica o ética en la ayuda a una persona en peligro de muerte. Es justificado cuando se intenta salvar la máxima cantidad de personas. Sin embargo, el médico debe tener compasión por esos pacientes, ayudarlos y respetar su dignidad, por ejemplo, aislándolos y dándoles calmantes apropiados, además si es posible pedir que alguien se quede con el paciente y no lo deje solo.

8.2.2 El médico debe actuar conforme a las necesidades de los pacientes y a los recursos disponibles. El médico debe organizar sus prioridades para tratamientos que salven el máximo de vidas y limitar la morbilidad al mínimo

**8.3 Relaciones con los pacientes**

8.3.1 Al seleccionar a los pacientes que pueden ser salvados, el médico debe considerar sólo el estado médico y respuesta previsible al tratamiento y no debe tomar en cuenta ninguna consideración basada en criterios no médicos.

8.3.2 Los sobrevivientes de una catástrofe tienen derecho al mismo respeto que otros pacientes y el tratamiento más apropiado disponible debe ser aplicado con el consentimiento del paciente.

**8.4 Consecuencias de una catástrofe**

8.4.1 Después de una catástrofe se deben considerar las necesidades de los sobrevivientes. Muchos pueden haber perdido a familiares y pueden sufrir lesiones sicológicas. La dignidad de los sobrevivientes y de sus familias debe ser respetada.

8.4.2 El médico debe esforzarse por respetar las costumbres, ritos y religión de los pacientes y mantener su imparcialidad.

8.4.3 En lo posible, se deben mantener registros detallados, incluida la información de las dificultades en terreno. La identificación de los pacientes, incluidos los fallecidos, debe ser registrada.

**8.5 Medios de comunicación y terceros**

Los médicos deben considerar que en todas las catástrafos están presente los medios de comunicación. El trabajo de los medios debe ser respetado y facilitado según las circunstancias. Si es necesario, los médicos deben poder restringir la entrada a periodistas y otros representantes de los medios a los establecimientos médicos. El personal con formación adecuada debe manejar las relaciones con los medios.

El médico tiene el deber con su paciente de ser discreto y tratar de asegurar la confidencialidad cuando enfrente a terceros y debe ser cauto y objetivo y respetar el clima emocional y político que a menudo se vive en las situaciones de catástrofes. Cualquier y todos los medios, en especial la filmación, sólo se debe permitir con el consentimiento explícito de cada paciente que es filmado. Con respecto al uso de las redes sociales, los médicos deben observar las mismas normas de discreción y respeto por la privacidad del paciente.

**8.6 Deberes del personal médico asistencial**

Los principios éticos que se aplican a los médicos en situaciones de catástrofes también se aplican a otro personal de salud.

**8.7 Educación**

La Asociación Médica Mundial recomienda que la educación sobre la medicina de catástrofes sea incluida en los estudios universitarios y en los currículos médicos de los cursos de postgrado.

**8.8 Responsabilidad**

8.8.1 La Asociación Médica Mundial solicita a los gobiernos cubrir la responsabilidad civil y los daños personales que puedan producir los médicos cuando prestan atención médica en las situaciones de catástrofe o urgencia. Esto también debe incluir la cobertura de vida y discapacidad para los médicos que mueren o que sufren lesiones por su trabajo.

8.8.2 La AMM solicita a los gobiernos que:

- Aseguren la preparación del sistema de salud para enfrentar situaciones de catástrofes.

- Compartan toda la información sobre salud pública de manera oportuna y precisa.
- Acepten la presencia de médicos extranjeros y, cuando sea demostrablemente calificada, su participación sin discriminación de la base de factores como afiliación (por ejemplo, Cruz Roja, Creciente Rojo, CICR y otras organizaciones calificadas), raza o religión.
- Den prioridad a los servicios médicos sobre cualquier otra cosa que pueda retrasar el tratamiento necesario de los pacientes.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS PROBLEMAS ÉTICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES

Adoptada por la 47ª Asamblea General de la AMM, Bali, Indonesia, Septiembre 1995
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

Históricamente, muchas sociedades han considerado al paciente con enfermedad mental como una amenaza para los que lo rodean, en lugar de una persona que necesita ayuda y atención médica. Por falta de tratamiento eficaz, para evitar la conducta autodestructiva y agresiva hacia otras personas, muchas personas con enfermedad mental eran enviadas a asilos por largos períodos o de por vida.

En la actualidad, el progreso en el tratamiento psiquiátrico permite una mejor atención de los pacientes con enfermedad mental. Medicamentos eficaces e intervenciones psicosociales pueden dar resultados que van de un completo restablecimiento a recuperaciones de duración variable.

La adopción en 2006 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad constituyó un gran paso para considerarlas como miembros de la sociedad con los mismos derechos que cualquiera. Es el primer tratado de derechos humanos completo del siglo 21. Su objetivo es promover, proteger y reforzar los derechos humanos y la dignidad de todas las personas con discapacidad, incluidas las que tienen deficiencia mental.

Los que tienen enfermedades mentales importantes y los que tienen discapacidad para aprender tienen el mismo derecho a servicios e intervenciones preventivas que los otros miembros de la comunidad, porque tienen a menudo más necesidades, ya que es más probable que tengan estilos de vida no saludables.

Los pacientes con morbilidad psiquiátrica también pueden sufrir enfermedades no psiquiátricas. Las personas con enfermedad mental tienen el mismo derecho a la atención médica que cualquier otro paciente. El psiquiatra y el profesional de salud que presta servicios de salud mental debe derivar estos pacientes a otros profesionales apropiados cuando necesiten atención médica. Los profesionales de salud nunca deben declinar la prestación de la atención necesaria únicamente porque el paciente tiene una enfermedad mental.

El médico tiene las mismas obligaciones con todos los pacientes, incluidos los que tienen una enfermedad mental. Los psiquiatras y otros médicos que tratan a pacientes con enfermedades mentales deben respetar las mismas normas éticas como cualquier otro médico.

La principal obligación del médico es para con el paciente y no ser agente de la sociedad, excepto cuando un paciente representa un claro peligro para sí mismo o para otros debido a su enfermedad mental.

**RESPONSABILIDAS DEL MÉDICO**

El estigma y la discriminación asociados a la psiquiatría y a los enfermos mentales debe ser eliminada. Este estigma y discriminación puede desalentar a las personas que necesitan atención médica, lo que agrava su situación y los deja en riesgo de daño emocional o físico.

Los médicos tienen la responsabilidad de respetar la autonomía de todos los pacientes. Cuando los pacientes que son tratados por enfermedad mental tienen la capacidad de tomar decisiones, tienen el mismo derecho de tomar decisiones sobre su atención como cualquier otro paciente. Puesto que la capacidad para tomar decisiones es específica a la decisión que se tomará y puede cambiar en el tiempo, incluso como resultado de un tratamiento, los médicos deben evaluar continuamente la capacidad del paciente. Cuando un paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones, los médicos deben obtener el consentimiento de un representante apropiado, conforme a las leyes vigentes.

La relación terapéutica fundada entre médico y paciente está fundada en la confianza mutua. El médico tiene la responsabilidad de obtener el consentimiento informado del paciente para el tratamiento, incluidos los pacientes que son tratados por enfermedad mental. El médico debe informar a todos los paciente la naturaleza del estado médico psiquiátrico u otro y los beneficios esperados, resultados y riesgos de las alternativas de tratamiento.

Los médicos siempre deben basar las recomendaciones de tratamiento en su mejor opinión profesional y tratar a todos los pacientes con diligencia y respeto, independientemente del lugar de la atención. El médico que trabaja en una institución de salud mental, el ejército o una cárcel, puede tener responsabilidades simultáneas ante la sociedad que crea conflictos con su principal obligación ante el paciente. En estas situaciones, el médico debe revelar el conflicto de intereses, a fin de disminuir al mínimo los posibles sentimientos de traición de parte del paciente.

El tratamiento y la hospitalización forzada de personas con enfermedades mentales es éticamente controversial. Aunque la legislación sobre la hospitalización y el tratamiento forzadas varía en el mundo, por lo general se reconoce que esta decisión de tratamiento sin el consentimiento informado del paciente o contra su voluntad es justificable éticamente sólo cuando: a) un grave trastorno mental impide que la persona tome sus propias decisiones sobre el tratamiento o b) la alta posibilidad de que el paciente pueda lesionarse o lesionar a otros. El tratamiento y la hospitalización forzada deben ser excepcionales y los médicos deben utilizar este recurso sólo cuando exista gran evidencia de que es médicamente apropiado y necesario y deben asegurarse de que la persona sea hospitalizada por el período más breve posible, según las circunstancias. Cuando sea posible y conforme a la legislación local, los médicos deben incluir un abogado para los derechos de ese paciente en el proceso de decisión.

Los médicos deben proteger la confidencialidad y la privacidad de todos los pacientes

debe ser salvaguardada. Cuando la ley exija revelar información del paciente, el médico debe revelar sólo la información mínima pertinente necesaria y solamente a la entidad que tiene autoridad legal para pedir la información. Cuando los bancos de datos permiten el acceso o la transferencia de información de una autoridad a otra se debe respetar la confidencialidad y dicho acceso o transferencia debe cumplir plenamente con la ley vigente.

La participación de personas con enfermedades psiquiátricas en investigación debe estar en completo acuerdo con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

El médico nunca debe hacer uso de su posibilidades profesionales para violar la dignidad o los derechos humanos de ningún individuo o grupo y nunca debe permitir que los deseos personales, necesidades, sentimientos, prejuicios o creencias interfieran con el tratamiento del paciente. El médico nunca debe abusar de su autoridad o aprovecharse de la vulnerabilidad de un paciente.

**RECOMENDACIÓN**

Se insta a la Asociación Médica Mundial y a las asociaciones médicas nacionales a:

1. Publicar esta Declaración y reafirmar las fundaciones éticas del tratamiento de pacientes con enfermedades mentales

2. Al hacerlo, llamar al total respeto – en todo momento – de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales.

3. Crear conciencia de la responsabilidad del médico en apoyar el bienestar y los derechos de los pacientes con enfermedades mentales.

4. Promover el reconocimiento de la relación privilegiada entre médico y paciente, en base a la confianza, el profesionalismo y la confidencialidad.

5. Abogar por obtener recursos apropiados para satisfacer las necesidades de las personas con enfermedades mentales.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS MÉDICOS Y LA SALUD PÚBLICA

Adoptada por la 47ª Asamblea General de la AMM, Bali, Indonesia, Septiembre 1995
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

La salud de una comunidad o población está determinada por varios factores que van más allá de las causas de enfermedades tradicionalmente entendidas. Los determinantes sociales de la salud incluyen factores que afectan las opciones de estilo de vida, factores que afectan los marcos físico, psicológico y económico en los que viven las personas y los servicios de salud disponibles para la gente. La salud pública incluye el control, evaluación y planificación de una variedad de programas y actividades destinadas a las necesidades identificadas de la población y el sector de salud pública debe tener la capacidad de llevar adelante esas funciones eficazmente para mejorar la salud de la comunidad. Un principio clave de la política de salud pública debe ser la inclusión y la igualdad en salud. Los organismo de salud pública deben prestar especial atención a las poblaciones y comunidades cuyas condiciones sociales, económicas y políticas las ponen en mayor riesgo de problemas de salud que a la población en general.

Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen la responsabilidad ética y profesional de velar por los intereses superiores de sus pacientes en todo momento. Esto incluye la colaboración con organismos de salud pública para integrar la atención médica de los pacientes con una mayor promoción de la salud del público.

Las funciones clave de los organismos de salud pública son:

1. Promoción de la salud:
   - Trabajar con las personas que proporcionan atención médica para informar y educar al público en general sobre su papel activo en la prevención y control de enfermedades, con estilos de vida saludables y el uso de servicios médicos de manera apropiada.
   - Asegurar que las personas dispongan de las condiciones de buena salud, incluidos los servicios médicos de alta calidad, distribuidores de agua seguros, buena nutrición, atmósferas descontaminadas y ambientes que ofrezcan oportunidades para ejercicio y recreación para toda la población.
   - Colaborar con las autoridades públicas responsables, a fin de elaborar políticas

públicas sanas y crear ambientes donde sea fácil encontrar opciones de comportamiento saludables y desarrollar un capital humano y social.

- Prevención: asegurar acceso a exámenes y otros servicios preventivos y atención curativa a toda la población.

2. Protección: supervisar y proteger la salud de las comunidades contra las enfermedades contagiosas y exposición a agentes contaminantes tóxicos, peligros en el trabajo, productos peligrosos y servicios de salud de mala calidad. Esta función incluye la necesidad de establecer prioridades, programas esenciales, obtener recursos requeridos y asegurar la disponibilidad de servicios de laboratorio de salud pública necesarios.

3. Vigilancia: identificar los brotes de enfermedades infecciosas y los patrones de enfermedades crónicas y lesiones, como también establecer un control apropiado o programas de prevención.

4. Evaluación de la Salud de la Población: evaluar las necesidades de salud de la comunidad y administrar los recursos para satisfacerlas, elaborar una política de salud que responda a las necesidades de salud específicas comunitarias y nacionales.

Los programas y actividades específicas que se realizan en cada jurisdicción (local o nacional) dependerán de los problemas y necesidades identificadas, la organización del sistema de atención médica, los tipos y alcance de las colaboraciones logradas y los recursos disponibles para enfrentar las necesidades identificadas.

Los organismos de salud pública se benefician mucho de la ayuda y la estrecha cooperación de los médicos y sus asociaciones profesionales. La salud de una comunidad o una nación se mide por la salud de todos sus residentes y los problemas de salud o médicos evitables que afectan a la persona afectan la salud y los recursos de la comunidad. Por lo tanto, la eficacia de los distintos programas de salud pública depende de la colaboración activa de los médicos y sus asociaciones profesionales con los organismos de salud pública y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales.

El sector médico y el sector de salud pública pueden cooperar eficazmente con la difusión de la información de salud pública y programas de educación que promueven estilos de vida sanos y disminuyen los riesgos evitables para la salud, incluidos los del uso del tabaco, alcohol y otras drogas; actividad sexual que aumenta el riesgo de contagio del SIDA y de enfermedades transmitidas sexualmente; mala dieta e inactividad física, y niveles de inmunización inadecuados en la niñez. Por ejemplo, la educación de la salud puede disminuir mucho la morbilidad y mortalidad infantil, (por medio de la promoción de la alimentación de pecho y la educación sobre la nutrición para los padres y condiciones de apoyo en el trabajo y en la comunidad).

La responsabilidad formal de los organismos de salud pública es principalmente la

vigilancia, investigación y control de enfermedades. Sin embargo, estas actividades no se pueden realizar eficazmente sin la cooperación activa y la ayuda de los médicos a nivel comunitario, que conocen los patrones de enfermedades individuales y comunitarias y que pueden dar aviso rápido a las autoridades de salud sobre los problemas que necesitan más investigación y medidas. Por ejemplo, los médicos pueden ayudar a identificar las poblaciones a alto riesgo para enfermedades particulares, como la tuberculosis; informar los casos de enfermedades contagiosas, como el sarampión, la tos convulsiva o la diarrea; y también exposición al plomo u otros productos y substancias químicas tóxicas en la comunidad o el lugar de trabajo. La estrecha colaboración entre los organismos de salud pública y los médicos y otros profesionales de la salud es muy importante para un sistema de monitoreo de enfermedades eficaz.

Aparte de la eficacia de los programas de salud pública existentes en una jurisdicción, las asociaciones médicas profesionales deben conocer las necesidades comunitarias y nacionales insatisfechas y defender las actividades, programas y recursos para satisfacer dichas necesidades. Estos esfuerzos deben hacerse en áreas de educación pública para la promoción de la salud y prevención de enfermedades; observación y control de peligros ambientales; identificación y publicidad de los efectos adversos o prácticas sociales que afectan la salud; o identificar y defender los servicios, como mejoramiento en el tratamiento de emergencia.

En jurisdicciones donde no se proporcionan adecuadamente los servicios básicos de salud pública, las asociaciones médicas deben trabajar con otros organismos de salud y grupos, a fin de establecer las prioridades para defensa y medidas. Por ejemplo, en un país o región con recursos limitados, que no tenga instalaciones de agua potable y alcantarillado para la mayoría de sus residentes, a este tipo de necesidades se les debe dar prioridad sobre nuevas tecnologías médicas que proporcionen servicios a sólo una pequeña parte de la población.

Algunos problemas de salud son extremadamente complejos y comprenden múltiples niveles de solución. Por ejemplo, los que tienen altos niveles de plomo en la sangre no sólo necesitan un tratamiento médico apropiado, sino también se debe determinar la fuente de contaminación y es necesario tomar medidas para eliminar el peligro. A veces las políticas que promueven la salud pública crean preocupación por el potencial impacto económico. Por ejemplo, una fuerte oposición a las políticas de control de tabaco puede originarse en regiones o grupos que obtienen mucho dinero por las plantaciones o procesamiento de tabaco. Sin embargo, la preocupación económica no debe debilitar un programa fuerte de defensa de salud pública contra el consumo de tabaco. Se debe oponer firmemente a la promoción de los productos derivados del tabaco y se debe hacer todo lo posible para disminuir el consumo de tabaco en los países en desarrollo.

Los médicos y sus asociaciones deben colaborar con las autoridades políticas y otras

organizaciones para instar a los medios de comunicación a enviar mensajes positivos de educación de la salud en relación con la dieta, consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, riesgo cardiovascular, etc.

Las asociaciones médicas deben pedir a sus miembros que informen a sus pacientes sobre la disponibilidad de los servicios de salud pública.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

Adoptada por la 48ª Asamblea General de la AMM, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
y revisada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La RA es una amenaza creciente para la salud pública en el mundo que trasciende las fronteras nacionales, las divisiones socio-económicas. La RA pone en peligro la salud humana, animal y ambiental. Esto es un problema multifacético con proporciones de crisis que tiene importantes consecuencias a nivel económico, sanitario y humano.

La lucha contra la resistencia antimicrobiana se ha convertido en una prioridad de salud fundamental a nivel mundial y es responsabilidad de todos los países.

Los medicamentos antimicrobianos son un componente esencial de la medicina moderna ya que aseguran que los procedimientos complejos, como la cirugía y la quimioterapia, puedan realizarse con pocos riesgos.

La RA amenaza la prevención y el tratamiento eficaces de una creciente variedad de infecciones causadas por bacterias, parásitos, virus y hongos.

La RA aparece cuando los microorganismos desarrollan una capacidad de resistencia a la acción de los medicamentos antimicrobianos (como los antibióticos, antimicóticos, antivirales, antipalúdicos y antihelmínticos).

Hay cada vez más informes sobre las infecciones causadas por las bacterias resistentes a las múltiples clases de antibióticos.

Aunque la RA es un fenómeno natural de la evolución, es acelerado por el uso excesivo y abuso de los antimicrobianos en la medicina, en la práctica veterinaria y la agricultura, que es exacerbado por su empleo como promotor del crecimiento o agente de prevención de enfermedades en animales sanos.

La aparición y propagación de la RA se intensifica por la falta de acceso a medicamentos efectivos, acceso a antibióticos “de venta libre” en algunos países, comercialización de productos falsificados y no conformes a las normas aplicables, abuso de antibióticos en la producción de alimentos, el aumento de viajes en el mundo, el comercio médico y el turismo de salud y por la poca aplicación de medidas de control de infecciones.

Otra causa principal de la RA es la diseminación de antibióticos en el medio ambiente. Esto puede ser por malas prácticas de fabricación, eliminación inadecuada de medicamentos no

utilizados, excreciones humanas y animales y eliminación inapropiada de cadáveres humanos y animales.

En muchos países, en particular en los de ingresos bajos y medios, el acceso a los medicamentos antimicrobianos eficaces y a tecnologías complementarias, incluidas vacunas y diagnósticos, sigue siendo un desafío importante, lo que agrava la RA.

Las consecuencias de la RA no se miden sólo en el impacto en la salud humana, sino también en altos costos económicos potenciales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido que la resistencia a los antimicrobianos ha llegado a niveles alarmantes en varias regiones del mundo y que el continuo aumento causará la muerte de 10 millones de personas cada año y una disminución de 2 a 3,5% del PIB mundial en 2050.

El ritmo en que aumenta la RA en el mundo, representa una importante amenaza para lograr con éxito los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU y afecta los esfuerzos para disminuir las desigualdades en salud. Sin una acción transversal armonizada y coordinada a nivel mundial, el planeta avanza hacia una era post antibiótica, en la que las infecciones comunes y heridas menores pueden nuevamente producir la muerte.

La RA es parte de las prioridades al más alto nivel político, incluida la asamblea general de la ONU y también está en la agenda del G7 y del G20.

Es necesario un enfoque eficaz de “una salud” para disminuir al mínimo el uso innecesario o inapropiado de los medicamentos antimicrobianos y para prevenir y controlar la transmisión de la resistencia existente. El enfoque de “una salud” reconoce que se necesita una acción concertada que incluya la medicina humana y veterinaria y la agricultura.

## RECOMENDACIONES

### 1. A nivel mundial

a. La prevención primaria de infecciones comunitarias y relacionadas con la atención médica es necesaria para reducir la demanda de antibióticos. Abordar los determinantes sociales de las enfermedades infecciosas, como las malas condiciones de vida y la higiene, tendrá beneficios colaterales para reducir las desigualdades en la salud y abordar la RA.

b. Las naciones tienen diferentes recursos para luchar contra la resistencia antimicrobiana y deben cooperar con la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal que respaldan el plan de acción mundial de la OMS sobre RA que sirve de marco para los planes de acción nacionales.

c. La Asociación Médica Mundial y sus miembros constituyentes deben defender lo siguiente:

- La inversión en el control de las infecciones resistentes a los medicamentos en la salud humana, medicina veterinaria, agricultura industria pesquera y producción de alimentos y una cooperación internacional en materia de procedimientos de

intercambio de información para mejorar las respuestas a nivel mundial.

- Que la OMS y los otros organismos de la ONU examinen el factor de viajes internacionales y acuerdos de comercio en el desarrollo de la resistencia antimicrobiana y promover medidas en dichos acuerdos para protegerse de la generalización de los patógenos resistentes a los antimicrobianos en los productos alimentarios.
- La OMS debe continuar a instar a utilizar las flexibilidades de los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) para ayudar a asegurar el acceso a medicamentos de calidad y oponerse a la proliferación de estipulaciones "ADPIC-plus" en los acuerdos de comercio que restringen el uso de las flexibilidades ADPIC y limitan su eficacia.
- Que exista una amplia aplicación de tecnología verificable, como los sistemas de trazabilidad, para asegurarse de la autenticidad de los productos farmacéuticos.
- Un acceso igualitario y un uso apropiado de los medicamentos antimicrobianos de calidad existentes y nuevos. Esto necesita aplicar eficazmente las listas de la OMS de los medicamentos esenciales para acceso, observación y reserva. Para que el plan de acción de la OMS y los planes nacionales sean eficaces, es vital el acceso a los establecimientos de salud, a los profesionales de la salud, a los veterinarios, a los conocimientos y a la información.
- Un mayor uso de vacunas, lo que permitirá reducir el peso de las enfermedades infecciosas y en consecuencia disminuir la necesidad de los antimicrobianos y así limitar la aparición de la resistencia.
- Que las organizaciones mundiales de salud y los gobiernos intensifiquen su acción y coordinación en la promoción del uso apropiado de antibióticos y cooperen en un enfoque "una salud" para disminuir la RA, que reconoce que la salud humana, animal y ambiental tienen un nexo inextricable para limitar la propagación de la resistencia.

d. La Asociación Médica Mundial y sus miembros constituyentes deben instar a sus gobiernos a:

- Financiar una investigación más básica y aplicada dirigida a la producción de agentes y vacunas antimicrobianas innovadoras y al uso apropiado y seguro de dichas herramientas terapéuticas.
- Asegurar la paridad entre los recursos financieros y técnicos para el desarrollo de medicamentos antimicrobianos innovadores, vacunas y diagnósticos, así como métodos innovadores de control y prevención de infecciones en los sectores de salud humana, veterinaria y agrícola.
- Apoyar los esfuerzos de investigación y desarrollo de nuevos agentes y vacunas antimicrobianos y métodos de diagnóstico rápido que correspondan a las necesidades y conforme a los principios establecidos en la Declaración de la ONU sobre la resistencia a los antimicrobianos, adoptada en septiembre de 2016, que incluyen la asequibilidad, eficacia, eficiencia y equidad.
- Iniciar medidas reguladoras para controlar la contaminación ambiental que permite la diseminación de genes resistentes a los antibióticos en el suelo, el agua y el aire.

- Educar a una cantidad suficiente de especialistas clínicos en enfermedades infecciosas en cada país, que es un requisito fundamental para enfrentar la resistencia antimicrobiana y las infecciones adquiridas en hospitales.

**2. A nivel nacional**

a. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a que sus gobiernos:

- Exijan que los agentes antimicrobianos estén disponibles sólo con prescripción de los profesionales de salud o veterinarios y dispensados y vendidos por profesionales.
- Inicien una campaña nacional para concienciar al público sobre las peligrosas consecuencias del abuso y mal uso de los antibióticos. Esto debe apoyarse a través de la introducción de objetivos nacionales para aumentar la concienciación de la población.
- Apoyen a las asociaciones profesionales, la sociedad civil y los sistemas de salud para supervisar la adopción de comportamientos adecuados, a fin de asegurar una utilización apropiada de los antibióticos.
- Aseguren el acceso a las herramientas de diagnóstico adaptadas y adecuadas en hospitales y clínicas para apoyar el proceso de decisiones y evitar la prescripción inapropiada de antibióticos.
- Encarguen la recopilación de información sobre el uso de antibióticos, las prescripciones, los precios, los patrones de resistencia y el comercio en los sectores de la salud y la agricultura. Esta información debe estar a disposición de la opinión pública.
- Promuevan programas eficaces de gestión antimicrobiana y de formación sobre el uso adecuado de los agentes antimicrobianos y la lucha contra las infecciones.
- Traten activamente de crear un sistema nacional de vigilancia de la resistencia antimicrobiana y la provisión de medicamentos antimicrobianos. La información de este sistema debe estar relacionada o contribuir con la red mundial de vigilancia de la OMS.
- El monitoreo del uso de antimicrobianos en animales productores de alimentos debe ser lo suficientemente detallado para garantizar la responsabilidad.

b. Las asociaciones médicas nacionales deben:

- Instar a las escuelas de medicina y los programas de educación médica a renovar esfuerzos para enseñar a los médicos, que a su vez pueden informar a sus pacientes, el uso apropiado de los agentes antimicrobianos y prácticas adecuadas de control de infecciones, incluido el uso de antibióticos en pacientes ambulatorios.
- Respaldar la educación de sus miembros en áreas de la RA, incluida la administración de antimicrobianos, el uso racional de los antimicrobianos y las medidas de control de infecciones, incluida la higiene de las manos.
- Abogar por la publicación y comunicación de información local relacionada con los patrones de resistencia, las guías clínicas y las opciones de tratamiento

recomendadas para los médicos.

- Instar a sus gobiernos, en colaboración con las autoridades veterinarias, a introducir regulaciones para reducir el uso de agentes antimicrobianos en la agricultura, en particular animales para la producción de alimentos, incluidas las restricciones sobre el uso rutinario de los antimicrobianos para la profilaxis y el estímulo del crecimiento y el empleo de categorías de antimicrobianos muy importantes para la medicina humana.
- Respaldar la regulación que evite conflictos de intereses en los veterinarios, como cuando ellos prescriban y vendan antibióticos.
- Considerar el uso de las redes sociales para educar y promover el uso y la eliminación adecuados de los medicamentos antibióticos.
- Instar a los padres a cumplir con los programas nacionales de vacunación recomendados para niños. Los adultos también deben tener fácil acceso a las vacunas contra la influenza y las infecciones neumocócicas, entre otras.

**3. A nivel local**

a. Los profesionales de la salud y los sistemas de salud tienen un papel vital en la preservación de los medicamentos antimicrobianos.

b. Los médicos deben:

- Tener acceso a información fiable y de alta calidad, en base a evidencia y libre de todo conflicto de interés y participar activamente y dirigir programas de gestión en sus hospitales, clínicas y comunidades para optimizar el uso de antibióticos.
- Crear conciencia entre sus pacientes sobre la terapia antimicrobiana, sus riesgos y beneficios, la importancia de respetar la prescripción, prácticas de prevención de infecciones y el problema de la RA.
- Promover y asegurar el cumplimento de medidas de higiene (en especial la higiene de las manos) y otras prácticas de prevención de infecciones.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# VIOLENCIA FAMILIAR

Adoptada por la 48ª Asamblea General de la AMM, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
revisada su redacción en la 174ª Sesión del Consejo, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y la 61ª Asamblea General de la AMM, Vancouver, Canadá, Octubre 2010

## INTRODUCCIÓN

Haciendo alusión a las Declaraciones de la AMM sobre el Maltrato de Ancianos y sobre el Maltrato y Abandono del Niño y muy preocupada por la violencia como problema de salud pública, la Asociación Médica Mundial insta a las asociaciones médicas nacionales a intensificar y ampliar su acción con el análisis del problema de violencia familiar.

La violencia familiar es un término aplicado al maltrato físico y emocional de una persona por alguien que está en estrecha relación con la víctima. El término incluye la violencia en el hogar (a veces llamada pareja, hombres o mujeres golpeadas), maltrato físico y abandono del niño, abuso sexual del niño, maltrato del anciano y muchos casos de agresión sexual. La violencia familiar se puede constatar en cualquier país del mundo, sin importar el sexo ni todos los estratos raciales, étnicos, religiosos y socio-económicos. Aunque las definiciones varían según la cultura, la violencia familiar representa un importante problema de salud pública, debido a las muertes, heridas y sus consecuencias psicológicas adversas. El daño físico y emocional puede representar impedimentos crónicos o de por vida para muchas víctimas. La violencia familiar va asociada a un gran riesgo de depresión, angustia, abuso substancial y comportamiento autodestructivo, incluido el suicidio. Las víctimas a menudo se convierten en agresores o participan en relaciones violentas más tarde. Aunque el enfoque de este documento es el bienestar de la víctima, no se deben olvidar las necesidades del agresor.

Aunque las causas de la violencia familiar son complejas, se conocen ciertos factores que contribuyen a ella. Estos incluyen la pobreza, desempleo, otros tipos de estrés exógenos, actitudes de aceptación de la violencia para resolver disputas, abuso de substancias (en especial el alcohol), roles de género rígidos, pocos conocimientos como padres, roles familiares ambiguos, expectativas irreales de otros miembros de la familia, conflictos interpersonales en la familia, vulnerabilidad física o psicológica, real o aparente, de las víctimas por parte del agresor, preocupación del agresor por el poder y control y aislamiento social familiar, entre otros.

## POSICIÓN

Existe una creciente convicción de la necesidad de considerar y adoptar medidas frente a

la violencia familiar de manera unida, en lugar de concentrarse en un tipo de víctima en particular o comunidad afectada. En muchas familias donde se golpea a la pareja, por ejemplo, puede también haber maltrato de un niño o un anciano, a menudo perpetrado por un solo agresor. Además, existe suficiente evidencia de que los niños que son víctimas o testigos de violencia contra otros miembros de la familia, tienen más adelante mayor riesgo como adolescentes o adultos de volver a ser víctimas o convertirse en agresores. Por último, información más reciente sugiere que las víctimas de violencia familiar tienen también más probabilidades de convertirse en agresores violentos contra personas no conocidas. Todo esto indica que cada caso de violencia familiar no sólo puede tener consecuencias de más violencia familiar, sino que también un mayor espectro de violencia en la sociedad.

Los médicos y las AMNs deben oponerse a las prácticas violentas como asesinatos por dotes o por honor.

Los médicos y las AMNs deben oponerse a la práctica de matrimonios de niños.

El médico juega un papel importante en la prevención y tratamiento de la violencia familiar. Por supuesto que trata las heridas, enfermedades y problemas psiquiátricos derivados del maltrato. Las relaciones terapéuticas que tiene el médico con el paciente pueden permitir que las víctimas le confíen agresiones actuales o pasadas. El médico debe informarse sobre la violencia regularmente y también cuando asiste a presentaciones clínicas especiales que pueden tener relación con el maltrato. Esto puede ayudar a los pacientes a encontrar métodos de lograr la seguridad y un acceso a los recursos de la comunidad, que permitirán la protección o intervención en la relación de maltrato. El médico puede informar al paciente sobre la progresión y las consecuencias adversas de la violencia familiar, manejo del estrés y disponibilidad de tratamiento de salud mental pertinente y conocimientos como padres, de manera de evitar la violencia antes que se presente. Por último, el médico como ciudadano, líder de la comunidad y experto en medicina puede participar en actividades locales y nacionales destinadas a disminuir la violencia familiar.

Los médicos reconocen que a las víctimas de la violencia se les puede hacer difícil confiar en ellos al comienzo. Los médicos deben estar preparados para crear una relación de confianza con sus pacientes en el tiempo hasta que estén listos para aceptar consejos, ayuda e intervención.

## RECOMENDACIONES

La Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas nacionales adopten las siguientes normas para los médicos:

- Todo médico debe recibir una formación adecuada en los aspectos médicos, sociológicos, psicológicos y preventivos de todo tipo de violencia familiar. Esto debe incluir una formación en los principios generales de evaluación y administración, en la escuela de medicina e información específica y de especialidad durante el postgrado, como también la educación médica continua sobre la violencia familiar. Los estudiantes deben recibir una formación adecuada en el rol del género, poder y otros problemas que contribuyen a la violencia familiar. La formación también debe incluir la recolección adecuada de evidencia, documentación e

informes, en caso de abuso.

- El médico debe saber cómo obtener la historia apropiada y culturalmente sensible de las agresiones actuales y pasadas.
- El médico debe considerar regularmente y ser sensible a los signos que indiquen la necesidad de otras evaluaciones de agresiones pasadas o actuales, como parte del examen de salud general o en respuesta a descubrimientos clínicos sugestivos.
- Se debe motivar al médico para que proporcione tarjetas, folletos, videos u otro material educacional en las salas de espera y departamentos de emergencia, a fin de ofrecer a los pacientes información general sobre la violencia familiar, como también informarlos sobre los servicios locales de ayuda.
- El médico debe conocer los servicios sociales, de la comunidad u otros que sean de utilidad a las víctimas de la violencia, y referirse a ellos y utilizarlos habitualmente.
- El médico tiene la obligación de considerar informar a los servicios de protección apropiados sobre la sospecha de violencia contra los niños y otros familiares sin capacidad legal.
- El médico debe tener muy presente la necesidad de mantener el secreto en casos de violencia familiar.
- Se debe motivar al médico para que participe en actividades coordinadas por la comunidad, destinadas a disminuir la cantidad y consecuencias de la violencia familiar.
- Se debe motivar al médico para que no tenga actitudes de juicio hacia los involucrados en la violencia familiar, de modo que se realce su capacidad de influenciar a las víctimas, sobrevivientes y agresores. Por ejemplo, se debe juzgar la conducta, pero no a la persona.
- Las asociaciones médicas nacionales deben favorecer y facilitar la coordinación de medidas contra la violencia familiar entre los componentes del sistema de atención médica, sistema de justicia criminal, autoridades policiales, juzgados de familia y juveniles, y organizaciones de servicios a las víctimas. También deben respaldar los programas de toma de conciencia pública y de educación de la comunidad.
- Las asociaciones médicas nacionales deben favorecer y facilitar la investigación para comprender la frecuencia, factores de riesgo, resultados y óptima atención de las víctimas de violencia familiar.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EL DERECHO DE LA MUJER A LA ANTICONCEPCIÓN

Adoptada por la 48ª Asamblea General de la AMM, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
enmendada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007
y reafirmada con una revisión menor por la sesión 207 del Consejo de la AMM en Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

La AMM reconoce que los embarazos no deseados y los embarazos demasiado seguidos pueden tener un efecto adverso grave para la salud de la mujer y de sus hijos. Estos efectos pueden incluir la muerte prematura de la mujer. Los hijos en la familia también pueden sufrir hambre, maltrato o abandono, lo que puede producir la muerte o problemas de salud, cuando las familias no pueden alimentar a todos sus hijos. El funcionamiento social y la capacidad para lograr su potencial completo también pueden verse afectados.

La AMM recuerda su Declaración de Ottawa sobre la Salud del Niño y respalda el derecho universal a la salud de todos los niños en el mundo.

La AMM reconoce los beneficios para la mujer que puede controlar su fertilidad. Se le debe ayudar a que pueda elegir por ella misma y también a plantear esto a su pareja. La capacidad de hacerlo por opción y no por azar es un componente principal de la salud física y mental de la mujer, como también de bienestar social.

El acceso a métodos adecuados de control de fertilidad no es universal, muchas de las mujeres más pobres en el mundo casi no tienen acceso. El conocimiento sobre cómo funciona su cuerpo, información sobre cómo controlar su fertilidad y los materiales necesarios para realizar esa elección son derechos universales y básicos para todas las mujeres.

El 5º Objetivo de Desarrollo Sostenible, meta 6 pide el "acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos".

## RECOMENDACIONES

La AMM recomienda que las asociaciones médicas nacionales:

- Promuevan los beneficios de la educación para la planificación familiar, colaboren con los gobiernos, ONGs y otros grupos a fin de proporcionar servicios y asistencia seguros y de alta calidad.
- Exijan a los gobiernos asegurarse que dicha información, materiales, productos y servicios estén disponibles sin consideración de nacionalidad, credo, raza, religión o nivel socioeconómico.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS ARMAS DE GUERRA Y SU RELACIÓN CON LA VIDA Y LA SALUD

Adoptada por la 48ª Asamblea General de la AMM, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
y revisada su redacción por la 174ª Sesión del Consejo, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

Recordando su Declaración de Washington sobre las Armas Biológicas, su Resolución sobre la Prohibición de Armas Químicas y su Declaración sobre Armas Nucleares, la Asociación Médica Mundial condena el uso de todo tipo de armas – convencionales, biológicas, químicas y nucleares – que tengan el potencial de producir un inmenso sufrimiento humano y muchas muertes, junto con efectos catastróficos para el ecosistema de la tierra, disminución de los alimentos en el mundo y mayor pobreza. El uso de estas armas contra el ser humano está opuesto a los deberes y responsabilidades del médico de preservar la vida.

Cuando las naciones entran en guerra o comienzan a fabricar armamento, por lo general no consideran los efectos del uso que el armamento tendrá en la salud de los civiles que no participan en el conflicto, y en la salud pública en general, a corto o a largo plazo.

Sin embargo, la profesión médica debe enfrentar los efectos inmediatos y a largo plazo de la guerra para la salud, en especial los efectos de diferentes tipos de armamento, incluida la amenaza de guerra nuclear, química y biológica.

Es considerable el potencial de conocimientos científicos y médicos para contribuir a la fabricación de nuevos sistemas de armamento, destinados a personas y poblaciones específicas, o contra sistemas del cuerpo del ser humano. Esto incluye la fabricación de armas destinadas a afectar los sistemas anatómicos o fisiológicos, como la visión, o que utilicen los conocimientos sobre similitudes y diferencias genéticas del ser humano.

En la actualidad no existen normas que se utilicen comúnmente para medir los efectos de las armas en la salud. En el Derecho Internacional Humanitario se estipula que son ilegales las armas que produzcan heridas que causen «sufrimientos innecesarios o males superfluos». Estos términos no están definidos y necesitan interpretación cuando se apliquen normas objetivas, a fin de que la ley sea eficaz.

El médico puede ayudar a establecer los normas respecto a las armas que producen heridas o sufrimientos tan extremos como para aplicar los términos del Derecho Internacional Humanitario.

Estas normas ayudarían a los abogados que utilizan el Derecho Internacional Humanitario a hacer una evaluación de la legalidad de las nuevas armas que se fabrican en la actualidad, en comparación con un sistema de evaluación objetivo y acordado de los efectos médicos, e identificar las violaciones de la ley, una vez que se apruebe.

La participación del médico en la elaboración de dichas normas objetivas es esencial, si se quiere integrar en el proceso legal. Sin embargo, se debe reconocer que los médicos se oponen firmemente a todo uso de armamento contra el ser humano.

## RECOMENDACIONES

La AMM considera que el desarrollo, la fabricación y la venta de armas para uso contra el ser humano es detestable. Para apoyar la prevención y disminución de heridas por armas, la AMM:

- Apoya los esfuerzos internacionales para definir normas objetivas que midan los efectos de las armas actuales y futuras, y que puedan utilizarse para terminar con el desarrollo, fabricación, venta y uso de dicho armamento.
- Exhorta a las asociaciones médicas nacionales para que exijan a sus respectivos gobiernos que cooperen con la recopilación de la información necesaria para establecer normas objetivas.
- Hace un llamado a las asociaciones médicas nacionales para que apoyen y motiven la investigación sobre los efectos en la salud pública global del uso de armas, y para que publiquen los resultados de dicha investigación a nivel nacional e internacional. Esto asegurará de que tanto los gobiernos como la opinión pública sean conscientes de las consecuencias a largo plazo en la salud, del uso de armas para las personas que no participan en conflictos y para las poblaciones.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS MÉDICOS CONDENADOS POR GENOCIDIO, CRÍMENES DE GUERRA O CRÍMENES DE LESA HUMANIDAD

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM Hamburgo, Alemania, Noviembre 1997
reafirmada por la 176ª Sesión del Consejo, Berlín, Alemania, Mayo 2007
y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## OBJETIVO Y DEFINICIONES

El objetivo de esta Declaración incluye los siguientes delitos específicos: genocidio, crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad, definidos en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

## INTRODUCCIÓN

- Los médicos están regidos por la ética médica para trabajar por el bien de sus pacientes. Los médicos que han sido condenados por genocidio, crímenes de guerra o crímenes de lesa humanidad han violado la ética médica, los derechos humanos y la legislación internacional, por lo que están inhabilitados para ejercer la medicina.
- Conforme al principio de presunción de inocencia, sólo los médicos que han sido condenados por delitos específicos deben estar inhabilitados para ejercer la medicina.

## DISCUSIÓN

1. Los médicos que pretenden trabajar en cualquier país están sujetos a los reglamentos de las autoridades o jurisdicción pertinente de dicho país. La persona que desea una licencia para ejercer la profesión tiene el deber de demostrar que está habilitada para hacerlo.
2. A los médicos que han sido condenados por genocidio, crímenes de guerra o crímenes de lesa humanidad no se les debe permitir ejercer en otro país o jurisdicción.
3. Las autoridades pertinentes que otorgan licencias deben asegurarse de que los médicos tengan las cualificaciones requeridas y que no hayan sido condenados genocidio, crímenes de guerra o crímenes de lesa humanidad.
4. Los médicos que han sido condenados por delitos específicos, 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.

5. Esto va claramente contra el interés público y daña la reputación de la profesión médica y puede ser perjudicial para la seguridad del paciente.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM recomienda que a los médicos que han sido condenados por delitos específicos no se les otorgue una licencia para ejercer la medicina y no se les permita ser miembros de asociaciones médicas nacionales, por parte de las autoridades reguladoras y de licencias pertinentes de esa jurisdicción.
2. La AMM recomienda que las autoridades reguladoras y de licencias pertinentes hagan uso de su autoridad para informarse, en lo posible, si he han presentado denuncias verdaderas de participación de médicos en genocidio, crímenes de guerra o crímenes de lesa humanidad y al mismo tiempo respetar la presunción de inocencia.
3. Las asociaciones médicas nacionales deben asegurarse de que las autoridades apropiadas realicen una completa investigación de dichas denuncias.
4. La AMM recomienda que las asociaciones médicas nacionales aseguren que exista una comunicación eficaz entre ellas y que cuando sea posible y apropiado informen a las autoridades reguladoras pertinentes que otorgan licencias sobre las condenas de los médicos por genocidio, crímenes de guerra o crímenes de lesa humanidad.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL ACCESO DE LA MUJER Y EL NIÑO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 49ª Asamblea Médica Mundial, Hamburgo, Alemania, Noviembre 1997
revisada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

Durante siglos, las mujeres y las niñas en el mundo han sufrido desigualdad de género y un desequilibrio disparejo de poder entre los hombres y las mujeres. Los prejuicios históricos basados en el sexo, lo que ha llevado a que a las mujeres y a las niñas se las restrinja el acceso al empleo, la educación y la atención médica, entre otros. La desigualdad de género puede producir riesgos para la salud, conductas de salud ineficientes y resultados de salud inferiores para las mujeres y las niñas[1].

Además, en algunos países, se ha impedido a las doctoras y enfermeras, o enfrentan barreras para, ejercer su profesión debido a creencias religiosas o culturales o discriminación basada en el sexo y religión/etnia. La falta de representación y diversidad de género en la profesión médica puede tener como consecuencia que las pacientes y sus niños no tengan acceso igualitario a la atención médica.

El género es un determinante social de salud y los problemas de salud pueden presentarse de manera diferente en los hombres y las mujeres. Es necesario abordar las diferencias en salud y atención médica entre hombres y mujeres, incluidas las dimensiones biológicas y socio-culturales.

La discriminación contra las niñas y las mujeres daña sus expectativas de salud. Por ejemplo, la educación de las niñas tiene un efecto positivo que incide en su salud y bienestar en la edad adulta. La educación también aumenta las probabilidades de que sus hijos sobrevivan a su infancia y contribuye al bienestar general de sus familias. En cambio, la discriminación por prácticas sociales, religiosas y culturales, que limitan la libertad de la mujer para tomar sus propias decisiones y tener acceso a oportunidades de empleo y a la salud, tiene un impacto negativo en las expectativas de salud.

La AMM tiene varias políticas enfocadas en la salud de la mujer y del niño. Estas incluyen: Resolución sobre los Derechos de la mujer a la atención médica y su relación con la prevención de la infección del VIH de madre a hijo, Resolución sobre la Violencia contra las mujeres y las niñas y la Declaración de Ottawa sobre la Salud del niño. Esta declaración enfatiza la importancia del acceso igualitario a la atención médica y los efectos de discriminación contra las mujeres y niños.

## RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial insta a sus asociaciones médicas nacionales a:

- Condenar enérgicamente las violaciones de los derechos humanos básicos de las mujeres y los niños, incluidas las derivadas de prácticas sociales, políticas, religiosas, económicas y culturales.
- Insistir en los derechos de las mujeres y los niños a tener una atención médica completa y adecuada, en especial cuando las restricciones o discriminaciones religiosas, sociales y culturales puedan obstaculizar el acceso a dicha atención.
- Abogar por la paridad en las primas y coberturas de los seguros de salud, a fin de asegurar que el acceso de las mujeres a la atención no se vea impedido por tarifas altas prohibitivas.
- Promover la prestación de atención antes de la concepción, prenatal y materna y postnatal, incluida la vacunación, alimentación para un crecimiento adecuado y desarrollo de atención médica para los niños.
- Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.
- Promover la salud de las mujeres y niños como derechos humanos.
- Abogar por oportunidades educacionales, de empleo y económicas para las mujeres y un acceso a información sobre la atención médica y los servicios de salud.
- Trabajar por el logro del derecho humano a la igualdad de oportunidades e igualdad de trato, independientemente del género.

**Referencias:**

[1] Men et al, “Gender as a social determinant of health: Gender analysis of the health sector in Cambodia in Cambodia”. World Conference on Social Determinants of Health. World Health Organization. October 2011.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS ARMAS NUCLEARES

Adoptada por la 50ª Asamblea Médica Mundial, Ottawa, Canadá, Octubre 1998
y enmendada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015
y la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## 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 dedicarse 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. Lograr un mundo sin armas nucleares es una necesidad.

## 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, incluido al sumarse e implementar el Tratado de las Naciones Unidas para la prohibición de las armas nucleares.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE ATENCIÓN MÉDICA PARA LOS REFUGIADOS, INCLUIDOS LOS QUE BUSCAN ASILO, LOS QUE TIENEN ASILO RECHAZADO, MIGRANTES INDOCUMENTADOS Y PERSONAS DESPLAZADAS EN SUS PAÍSES

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM, Ottawa, Canadá, Octubre 1998
reafirmada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y revisada en la 61ª Asamblea General de la AMM, Vancouver, Canadá, Octubre 2010

## INTRODUCCIÓN

Los conflictos internacionales y civiles, también la pobreza y el hambre, han producido un aumento constante de la cantidad de refugiados, incluidos los que piden asilo, los que tienen asilo rechazado, migrantes indocumentados y personas desplazadas en sus países (IDPs), en todas las regiones. Estas personas son las más vulnerables en la sociedad.

Los códigos internacionales de derechos humanos y de ética médica, incluida la Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente, estipulan que toda persona tiene derecho, sin discriminación, a atención médica apropiada. Sin embargo, la legislación nacional cambia y con frecuencia no está en concordancia con este importante principio.

## DECLARACIÓN

Los médicos tienen el deber de prestar atención médica apropiada sin considerar el estado civil o posición política del paciente y los gobiernos no deben negar al paciente el derecho de recibir dicha atención, ni deben intervenir con el deber del médico de cumplir con su obligación de aplicar un tratamiento sólo en base a la necesidad clínica.

Los médicos no pueden ser obligados a participar en ninguna medida de castigo o judicial hacia los refugiados, incluidos los que piden asilo, los que tienen asilo rechazado, migrantes indocumentados o IPDs, o a aplicar un tratamiento o medida que no esté médicamente justificado, como el uso de calmantes para facilitar una fácil expulsión del país o una reubicación.

Se debe permitir que los médicos tengan suficiente tiempo y recursos para evaluar la condición física y psicológica de los refugiados que solicitan asilo.

Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar activamente y promover el derecho de todos a recibir atención médica sólo en base a la necesidad clínica y pronunciarse contra la legislación y prácticas contrarias a este derecho fundamental.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# PATENTADO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Adoptada por la 51ª Asamblea Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, Octubre 1999
enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y reafirmada por la sesión 212 del Consejo de la AMM en Santiago, Chile, Abril 2019

## INTRODUCCIÓN

1. En la legislación de algunos países, los procedimientos médicos son patentables. Las patentes sobre procedimientos médicos se llaman, a menudo, patentes de procedimientos médicos. El patentado de procedimientos médicos o solicitud de patente sólo otorga derechos sobre los aspectos de procedimiento, y no otorga derechos sobre ningún aparato nuevo.

2. Más de 80 países prohíben el patentado de procedimientos médicos. La práctica de excluir los procedimientos médicos del patentado es consistente con las Enmiendas de la Ronda Uruguay de los Acuerdos Generales sobre Tarifas y Comercio al acuerdo sobre los Aspectos Relacionados con el Comercio de los Derechos de Propiedad Internacional (GATT-TRIPs), que establecen que "los miembros también pueden excluir del patentado: a) los métodos de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos para el tratamiento de seres humanos o de animales" (Artículo 27).

3. La finalidad de las patentes es estimular la inversión privada en la investigación y el desarrollo. Sin embargo, los médicos, en especial los que trabajan para instituciones de investigación, ya tienen incentivos para innovar y mejorar sus conocimientos. Entre estos incentivos se cuentan la reputación profesional, perfeccionamiento profesional y obligaciones éticas y legales de proporcionar una atención médica competente (Código Internacional de Etica Médica). Los médicos ya son remunerados por estas actividades y a veces se dispone de fondos públicos para la investigación médica. El argumento de que las patentes son necesarias para incitar la invención de procedimientos médicos y que sin las patentes de procedimientos habría menos procedimientos médicos beneficiosos para los pacientes, no es particularmente persuasivo cuando existen estos otros incentivos y mecanismos de financiamiento.

4. Otro argumento es que los pacientes son necesarios no tanto para la invención, sino para el desarrollo del producto. Este argumento tampoco es persuasivo en el caso de las patentes de procedimientos médicos. A diferencia de la invención de aparatos, que requiere una inversión en ingenieros, procesos de producción e industrias, la creación de procedimientos médicos consiste en que los médicos logren y perfeccionen sus destrezas manuales e intelectuales. Como se menciona anteriormente, los médicos ya tienen ambas obligaciones de investirse en estas actividades profesionales y también las recompensaciones por hacerlo.

5. No hay una relación directa entre saber si es o no ético patentar los dispositivos médicos y si es o no ético que los médicos patenten los procedimientos médicos. Los aparatos son fabricados y distribuidos por compañías, mientras que las procedimientos médicos son "producidas y difundidas" por médicos. Los médicos tienen obligaciones éticas o legales con sus pacientes y obligaciones profesionales entre ellos, que no tienen las compañías. El tener obligaciones éticas particulares es parte de lo que define a la medicina como profesión.

6. No existe ninguna razón a priori para pensar que los titulares de patentes de procedimientos médicos difundirán ampliamente los procedimientos médicos patentados. Los titulares de patentes podrían tratar de aumentar sus propias ganancias, al difundir ampliamente el procedimiento a través de una licencia sin exclusividad y con bajos costos. Alternativamente, podrían tratar de aumentar sus propias ganancias, al limitar la disponibilidad del procedimiento y cobrar precios más altos a las personas para quienes el procedimiento es muy importante y tienen los medios para pagarlo. La competencia entre las organizaciones que prestan atención médica pueden entregar incentivos para algunas organizaciones, a fin de negociar licencias exclusivas o licencias que limitan claramente al utilizador del procedimiento. Este tipo de licencia puede representar una ventaja para que la organización atraiga a los pacientes, si ésta puede anunciar que es la única organización en la región que puede ofrecer un servicio particularmente demandado. De este modo, al menos algunos de los titulares de patentes probablemente limitarían el acceso a las técnicas médicas patentadas.

7. Las patentes de procedimientos médicos pueden afectar negativamente la atención de pacientes. Si se obtienen patentes de procedimientos médicos, el acceso de los pacientes a tratamientos médicos necesarios puede disminuir y afectar la calidad de la atención médica. El acceso se puede restringir por las siguientes razones:

   7.1 El costo del ejercicio de la medicina probablemente aumentará por las licencias y derechos, y porque el costo del seguro del médico aumentará para cubrir los gastos de los pleitos de patentes.

   7.2 Algunos médicos capaces de aplicar el procedimiento patentado puede que no obtengan la licencia para utilizarlo. La cantidad de médicos con licencias podría restringirse porque algunos no podrán o no pagarán las licencias o derechos, o porque los titulares de patentes se negarán a poner a disposición pública las licencias. El hecho de limitar la cantidad de licencias en algunas circunstancias limitará la opción del médico que tiene el paciente.

   7.3 La presencia de patentes puede impedir que los médicos utilicen los procedimientos que no infringen. También puede disuadir al médico de introducir procedimientos nuevos o modificados en su práctica. Los aparatos pueden ser nombrados si están patentados, lo que no se puede hacer con los procedimientos y por lo tanto, no es inmediatamente obvio si lo que uno hace viola la patente de procedimientos médicos de otro. Sin embargo, el desconocimiento no sirve para defenderse contra la violación de patentes, de modo que si un médico no está seguro, simplemente puede no utilizar el procedimiento.

8. La aplicación de las patentes de procedimientos médicos también puede producir la invasión de la privacidad del paciente o puede afectar la obligación ética del médico de mantener el secreto de la información médica del paciente. Cuando el médico trabaja con grupos pequeños o en una consulta individual, los métodos más expeditos para que el titular de una patente identifique casos de violación, pueden ser examinar el historial médico del paciente o entrevistarlo. Eliminar a los identificadores obvios para la revisión del historial no garantizará el secreto, porque la identidad se puede "reconstituir", a menudo, con poca información. Esto se aplicaría en especial en ciudades o consultas pequeñas.

9. Los médicos tienen obligaciones éticas de enseñar técnicas y transmitir conocimientos a sus colegas, y de aprender y actualizar continuamente sus propios conocimientos. Las patentes de procedimientos médicos pueden afectar estas obligaciones. Una vez que se ha otorgado una patente para un procedimiento, ésta será de conocimiento público (este es un requisito para obtener una patente); sin embargo, los que no poseen licencias no podrán utilizarla. Al limitar la cantidad de usuarios del procedimiento, se afecta el principio del mandato ético de enseñar y difundir los conocimientos. También afecta la obligación de actualizar sus conocimientos, porque no sirve de mucho aprender técnicas que no se pueden utilizar legalmente.

10. La obligación de entregar conocimientos también puede verse perjudicada si la posibilidad de patentes hace que los médicos retrasen la publicación de nuevos resultados o su presentación en conferencias. Los médicos se pueden ver forzados a mantener en secreto las nuevas técnicas, mientras esperan completar la solicitud de patente. Esto sucede porque la utilización pública de un procedimiento o la publicación de la descripción de éste, antes de solicitar una patente, puede anular la solicitud.

11. Los médicos también tienen la obligación ética de no permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su opinión profesional (Código Internacional de Etica Médica, 17.A). Si los médicos solicitan, obtienen y aplican patentes de procedimientos médicos, esto puede infringir este requisito. Los médicos que poseen patentes o licencias para procedimientos pueden defender la utilización de éstos, incluso cuando no son indicados o cuando no sea el mejor procedimiento para las circunstancias. Los médicos que no tienen las licencias para utilizar un procedimiento en particular pueden estar en contra de éste, incluso cuando sea el mejor para las circunstancias.

12. Por último, la obligación profesional de los médicos de ejercer su profesión a conciencia y con dignidad (Declaración de Ginebra) puede infringirse con la aplicación de las patentes de procedimientos médicos. El espectáculo de médicos que se demanden entre ellos regularmente es poco probable que aumente la reputación de la profesión.

**POSICIÓN**

13. La Asociación Médica Mundial:

13.1 considera que los médicos tienen la responsabilidad ética de difundir la información científica pertinente a los colegas y a la opinión pública, cuando sea posible.

13.2 afirma que el patentado de los procedimientos médicos presenta grandes riesgos para el ejercicio eficaz de la medicina, al limitar potencialmente la disponibilidad de nuevos procedimientos para los pacientes.

13.3 considera que el patentado de los procedimientos médicos es contrario a los principios éticos y a los valores del profesionalismo que deben guiar el servicio que el médico presta a sus pacientes, como las relaciones que mantiene con sus colegas.

13.4 insta a las asociaciones médicas nacionales a que hagan todo lo posible para proteger los incentivos de los médicos, a fin de promover el avance de los conocimientos médicos y crear nuevos procedimientos médicos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE RELACIONES LABORALES ENTRE MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS EN LA TERAPIA MEDICINAL

Adoptada por la 51ª Asamblea General de la AMM, Tel Aviv, Israel, Octubre 1999
y revisada en la 61ª Asamblea General de la AMM, Vancouver, Canadá, Octubre 2010
y reafirmada con revisiones menores por la 215ª sesión del Consejo (en línea), Córdoba, España, Octubre de 2020

## INTRODUCCIÓN

El propósito del tratamiento con medicamentos es mejorar la salud y la calidad de vida del paciente. Un tratamiento farmacológico óptimo debe ser seguro, eficaz, y eficiente. El acceso a este tipo de tratamiento debe ser equitativo y basado en una información precisa y actualizada que satisfagan las necesidades de los pacientes y los proveedores.

El tratamiento farmacológico se ha convertido en algo muy complejo que a menudo requiere la participación de un equipo multidisciplinario para administrar y monitorear la terapia seleccionada. En el hospital, la inclusión de un farmacéutico en dicho equipo es cada vez más común y beneficiosa. El derecho de prescribir medicamentos debe basarse en la competencia e idealmente debe ser responsabilidad del médico.

Los médicos y los farmacéuticos tienen responsabilidades complementarias y cooperativas para lograr el objetivo de proporcionar un tratamiento farmacológico óptimo. Esto necesita comunicación, respeto, confianza y reconocimiento mutuo de la competencia profesional de cada uno. El acceso de los médicos y farmacéuticos a la misma información precisa y actualizada es importante a fin de evitar la entrega a los pacientes de información conflictiva.

El médico y el farmacéutico están obligados a dar a su paciente un servicio de calidad y a promover la utilización segura de los medicamentos, por ello es imprescindible la colaboración entre ambas profesiones con respecto a desarrollar la formación y compartir la información entre ambos profesionales y con los pacientes.Es necesario mantener un diálogo abierto y continuado entre las organizaciones representativas de médicos y farmacéuticos para determinar las funciones respectivas y promover la optimización del uso de los medicamentos en un marco de transparencia y cooperación por el bien del paciente.

La Declaración conjunta sobre medicamentos falsificados de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud (WHPA) estipula que los médicos y los farmacéuticos comparten la misma prioridad de identificar, investigar y eliminar los medicamentos falsos, en la que

los médicos y los farmacéuticos tienen un papel crucial.

El paciente está mejor servido si los farmacéuticos y médicos trabajan juntos, reconociendo y respetando la función de cada uno, a fin de asegurar que los medicamentos se utilicen de manera segura y apropiada, procurando el mejor resultado para la salud del paciente.

## RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO

1. Diagnóstico de las enfermedades basándose en la formación del médico, sus conocimien-tos y competencias.
2. Evaluación de la necesidad de tratamiento farmacológico y de prescribir los medicamentos correspondientes en consulta con los pacientes, farmacéuticos y otros profesionales de la salud, cuando sea apropiado.

3. Entrega de información a los pacientes sobre diagnóstico, indicaciones y objetivos del tratamiento, como también acción, beneficios, riesgos y efectos secundarios potenciales del tratamiento farmacológico. En caso de prescripciones de medicamentos no autoriza-dos, el paciente debe ser informado sobre la característica de la prescripción.

4. Control y evaluación de la respuesta al tratamiento farmacológico y al progreso de los ob-jetivos terapéuticos, y cuando sea necesario, revisión del plan terapéutico en colaboración con los farmacéuticos, otros profesionales de la salud y cuando sea apropiado, otro per-sonal hospitalario.

5. Entrega y repartición de información en relación al tratamiento farmacológico con otro personal de salud.

6. Liderar un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud responsable de admini-strar un tratamiento farmacológico complejo.

7. Mantención de registros adecuados para cada paciente, según la necesidad de una terapia y de acuerdo a la legislación, con respeto de la confidencialidad y protección de la informa-ción sobre el paciente.

8. Cuando sea posible en la práctica, participar activamente en la creación de sistemas elec-trónicos de entrega de medicamentos en sus lugares de trabajo y respaldarlos con sus conocimientos profesionales.

9. Mantener un alto nivel de conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos, a través de la educación médica continua.

10. Asegurar la obtención, almacenamiento y distribución segura de medicamentos que debe suministrar el médico o que está autorizado a dispensar.

11. Seguimiento de la prescripción para identificar las interacciones, reacciones alérgicas, contraindicaciones y duplicaciones terapéuticas.

12. Informar a las autoridades de salud las reacciones adversas a los medicamentos, conforme a la legislación nacional.

13. Monitorear y limitar, cuando corresponda, las prescripciones de medicamentos que puedan tener propiedades adictivas.

14. Documentar las reacciones adversas a los medicamentos en el historial médico del paciente.

**RESPONSABILIDADES DEL FARMACÉUTICO**

15. Asegurar la obtención, almacenamiento y distribución segura de medicamentos en cumpli-miento con las regulaciones pertinentes.

16. Entrega de información a los pacientes, que puede incluir la hoja de información, el nom-bre del medicamento, su acción, interacciones potenciales y efectos secundarios, como también el uso y almacenamiento correcto.

17. Seguimiento de la prescripción para identificar interacciones, reacciones alérgicas, contraindicaciones y duplicaciones terapéuticas. Las preocupaciones deben ser discutidas con el médico que prescribe, pero el farmacéutico no debe cambiar la prescripción sin consultar al médico.

18. Discusión de los problemas relacionados con medicamentos o preocupaciones con respecto a los medicamentos prescritos, cuando sea apropiado y lo solicite el paciente.

19. Asesoramiento a los pacientes, cuando corresponda, sobre la selección y utilización de los medicamentos no prescritos y el manejo de los síntomas o malestares menores. Cuando la automedicación no es apropiada, pedir a los pacientes que consulten a sus médicos para tratamiento y diagnóstico.

20. Participar en equipos multidisciplinarios relacionados con la administración de tratamiento farmacológico complejo, en colaboración con los médicos y otro personal de salud, en el típico marco hospitalario.

21. Informar las reacciones adversas a los medicamentos, al médico que prescribe y a las autoridades de salud, conforme a la legislación nacional.

22. Entregar y repartir información general y específica sobre los medicamentos, asesorando al público y a otros profesionales de la salud.

23. Mantener un alto nivel de conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos, a través de un desarrollo profesional continuo.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS

Adoptada por la 52ª Asamblea General de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006

## A. INTRODUCCIÓN

1. Los avances de las ciencias médicas, en especial las técnicas quirúrgicas, la clasificación de tejidos y los medicamentos inmunodepresivos han hecho posible un aumento importante de las estadísticas de trasplantes de órganos exitosos. Frente a estos avances, es necesaria una reflexión renovada sobre los problemas éticos relativos a la donación y al trasplante de órganos, a fin de solucionarlos. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial ha iniciado una revisión de los problemas y principios relacionados con el trasplante y ha preparado este texto para orientar a las asociaciones médicas, médicos y otros proveedores de atención médica, como también a los que elaboran políticas y protocolos sobre estos problemas.

2. Esta Declaración se basa en los principios de la ética general y médica. En los asuntos de ética, los conflictos de valores y de principios no se pueden evitar; por ejemplo, existe una tensión entre el deseo de obtener órganos para proporcionar tratamientos médicos importantes, por un lado, y la mantención de la decisión y la libertad personal, por otro. A lo largo de esta Declaración se hace referencia a principios aplicables cuando pueden ayudar a aclarar y explicar el razonamiento de ciertas frases.

## B. OBLIGACIONES PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS

1. La primera obligación de los médicos es con sus pacientes, ya sean donantes potenciales o receptores de órganos trasplantados. En conjunto con esta obligación, los médicos también pueden tener responsabilidades con los familiares y amigos cercanos de sus pacientes, por ejemplo, solicitar y considerar sus opiniones sobre la recuperación de órganos de sus parientes o amigos fallecidos. La obligación ante el paciente prima sobre toda obligación que pueda existir en relación con sus familiares. Sin embargo, esta obligación no es absoluta; por ejemplo, la responsabilidad del médico por el bienestar del paciente que necesita un trasplante no justifica la obtención ilegal o contraria a la ética.

2. Los médicos tienen responsabilidades ante la sociedad, que incluyen la promoción de un uso justo de los recursos, la prevención del peligro y la promoción de los beneficios de la salud para todos; esto puede incluir la promoción de la donación de órganos.

3. Los cirujanos que realizan trasplantes deben asegurarse que los órganos que trasplantan hayan sido obtenidos de acuerdo a lo estipulado en esta Declaración. El médico no trasplantará órganos que sabe o sospecha que no hayan sido obtenidos de manera legal y ética.

## C. OBTENCIÓN DE ÓRGANOS: ASPECTOS SOCIALES

1. La AMM insta a sus miembros a apoyar la elaboración de amplias estrategias nacionales coordinadas relativas a la obtención de órganos, en consulta y cooperación con todos los copartícipes pertinentes. Al elaborar la estrategia se deben considerar debidamente los derechos humanos, los principios éticos y la ética médica. Los problemas éticos, culturales y de sociedad que surjan en relación con dicha estrategia, y con el tema de donación y trasplante en general, se deben resolver, cuando sea posible, en un proceso abierto con debate público e informado con evidencia sólida.

2. Se han establecido algunos tipos de trasplante de órganos y servicios de atención médica importantes. Hasta el punto que la falta de órganos constituye una barrera para proporcionar el tratamiento que se necesita, la profesión médica tiene la obligación de promover políticas y protocolos para obtener órganos para tratamientos necesarios, que sean consistentes con los valores de la sociedad.

3. Es importante que las personas tengan la oportunidad de tomar conocimento de la opción de la donación, como también de la oportunidad de optar en todo caso por la donación (por ejemplo, una elección facilitada). El conocimiento y la decisión se deben facilitar con un enfoque multifacético coordinado por una variedad de copartícipes y de medios, incluidos los medios de comunicación y las campañas públicas. Los médicos deben dar a sus pacientes la oportunidad de tomar una decisión con respecto a la donación de órganos, idealmente en el contexto de una relación activa con el paciente y en anticipo de cualquier crisis que convierta la decisión en urgente.

4. La AMM apoya la decisión infomada del donante. Las asociaciones médicas nacionales de los países que han adoptado o consideran una política de "consentimiento supuesto", en la que existe presunción que el consentimiento se ha otorgado, a menos que haya evidencia de lo contrario, o una "decisión por mandato", en la que a todas las personas se les pediría declarar si desean donar, deben hacer todo lo posible para asegurar que estas políticas no afecten la decisión informada del donante, incluido el derecho del paciente a negarse a donar.

5. Se debe considerar la creación de un registro nacional de donantes para elaborar y mantener una lista de los ciudadanos que han optado donar o no sus órganos. Todos estos registros deben proteger la vida privada de la persona y la capacidad de ésta para controlar la recolección, utilización, entrega y acceso a la información sobre su salud para otros fines independientes del registro. Se deben tomar medidas para asegurar que la decisión sea informada adecuadamente y que los inscritos puedan retirarse del registro sin sanciones.

## D. OBTENCIÓN DE ÓRGANOS A NIVELES INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

1. Se puede aumentar la donación a través de políticas y protocolos locales. La AMM recomienda que los programas de obtención de órganos, hospitales y otras instituciones donde se obtienen órganos deben:

   a. elaborar políticas y protocolos que insten a la obtención de órganos que sean consistentes con el contenido de esta Declaración. Dichas políticas deben ser consistentes con las obligaciones profesionales del médico y los valores de la sociedad, incluidas la toma de decisión libre e informada, privacidad y acceso igualitario a la atención médica que se necesita;
   b. dar a conocer estas políticas y protocolos a los coordinadores de trasplantes, médicos y otros proveedores de atención médica en la institución;
   c. asegurar que se disponga de los recursos adecuados para apoyar la implementación correcta de las políticas y protocolos.

## E. DONACIÓN DESPUÉS DE LA MUERTE

1. Los médicos tienen la obligación de asegurar que las interacciones a la cabecera, incluidas las conversaciones sobre donación de órganos, sean sensibles y consistentes con los principios éticos y con sus obligaciones fiduciarias ante sus pacientes. Esto es particularmente cierto dado que las condiciones en la cabecera de los pacientes moribundos no son ideales para el proceso de toma de decisión libre e informada. Los protocolos deben especificar que cualquiera que se acerque al paciente, a su familiares u otro representante designado, en relación con la donación de órganos debe tener la combinación apropiada de conocimientos, capacidades y sensibilidad para tener dichas conversaciones. Los estudiantes de medicina y los médicos en ejercicio deben adquirir la formación necesaria para esta tarea y las autoridades correspondientes deben proporcionar los recursos necesarios para asegurar la formación. Es obligatorio que la persona que se acerca al paciente o a la familia con respecto a la decisión de donación no sea un miembro del equipo de trasplante.

## F. TOMA DE DECISIÓN LIBRE E INFORMADA SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

1. La AMM considera que los deseos de los donantes potenciales son importantísimos. En el caso de que desconozcan los deseos del donante potencial sobre la donación y éste haya muerto sin expresar su voluntad, la familia u otra persona especificada puede servir como representante y puede tener derecho a dar o negar autorización para la donación, a menos que existan deseos de lo contrario expresados con anterioridad.

2. Se debe establecer evidencia de la decisión libre e informada del donante potencial, o cuando corresponda legalmente, del representante, antes de comenzar la obtención del órgano. En los países donde el consentimiento supuesto es legal, el proceso de obtención de órganos debe incluir etapas razonables para saber si el donante potencial no desea donar.

3. El éxito para lograr este resultado no debe interpretarse como un criterio para medir la calidad del proceso de toma de decisión libre e informado. La calidad de este proceso depende de si la decisión fue adecuadamente informada y libre de presiones, y no de si el resultado es la decisión de donar.

4. La toma de decisión libre e informada es un proceso que requiere del intercambio y comprensión de la información y de voluntariedad. Puesto que los presos y otras personas en custodia no pueden dar un consentimiento libre y pueden estar bajo presión, sus órganos no se deben utilizar para trasplante, excepto para los miembros de su familia directa.

5. A fin de que la decisión de donar órganos sea debidamente informada, los posibles donantes o sus representantes deben contar, si lo desean, con información significativa y pertinente. Normalmente, esto debe incluir información sobre:

   a. en caso de donantes vivos, los beneficios y los riesgos del trasplante
   b. en caso de donantes muertos, los procedimientos y definiciones para certificar la muerte
   c. probar los órganos para determinar si son adecuados para el trasplante, lo que puede revelar riesgos de salud insospechados en los posibles donantes y sus familias
   d. en caso de donantes muertos, medidas que puedan ser necesarias para preservar la función del órgano hasta que se certifique la muerte y se pueda realizar el trasplante
   e. en caso de donantes muertos, qué pasará con el cuerpo una vez que se certifique la muerte
   f. qué órganos acuerdan donar
   g. el protocolo que se aplicará en relación con la familia, en el caso que ésta se oponga a la donación y
   h. en caso de donantes vivos, las consecuencias de vivir sin el órgano donado.

6. Los posibles donantes deben ser informados que las familias a veces se oponen a la donación, por esto, se les debe aconsejar comunicar su decisión a sus familias para evitar conflictos.

7. Los posibles donantes o sus representantes deben tener la oportunidad de hacer preguntas sobre la donación y se les debe contestar de manera sensible y clara.

8. Cuando se conocen los deseos del paciente y no existe razón para creer que la decisión de donar no ha sido voluntaria, no ha sido informada adecuadamente o ha cambiado, se deben realizar los deseos. Esto debe aclararse en la legislación, la política y los protocolos. En estas circunstancias, se debe aconsejar a las familias que respeten los deseos expresados claramente por el paciente.

9. Cuando no se conocen los deseos del paciente o existe una incertidumbre sobre éstos, debe prevalecer la legislación nacional vigente.

10. También se deben seguir los protocolos de toma de decisión libre e informada en el caso de los receptores de órganos. Normalmente, esto debe incluir información sobre:

i. los riesgos del procedimiento
j. la sobrevivencia probable a corto, mediano y largo plazo, la morbilidad y la calidad de vida
k. alternativas de trasplante y
l. cómo se obtienen los órganos

11. En el caso de los donantes vivos, se debe tratar en especial de asegurar que la decisión sobre la donación sea voluntaria. Los incentivos económicos para propor-cionar u obtener órganos para trasplantes pueden ser coercitivos y deben estar prohibidos. Las personas que no pueden tomar una decisión informada, por ejemplo, los menores o las personas incapacitadas mentalmente, no deben ser consideradas como donantes vivos potenciales, excepto en circunstancias extraordinarias, conforme a las revisiones de los comités de ética o los protocolos establecidos. A fin de evitar un conflicto de intereses, el médico que obtiene el consentimiento informado del do-nante vivo no debe formar parte del equipo de trasplante del receptor.

## G. CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE

1. La AMM considera que la certificación de la muerte es un asunto clínico que se debe llevar a cabo conforme a normas ampliamente aceptadas, establecidas por grupos médicos expertos y estipuladas en la Declaración de Sidney de la AMM sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Organos.

2. Se deben elaborar protocolos y procedimientos para educar y ayudar a los pacientes y familias sobre los procedimientos de diagnóstico de la muerte y las oportunidades de donación después de la muerte.

3. Para evitar un conflicto de intereses, el médico que certifica la muerte de un donante potencial de órganos o tejidos no debe participar en la extirpación del órgano, en los procedimientos subsiguientes al trasplante, tampoco debe ser responsable de la atención de los receptores potenciales de esos órganos.

## H. JUSTICIA EN EL ACCESO A LOS ÓRGANOS

1. La AMM considera que deben existir políticas explícitas, que sean de conocimiento público, que regulen todos los aspectos del trasplante y la donación de órganos, incluido el manejo de las listas de espera de órganos, a fin de asegurar un acceso justo y apropiado.

2. Las políticas que regulen el manejo de las listas de espera deben asegurar eficacia y justicia. Los criterios que se deben considerar en la asignación de órganos incluyen la gravedad médica, tiempo en la lista de espera, probabilidad médica de éxito, medida por factores como el tipo de enfermedad, otras complicaciones y compatibilidad de tejidos. No debe haber discriminación basada en, la posición social, estilo de vida o comportamiento.

3. Los llamados especiales para obtener órganos para un receptor específico deben estudiarse más y ser sometidos a un examen ético a fin de evaluar el impacto potencial en una distribución justa.

4. El pago por órganos para donación y trasplante debe estar prohibido. El incentivo económico compromete el carácter voluntario de la decisión y la base altruista de la donación de órganos. Además, el acceso al tratamiento médico necesario, basado en la capacidad de pago, es inconsistente con los principios de justicia. Los órganos que se sospeche hayan sido obtenidos a través de una transacción comercial no se deben aceptar para un trasplante. Además, se debe prohibir la publicidad sobre órganos. Sin embargo, se permite el reembolso razonable de los gastos como los de la obtención, transporte, procesamiento, preservación e implantación.

5. El médico al que se le solicita trasplantar un órgano que ha sido obtenido a través de una transacción comercial debe negarse a hacerlo y debe explicar al paciente por qué dicho acto médico sería contrario a la ética: porque la persona que proporcionó el órgano puso en riesgo su salud futura por motivos más bien económicos que altruistas y porque esas transacciones son contrarias al principio de justicia en la distribución de órganos para trasplantes.

## I. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTES EXPERIMENTALES Y NUEVOS

1. La AMM considera que, aunque muchos procedimientos para trasplantes se han convertido en atención médica estándar para una gama de condiciones médicas, otros son experimentales o moralmente controversiales y necesitan más investigación, protección, normas y debate público.

2. Los procedimientos experimentales requieren protocolos, incluida la revisión ética, que son distintos y más estrictos que los que se aplican a los procedimientos médicos estándares.

3. El trasplante entre distintas especies plantea problemas especiales, en particular en lo que respecta al riesgo de transmisión inadvertida entre especies de los virus y otros agentes patógenos. Se necesita con urgencia un amplio debate público sobre los trasplantes entre distintas especies a fin de asegurar que los avances en este campo son consistentes con los valores de la sociedad. Se deben elaborar normas internacionales que regulen estas prácticas.

4. Los trasplantes que utilicen tejidos obtenidos con la tecnología de reemplazo del núcleo celular necesitan una revisión científica, debate público y normas apropiadas antes de que sean tratamientos aceptados.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS INYECCIONES SEGURAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, USA, Octubre 2002 y enmendada con revisión menor por la 192ª Sesión del Consejo, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

## INTRODUCCION

Según la OMS, se aplican miles de millones de inyecciones en el mundo cada año en atención médica. De estas inyecciones, varios millones no son seguras, en especial las que utilizan la misma jeringa o aguja.

Las enfermedades más comunes que se contagian con inyecciones inseguras son la hepatitis B, la hepatitis C y el SIDA.

En muchos países, siempre se utiliza equipo desechable en los establecimientos de salud y el principal problema es el uso y la eliminación seguros de las agujas.

Los médicos prescriben o aplican inyecciones. Por esto, están en una posición privilegiada para introducir cambios de conducta que puede llevar al uso seguro y adecuado de las inyecciones.

El uso seguro y apropiado de las inyecciones es un componente necesario de la prevención del VIH. Las prácticas seguras para evitar la infección del VIH también tienen importantes beneficios secundarios, aparte de la prevención del VIH, por ejemplo para otras infecciones como las hepatitis B y C.

## CONSIDERACIONES BASICAS

Las inyecciones inseguras se producen por el uso excesivo de inyecciones y prácticas inseguras, que incluyen agujas sin esterilizar o esterilizadas inadecuadamente, múltiple uso de jeringas y eliminación de jeringas y agujas inapropiadas e inseguras.

Las inyecciones seguras evitan daños para el receptor, el proveedor y la comunidad. Las inyecciones inseguras ayudan a difundir patógenos a gran escala.

La actitud del médico y las prácticas inapropiadas puede ser un factor determinante en el uso excesivo de inyecciones "terapéuticas" en algunos países. Esto es el resultado de la suposición de algunos pacientes que sólo se sienten satisfechos si un tratamiento incluye

inyecciones. La evidencia científica ha demostrado que esto es incorrecto. Los pacientes prefieren tener una buena comunicación con sus médicos antes de recibir inyecciones. Además, los esquemas de pago en algunos sistemas de salud pueden estar estructurados de manera que proporcionen incentivos perversos por el uso innecesario de inyecciones.

La mayoría de los medicamentos no inyectables son equivalentes en su acción y eficacia a los inyectables.

Las inyecciones inseguras son una pérdida de recursos de salud costosos que se puede evitar fácilmente con intervenciones integradas. Es necesario contar con tres elementos para una estrategia eficaz nacional, regional o local destinada a promover las inyecciones seguras:

El uso de inyecciones debe estar limitado a los profesionales de la salud con conocimientos adecuados y a personas con formación;

Cambio de conducta de los pacientes y personal de salud para disminuir el uso excesivo de inyecciones y lograr inyecciones seguras;

La disponibilidad de equipos y suministros necesarios, cuando sea posible desechables;

El uso de jeringas auto-destruibles cuando sea apropiado;

La manipulación de las agujas desechadas.

La mayor disponibilidad de equipos y suministro de inyecciones, cuando sea posible desechables, aumenta la seguridad de las inyecciones, sin incrementar necesariamente la cantidad de inyecciones inútiles.

## RECOMENDACIONES

Que las asociaciones médicas nacionales cooperen con sus gobiernos o con otras autoridades apropiadas para elaborar políticas nacionales eficaces sobre el uso seguro y apropiado de las inyecciones. Esta política pedirá el financiamiento apropiado e incluirá la evaluación de las prácticas actuales de inyección y la preparación de un plan integrado. Este plan debe apoyar el abastecimiento de suministros de inyecciones, medidas para hacer cumplir las normas de esterilización adecuadas cuando sea necesario, la manipulación de las agujas desechadas y de programas de formación para impedir el uso excesivo de inyecciones y promover las prácticas de inyecciones seguras.

Se insta a los médicos del mundo a que:

prescriban medicamentos no inyectables en lugar de inyectables cuando sea posible y promuevan el uso de medicamentos no inyectables en sus pacientes y sus colegas;

sólo utilicen medicamentos inyectables si es seguro y apropiado y apliquen inyecciones de manera que no causen daños al receptor, el proveedor y la comunidad;

sólo utilicen los recipientes para objetos cortantes desechables a fin de eliminar seguramente el material quirúrgico (por ejemplo, agujas, hojas, etc.) y no se deben volver a utilizar las fundas de los instrumentos afilados;

creen conciencia sobre los riesgos que presentan las inyecciones inseguras y ayuden a producir cambios de conducta en los pacientes y profesionales de salud para promover las inyecciones seguras y apropiadas. La formación en esta área debe enfatizar que las agujas no se deben volver a cubrir.

# DECLARACION DE LA AMM
# SOBRE
# LA AUTOMEDICACION

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, USA, Octubre 2002
y reafirmada por la 191ª Sesión del Consejo, Praga, República Checa, Abril 2012

## INTRODUCCIÓN

La Asociación Médica Mundial ha preparado esta Declaración para orientar a los médicos y a sus pacientes sobre la automedicación responsable.

1. Distinción entre la Automedicación y los Medicamentos con Prescripción

    1. Los productos medicinales se pueden dividir, generalmente, en dos categorías separadas: los medicamentos con prescripción y los que no necesitan prescripción. Esta clasificación puede variar de un país a otro. Las autoridades nacionales deben asegurar que los medicamentos que no necesitan prescripción sean lo suficientemente seguros para no causar ningún daño a la salud.

    2. El medicamento con prescripción sólo está disponible para una persona luego de ser recetado por el médico después de una consulta. El medicamento con prescripción no tiene una utilización segura, excepto bajo la supervisión del médico, debido a su toxicidad o a otros efectos peligrosos potenciales (por ejemplo, acostumbramiento), el método de utilización o las medidas colaterales necesarias para su uso.

    3. La automedicación responsable, como se utiliza en este documento, es el uso de un medicamento registrado o monográfico que está disponible legalmente sin la prescripción de un médico, ya sea por iniciativa propia de la persona o por consejo de un profesional de la salud. La utilización de medicamentos con prescripción sin una receta médica no forma parte de la automedicación responsable.

    4. La seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos sin prescripción deben ser probadas según los mismos principios que se utilizan para los medicamentos con prescripción.

2. Utilización de la Automedicación en conjunto con la Medicación con Prescripción En un tratmiento se puede combinar la automedicación y la medicación con prescripción, conjuntamente o de manera consecutiva. Se debe informar al paciente sobre las posibles interacciones entre los medicamentos con prescripción y los que no la necesitan. Por esto, el paciente debe informar al médico sobre su automedicación.

3. Papeles y Responsabilidades en la Automedicación

    1. En la automedicación la persona es responsable principalmente del uso de productos de automedicación. Se debe tener especial cuidado cuando los grupos vulnerables, como niños, ancianos o mujeres embarazadas se automedican.

    2. Si una persona opta por la automedicación debe ser capaz de:

        1. reconocer los síntomas que tratan;

        2. determinar que está en condiciones apropiadas para la automedicación;

        3. elegir un producto de automedicación adecuado;

        4. seguir las instrucciones para el uso del producto descritas en su etiqueta.

    3. A fin de limitar los riesgos potenciales que implica la automedicación, es importante que todos los profesionales de la salud que atienden pacientes deban proporcionar:

        1. educación sobre los medicamentos sin prescripción y su uso apropiado e instrucciones para obtener consejos de un médico si no están seguros. Esto es muy importante en los casos en que la automedicación no es apropiada debido a ciertas condiciones que pueda presentar el paciente;

        2. incentivos para leer cuidadosamente la etiqueta del producto y las instrucciones (si están disponibles) para obtener consejos si es necesario y reconocer las circunstancias cuando la automedicación no es, o ya no es, apropiada.

    4. Todas las partes interesadas deben estar conscientes de los beneficios y riesgos de todo producto de automedicación y deben comunicarlos de manera justa y racional, sin destacar demasiado los unos ni los otros.

    5. Los fabricantes, en particular, están obligados a seguir los distintos códigos o regulaciones que ya existen a fin de asegurar que la información entregada a los consumidores es apropiada en estilo y contenido. Esto se refiere en especial al etiquetado, a la publicidad y a todas las advertencias de los medicamentos sin prescripción.

    6. El farmacéutico tiene la responsabilidad profesional de recomendar, cuando sea apropiado, la obtención de una opinión médica.

4. Papel de los Gobiernos en la Automedicación Los Gobiernos deben reconocer y reforzar la distinción que existe entre los medicamentos con prescripción y los sin prescripción, y asegurarse que las personas que utilizan la automedicación estén bien informadas y protegidas de los posibles peligros o efectos negativos a largo plazo.

5. La Promoción Pública y Comercialización de los Productos de Automedicación

   1. La publicidad y la comercialización de los medicamentos sin prescripción debe ser responsable, entregar información clara y precisa y mostrar un equilibrio justo entre los beneficios y riesgos. La promoción y la comercialización no deben estimular la automedicación irresponsable, compra de medicamentos que no son apropiados, o compras de cantidades de medicamentos más importantes de las necesarias.

   2. Se debe instar a la gente a considerar los medicamentos (con o sin prescripción) como productos especiales y a seguir las precauciones normales para guardarlos y utilizarlos cuidadosamente, conforme a las instrucciones profesionales.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL ABORTO POR SELECCIÓN DEL SEXO Y EL FETICIDIO DE NIÑAS

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, USA, Octubre 2002
reafirmada por la 191ª Sesión del Consejo, Praga, República Checa, Abril 2012
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

La AMM está muy preocupada porque el feticidio de niñas y el aborto por selección del sexo es una práctica común en algunos países.

La AMM denuncia el feticidio de niñas y el aborto por selección del sexo como una forma totalmente inaceptable de la discriminación sexual.

La AMM afirma que el aborto por la selección del sexo por razones de preferencia de género es discriminatorio, cuando es únicamente por preferencia de los padres y cuando no hay consecuencias para la salud del feto o de la mujer.

La Asociación Médica Mundial llama a las asociaciones médicas nacionales a:

- Denunciar la práctica del feticidio de niñas y el uso del aborto por selección del sexo debido a preferencia de género y
- Comunicar esto a sus gobiernos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS INVESTIGACIONES FORENSES DE LOS DESAPARECIDOS

Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Septiembre 2003
y enmendada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

## INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años, las investigaciones forenses sobre el paradero y el destino de las personas asesinadas y desaparecidas como resultado de conflictos armados, otras situaciones de violencia y catástrofes se han convertido en una contribución importante a la acción humanitaria por las víctimas, incluidos los muertos y las desoladas familias, Las investigaciones forenses también han ayudado a obtener justicia y reparación para las víctimas.

En 2003, la Conferencia Internacional sobre los Desaparecidos y sus Familias, organizada por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), adoptó una serie de recomendaciones para ayudar a evitar que la gente desaparezca y resolver los casos de desaparecidos en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Las recomendaciones incluyen incluidos los principios éticos, científicos y legales aplicables a las investigaciones forenses para la búsqueda, recuperación, manipulación e identificación de los restos humanos. Estos principios se han vuelto a elaborar en mayor profundidad por los propios servicios forenses del CICR y sirven como marco para la acción forense humanitaria en situaciones de conflictos armados, otras situaciones de violencia y en catástrofes.[1] Los principios también aseguran el manejo correcto y digno y la identificación de los muertos, y ayudan a dar respuestas a los deudos.

Las asociaciones médicas nacionales tienen un rol en la promoción de estos principios y la motivación de su cumplimiento, a fin de asegurar las normas éticas, científicas y legales más altas posibles en las investigaciones forenses destinadas a abordar las consecuencias humanitarias de los conflictos armados, otras situaciones de violencia y catástrofes.

En muchos países, las AMNs no tienen un rol en la certificación de las calificaciones y experiencia de los médicos forenses. Las AMNs pueden llamar la atención de los médicos sobre las normas de buena práctica producidos por el CICR, las Naciones Unidas e Interpol y recomendar o cuando sea posible exigir el cumplimiento de dichas normas.

## RECOMENDACIONES

La AMM hace un llamamiento a todas las AMNs para que ayuden a asegurar que cuando sus miembros participen en una investigación forense con fines humanitarios y de de-

rechos humanos, la investigación se realice con un mandato claro y en base a las normas éticas, científicas y legales más altas posibles, conforme a los principios y práctica de la acción forense humanitaria elaborados por el CICR.

La AMM hace un llamamiento a las AMNs para que actualicen sus conocimientos respecto de los principios reunidos por las diferentes autoridades de investigación forense para la acción humanitaria, incluidos los elaborados por el CICR para evitar nuevos casos y resolver los casos existentes de desaparecidos y para ayudar a que sus miembros apliquen estos principios a las investigaciones forenses en todo el mundo.

La AMM hace un llamamiento a las AMNs a difundir los principios que se deben aplicar a esas investigaciones, incluidos los elaborados por el CICR, y para tratar de asegurar que los médicos se nieguen a tomar parte en investigaciones que son éticamente o de otra manera inaceptables.

La AMM hace un llamamiento a las AMNs para que ayuden a asegurar que los médicos forenses cumplan con los principios establecidos en el derecho humanitario internacional para la manipulación digna y correcta, documentación e identificación de los muertos y para cuando sea posible dar respuesta a los deudos.

La AMM invita a las AMNs a ser cuidadosas con las cualificaciones académicas y comprensión ética, y asegurar que los médicos forenses ejerzan con competencia e independencia.

[1] El CICR las define como catástrofes no esperadas. Véase: M. Tidball-Binz, *Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders*. International review of the Red Cross, Vol 89 Number 866 June 2007; 421-442

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA VOLUNTAD ANTICIPADA ("TESTAMENTOS VITALES")

Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Septiembre 2003
y reafirmada por la 194ª Sesión del Consejo de la AMM, Bali, Indonesia, Abril 2013

## A. INTRODUCCIÓN

1. La voluntad anticipada es un documento escrito y firmado o una declaración verbal ante testigos, en el cual una persona expresa sus deseos con respecto a la atención médica que quiere o no quiere recibir si queda inconsciente o si no puede expresar su voluntad.

2. Este tipo de documento se conoce con distintos nombres en diversos países (por ejemplo, testamento vital o testamento biológico). La aceptabilidad y el estatuto jurídico de estas directivas varía según el país, dependiendo de factores sociales, culturales, religiosos y otros.

3. La mayoría de las personas que preparan estas directivas temen particularmente las intervenciones terapéuticas excesivas, ineficaces o largas en las fases terminales de la vida, en caso de degeneración física o mental que sea clara e irreversible.

4. ***La Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente*** estipula que "Si el paciente está inconsciente y si no se dispone de un representante legal, pero se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esta situación."

## B. RECOMENDACIONES

1. Se debe respetar la voluntad anticipada debidamente registrada, a menos que exista una base razonable para suponer que no es válida porque ya no representa los deseos del paciente o porque la comprensión del paciente no era cabal al momento de preparar la directiva. Si la voluntad anticipada es contraria a las convicciones del médico se debe prever el traspaso de la atención del paciente a otro médico que lo acepte.

2. Si el médico no está seguro de la validez de una voluntad anticipada para terminar un tratamiento que prolongue la vida, debe pedir la opinión de la familia o del

representante legal del paciente en cuestión y debe pedir al menos la opinión de otro colega o del comité de ética correspondiente. La familia o el representante legal deben estar especificados en la voluntad anticipada, ser de confianza y estar dispuestos a atestiguar sobre las intenciones expresadas en la voluntad anticipada por el firmante. El médico debe tomar en cuenta toda legislación pertinente sobre el reemplazo de la toma de decisiones para los pacientes que no sean competentes.

3. Se debe aconsejar a los pacientes la revisión periódica de su voluntad anticipada.

4. Si no existe una voluntad anticipada o un reemplazante que tome una decisión, designado legalmente, el médico debe aplicar el tratamiento que considere sea mejor para el paciente.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS NORMAS ETICAS PARA LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL DEL PERSONAL DE SALUD

Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Septiembre 2003 y revisada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

## INTRODUCCIÓN

1. La AMM reconoce que las permanencias temporales de médicos en otros países ayudan tanto al país que los recibe como al que los envía a intercambiar conocimientos, experiencias y conductas médicas. Por lo tanto, el intercambio de profesionales médicos es beneficioso para el avance de la medicina y de los sistemas de salud y merece, en general, el apoyo de las asociaciones médicas nacionales y de los gobiernos.

2. La Declaración de la AMM sobre los Recursos Médicos Humanos I (1983, 1986) hace un llamado a todas las asociaciones médicas nacionales a que trabajen con sus gobiernos para buscar soluciones a los problemas que surgen relacionados con los recursos médicos humanos.

3. La Resolución de la AMM sobre la Fuerza Laboral Médica (1998) identificó los principales elementos de la fuerza laboral que es necesario tomar en cuenta cuando se elabora una política de fuerza laboral.

4. Durante varias décadas muchos gobiernos, empleadores y asociaciones médicas han interpretado mal la información demográfica sobre la cantidad de médicos que se necesitan. Los jóvenes que buscan empleos como médicos a menudo se han visto muy afectados por la mala planificación de la fuerza laboral médica.

5. En muchos países, incluidos los más ricos, existe una escasez de médicos, cuya principal razón es una falla para educar a suficientes médicos que puedan satisfacer las necesidades del país. Otras razones de la pérdida neta de médicos son la contratación de médicos por otras profesiones, la jubilación anticipada y la emigración, los que a menudo están relacionados con las malas condiciones de trabajo de los médicos.

6. Algunos países han solucionado tradicionalmente la falta de médicos con la contratación de médicos de otros países. Esta práctica se sigue aplicando en la actualidad.

7. Por lo general, el flujo de migración internacional de médicos es de los países más pobres a los más ricos. Los países más pobres financian los gastos de educación de los

médicos que emigran y no reciben ninguna retribución cuando ellos ingresan a otros países. Los países que los reciben ganan un valioso recurso sin pagarlo y se ahorran el costo de educar a sus propios médicos.

8. Los médicos tienen en realidad razones válidas para emigrar, por ejemplo, la búsqueda de mejores oportunidades para sus carreras y escapar de condiciones de trabajo y vida pobres, que pueden incluir la búsqueda de más libertades políticas y personales, como de otros beneficios.

**RECOMENDACIONES**

1. Las asociaciones médicas nacionales, gobiernos y empleadores deben tener el máximo cuidado al utilizar la información demográfica para hacer proyecciones sobre las necesidades futuras de médicos y al comunicarlas a los jóvenes que buscan carreras médicas.

2. Cada país debe hacer todo lo posible para educar una cantidad adecuada de médicos y tomar en cuenta sus necesidades y recursos. Un país no debe depender de la inmigración de otros países para satisfacer su necesidad de médicos.

3. Cada país debe hacer todo lo posible para retener a sus médicos en la profesión y en el país al proporcionarles la ayuda que necesiten para lograr sus objetivos personales y profesionales, además de tomar en cuenta las necesidades y recursos del país.

4. Los países que deseen contratar médicos de otro país sólo deben hacerlo conforme a las condiciones y las cláusulas del acuerdo de entendimiento existente entre los países.

5. No se debe impedir que los médicos dejen su país de origen o de adopción para seguir carreras en otros países.

6. Los países que contratan médicos de otros países deben asegurarse que los empleadores proporcionen información precisa y completa a los empleados potenciales sobre la naturaleza y los requisitos del cargo disponible y sobre las formalidades de inmigración, administrativas y contractuales, además de las condiciones legales y reguladoras para el ejercicio de la medicina en el país que lo contrata, incluido el conocimiento del idioma.

7. Los médicos que trabajan, ya sea permanente o temporalmente, en otro país que no sea su país de origen deben ser tratados en forma justa, en relación con los otros médicos de ese país (por ejemplo, oportunidades de carreras iguales y pago igual por el mismo trabajo).

8. Nada debe evitar que los países tengan acuerdos bilaterales y de entendimiento, como lo sostiene el derecho internacional y con el debido conocimiento del derecho internacional sobre derechos humanos, de manera de tener una cooperación significativa sobre la prestación de atención médica, incluido el intercambio de médicos.

9. El Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud (mayo 2010) fue establecido para promover principios y prácticas voluntarias para la contratación internacional ética de personal de salud y para facilitar el reforzamiento de los sistemas de salud. El código toma en cuenta los derechos, obligaciones y expectativas de los países de origen y los profesionales de la salud que migran. La AMM participó en la redacción del código y apoya su aplicación.

10. El código de la OMS estipula que la contratación internacional debe "llevarse a cabo de conformidad con los principios de trasparencia, equidad y promoción de la sostenibilidad de los sistemas de salud en los países en desarrollo".

11. El monitoreo y el sistema de intercambio de información establecido por la OMS debe ser apoyado fuertemente con el objetivo de lograr la cooperación internacional. Las partes interesadas deben reunir y compartir información regularmente, la que debe ser monitoreada y analizada por la OMS. La OMS debe comunicar información importante a los gobiernos. Se debe compartir la información sobre cómo superar los desafíos experimentados.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD

Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Septiembre 2003
reafirmada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La violencia se define como "el uso deliberado de fuerza o poderío físico, real o en forma de amenaza, que tenga, o pueda tener como resultado, lesiones, daños psicológicos, un desarrollo deficiente, privaciones o incluso la muerte."

En realidad, la violencia es multidimensional, tiene múltiples factores determinantes y puede ser física, sexual, psicológica o ejercida con actos de privación o abandono.

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha elaborado políticas que condenan las diferentes formas de violencia. Entre ellas hay declaraciones sobre Violencia contra las Mujeres y las Niñas, Violencia Familiar, Maltrato y Abandono del Niño, Maltrato de los Ancianos, Suicidio de Adolescentes, Violencia en el Sector de la Salud de parte de los Pacientes y sus cercanos, Protección del Personal de Salud en Situaciones de Violencia Declaración sobre el Alcohol y la Declaración sobre Conflictos Armados.

La violencia es una manifestación de las condiciones de salud, socioeconómicas, políticas, legales y de seguridad de un país. Ocurre en todas las clases sociales y está muy relacionada con la falta de liderazgo y de gobierno y los determinantes sociales, como el desempleo, pobreza, desigualdad en salud y de género, normas socioculturales y poco acceso a oportunidades educacionales.

A pesar de las disparidades regionales y nacionales en la escala y la carga de violencia, junto con la mala información, es evidente que la violencia tiene consecuencias fatales y no mortales. Esto incluye la devastación de la vida individual, familiar y comunitaria, como también la alteración del desarrollo social, económico y político de las naciones.

La violencia también tiene un impacto en la economía debido a un gasto más alto en salud y administración de parte de los sistemas de justicia penal, aplicación de la ley y bienestar social. También tiene un impacto negativo en la productividad de la nación debido a la pérdida del capital humano y la productividad de la fuerza laboral.

### Impacto en la Salud

Los efectos de la violencia en la salud son variables y pueden ser de duración larga. Las consecuencias para la salud incluyen la discapacidad física, depresión, trastorno post

traumático y desafíos en salud mental, embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual.

Los factores de riesgo de conductas, como el uso de substancias que puede producir un comportamiento violento, también son factores de riesgo para el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Las víctimas de la violencia son propensas a tener experiencias traumatizantes, como el abuso físico, sexual y psicológico y no están dispuestas o no quieren revelar o informar sus experiencias a las autoridades apropiadas por vergüenza, tabúes culturales o miedo al estigma social o represalias y la excesiva demora del sistema de justicia para aplicar la justicia.

En instituciones como los establecimientos de salud, la violencia a menudo es interpersonal y puede ejercerse contra los pacientes por el personal de salud o contra éste por los pacientes y sus cuidadores o entre el personal de salud en forma de acoso, intimidación y hostigamiento.

Además, los profesionales de la salud y los establecimientos de salud reciben cada vez más ataques violentos. Esta violencia y agresiones dirigidas a los establecimientos de salud, personal de salud, enfermos y heridos son una violación directa de la ética médica, el derecho humanitario internacional y de los derechos humanos.

Aunque varios países aceptan cada vez más la necesidad de establecer programas de prevención de la violencia en sus respectivas jurisdicciones, el campo de la prevención y la gestión de la violencia todavía presenta muchos desafíos. Estos incluyen la falta de información inadecuada o no existente, inversión inapropiada en programas de prevención de la violencia y servicios de apoyo para las víctimas de la violencia y falta en la aplicación de la legislación existente contra la violencia, incluidas medidas para restringir el acceso al alcohol.

Reconociendo que la violencia sigue siendo un desafío de salud pública importante que es multidimensional y evitable, al afirmar el papel preponderante de los médicos como modelos en la atención y el apoyo a las víctimas de la violencia, la AMM se compromete a actuar contra este flagelo mundial.

## RECOMENDACIONES

**La AMM insta a sus miembros constituyentes a:**

1. Educar y aconsejar a las autoridades políticas y públicas de gobierno a todo nivel con información apropiada y evidencia científica sobre los beneficios de la inversión de más recursos en la prevención de la violencia.

2. Abogar y apoyar la buena gobernanza en base a la ley, transparencia y responsabilidad.

3. Realizar y apoyar campañas mediáticas eficaces para informar y sensibilizar al

público sobre la carga y las consecuencias de la violencia y la necesidad de evitarla.

4. Crear conciencia pública sobre las legislaciones, normas y códigos éticos internacionales que exigen la protección del personal de salud y los establecimientos en tiempos de paz y de conflicto.

5. Abogar y promover la inclusión de cursos sobre violencia y su prevención en los currículos académicos, incluidos en la formación médica de pre y post grado y la educación médica continua (CME).

6. Considerar la organización de programas de aumento de capacidad y de CME para los médicos en prevención de violencia, atención de víctimas de la violencia, preparación y respuesta a las emergencias y reconocimiento temprano de signos de violencia interpersonal y sexual.

**La AMM insta a los gobiernos a:**

1. Trabajar para lograr una tolerancia cero a la violencia, a través de programas de prevención, establecimiento de clínicas de prevención de violencia y apoyo a las víctimas, establecimiento de refugios seguros para la violencia doméstica, aumento de la inversión pública y privada en seguridad pública y el fortalecimiento de las instituciones educativas y de salud.

2. Fomentar la acción colaborativa en la prevención de la violencia, con prevención integrada de la violencia y apoyo a las víctimas en las instituciones de salud.

3. Promover la justicia e igualdad sociales a través de la eliminación de las desigualdades que pueden crear las condiciones para la violencia.

4. Enfocarse en abordar los determinantes sociales de la salud, a través de la creación y mejoramiento de la infraestructura y oportunidades socioeconómicas, educacionales y de salud; la eliminación de actitudes y prácticas culturales adversas y opresivas, como también todas las formas de desigualdad o discriminación en base a género, credo, origen étnico, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social, enfermedad o discapacidad.

5. Asegurar la promulgación y el cumplimiento de la legislación y las políticas sobre prevención de violencia, protección y apoyo de las víctimas de la violencia y castigo de los infractores.

6. Reforzar de las instituciones encargadas de la seguridad pública.

7. Elaborar políticas y hacer cumplir las legislaciones que regulan el acceso al alcohol.

8. Crear e implementar marcos legales eficaces que protejan a las personas e instituciones que prestan atención médica. Estos marcos deben garantizar la protección de los médicos y otros profesionales de la salud y también el acceso seguro a los establecimientos de salud del personal de salud y los pacientes.

9. Apoyar estudios de investigación exhaustivos sobre la naturaleza y el carácter de las diversas formas de violencia, incluida la eficacia de las estrategias de respuesta, a fin de ayudarlos en la elaboración y la implementación de políticas, leyes y estrategias sobre la prevención de la violencia, apoyo y protección de las víctimas y castigo de los responsables.

10. Iniciar y promover una participación de múltiples interesados y la colaboración entre organismos pertinentes y organizaciones a nivel mundial, nacional, estatal y local en la iniciación, la implementación y promoción de estrategias de prevención y gestión de la violencia, incluida la implicación de líderes tradicionales, religiosos y políticos.

11. Crear asociaciones multisectoriales sólidas a nivel local, estatal y nacional para hacer una prioridad la prevención de la violencia en todos los ministerios de gobierno, incluidos los ministerios de salud, educación, trabajo y defensa.

12. Instituir una iniciativa segura de atención de salud que garantice la seguridad de los médicos y otro personal de salud, los pacientes, los establecimientos de salud y la prestación ininterrumpida de los servicios de salud en tiempos de paz y conflicto.

13. Esta iniciativa debe consistir de los siguientes elementos:

    - Auditorías periódicas del riesgo de violencia.
    - Mecanismos eficaces de vigilancia e información para documentar la violencia.
    - Investigación transparente y oportuna de todos los casos de violencia notificados.
    - un sistema de protección de los pacientes y el personal de salud que informe sobre los casos de violencia.
    - Asistencia jurídica a los médicos y otro personal de salud sujetos a violencia en el lugar de trabajo.
    - Creación de puestos de seguridad en los establecimientos públicos de salud considerados necesarios.
    - Cobertura financiera para el personal médico y de salud herido.
    - Tiempo de descanso compensado para el personal médico y de salud herido.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS RELACIONES ENTRE LOS MÉDICOS Y LAS EMPRESAS COMERCIALES

Adoptada por la 55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 2004
y enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de sus pacientes el médico usa medicamentos, instrumentos, herramientas de diagnóstico, equipo y materiales que son creados y producidos por empresas comerciales. La industria posee recursos para financiar la investigación y programas de desarrollo caros, para los cuales los conocimientos y la experiencia de los médicos son esenciales. Además, el apoyo de la industria permite el progreso de la investigación médica, las conferencias científicas y la educación médica continua que puede beneficiar a los pacientes y a todo el sistema de atención médica. La combinación de los recursos económicos y el conocimiento del producto aportados por la industria y los conocimientos profesionales de cada médico permite el desarrollo de nuevos procedimientos diagnósticos, medicamentos, terapias y tratamientos, lo que produce grandes avances en la medicina.

Sin embargo, pueden producirse conflictos de intereses entre los médicos y la empresa comercial y pueden perjudicar la atención de los pacientes y también la reputación de la profesión médica. El deber del médico es evaluar objetivamente lo que sea mejor para el paciente y promover la relación médico-paciente, mientras que las empresas comerciales deben producir ganancias para los dueños con la venta de sus propios productos y competir por los clientes. Consideraciones comerciales pueden afectar la objetividad del médico, en especial si el médico depende de alguna manera de la empresa.

En lugar de prohibir toda relación entre los médicos y la industria, es preferible establecer normas para este nexo. Estas normas deben incluir principios clave de información, transparencia, prevención de conflictos de intereses y promover la capacidad del médico para actuar por el bienestar del paciente.

Las normas que regulan las relaciones entre los médicos y las empresas comerciales deben entenderse según los valores éticos fundamentales de la AMM, como se estipulan en particular en la Declaración de Ginebra, Declaración sobre Conflicto de Intereses, Declaración de Seúl sobre Autonomía profesional e independencia clínica y el Código internacional de ética médica.

La autonomía y la independencia clínica de los médicos deben ser principales en todas las

decisiones médicas de los pacientes, independientemente del entorno de la práctica, ya sea patrocinado por el gobierno, privado, con fines de lucro o sin fines de lucro, financiado por inversionistas, empleadores de compañías de seguros u otros.

Los planes de estudio de las escuelas de medicina y los programas de residencia deben incluir cursos educativos sobre la relación entre las empresas y la profesión médica en vista de los principios y valores éticos de la profesión.

## RECOMENDACIONES

### Conferencias Médicas

1. Estas pautas relacionadas con conferencias médicas se aplican, cuando corresponda, a eventos corporativos, tales como eventos educativos y actividades promocionales, incluidos para artículos de utilidad médica, patrocinados por una empresa comercial.

2. Los médicos pueden asistir a las conferencias médicas auspiciadas en parte o totalmente por una entidad comercial, si cumplen con los siguientes principios:

   - El principal objetivo de la conferencia es el intercambio de información profesional o científica en beneficio de la atención del paciente.
   - La hospitalidad durante la conferencia debe ser secundaria al intercambio profesional de información y no debe exceder lo que es usual a nivel local y generalmente aceptable.
   - El médico no debe recibir pago directamente de una entidad comercial para costear los gastos de viaje, habitación y comidas en la conferencia para él o un acompañante o compensación por su tiempo, a menos que esté permitido por ley o por la política de su asociación médica nacional o a no ser que sea un honorario razonable por su intervención en la conferencia.
   - El nombre de la entidad comercial que entrega subvención económica será dada a conocer públicamente a fin de permitir a la comunidad médica y a la opinión pública la evaluación justa de la información presentada en vista de la fuente de financiamiento. Además, los organizadores y oradores de la conferencia son transparentes y comunican toda afiliación financiera que pueda influenciar potencialmente actividades educacionales o cualquier otro resultado substancial que pueda derivarse de la conferencia.
   - De acuerdo con las Normas para las intervenciones mediáticas promocionales de los médicos, el material que presenta el médico debe ser científicamente preciso y otorgar una revisión equilibrada de las posibles opciones de tratamiento y no debe ser influenciado por la organización auspiciadora.

3. Además, una conferencia puede ser reconocida para la educación médica continua/desarrollo profesional continuo (CME/CPD) sólo si cumple con los siguientes principios:

   - Las entidades comerciales que son auspiciadores, como las compañías farmacéuticas o empresas del sector de aparatos médicos, no tendrán influencia en

el contenido, presentación, elección de oradores o publicación de resultados.

- El financiamiento de una conferencia será aceptado sólo como una contribución a los costos generales de la reunión.
- La independencia de los contenidos de la conferencia esté garantizada.

**Obsequios**

4. Para mantener la confianza entre los pacientes y los médicos, éstos deben rechazar:

   - dinero en efectivo o equivalente y otros obsequios para beneficio personal de una entidad comercial.
   - Los obsequios destinados a influenciar la práctica clínica, incluida la prescripción directa de incentivos.

5. Los médicos pueden aceptar:

   - Las ayudas promocionales, siempre que el obsequio tenga un valor mínimo y no tenga relación con ninguna estipulación acerca de que el médico prescriba cierto medicamento, utilice ciertos instrumentos o materiales o derive pacientes a ciertos establecimientos.
   - Los obsequios de cortesía cultural, de manera ocasional conforme a las costumbres locales si el obsequio tiene valor mínimo y no tiene relación con la práctica de la medicina

**Investigación**

6. El médico puede realizar investigación financiada por una entidad comercial, ya sea a nivel individual o institucional, si se cumple con los siguientes principios:

   - El médico estará sujeto solamente a la legislación, los principios éticos y normas de la Declaración de Helsinki y opinión clínica cuando realice investigación y no permitirá presión externa sobre los resultados de su investigación o su publicación.
   - Si es posible, el médico o la institución que desee comenzar una investigación contactará más de una fuente comercial para solicitar fondos de financiamiento.
   - La información personal identificable sobre los pacientes de la investigación o participantes voluntarios no debe proporcionarse a la compañía auspiciadora sin el consentimiento de las personas involucradas.
   - El médico puede recibir compensación por su investigación si está basada en el tiempo y el trabajo, pero de ninguna manera puede estar relacionada con los resultados de la investigación.
   - Los resultados de una investigación deben ser publicados con el nombre de la entidad auspiciadora, junto con una declaración que dé a conocer quién solicitó la investigación. Esto se aplicará en casos de auspicio directo o indirecto, total o parcial.
   - Las entidades comerciales permiten la libre publicación de los resultados de una investigación.
   - Siempre que sea posible, la investigación financiada por empresas comerciales debe ser gestionada por entidades sin fines de lucro interpuestas, como institutos o fundaciones.

## ASOCIACIÓN CON ENTIDADES COMERCIALES

7. El médico no puede asociarse con una entidad comercial, como consultor o miembro de un consejo asesor, a menos que la asociación cumpla con los siguientes principios:

   - La asociación no comprometerá la integridad del médico.
   - La asociación no entrará en conflicto con las obligaciones del médico para sus pacientes.
   - Las asociaciones u otras relaciones con una entidad comercial serán dadas a conocer totalmente en todas las situaciones pertinentes, como conferencias, intervenciones personales, artículos, informes y contribuciones de influencia a la misión de las asociaciones médicas u otras entidades de salud sin fines de lucro.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL AGUA Y LA SALUD

Adoptada por la 55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 2004
y revisada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014
y por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Un suministro adecuado de agua potable (es decir, limpia y no contaminada) es esencial para la salud de las personas y la salud pública, también es un determinante social de la salud. Es central para vivir una vida con dignidad, salud y con respeto de los derechos humanos. Muchas personas, familias y comunidades no tiene acceso a este suministro e incluso en los lugares donde hay agua potable en abundancia, ella está amenazada por la contaminación, actividades como industrias y desechos, saneamiento inadecuado o ineficaz y otras fuerzas negativas.

2. Una reciente revisión de la evidencia demuestra que el acceso inadecuado al agua potable, saneamiento y jabón para lavarse las manos es común en muchos establecimientos de salud del mundo, incluso en condiciones normales de funcionamiento. Los principales eventos naturales y provocados por el hombre, incluidas las guerras, disminuyen aún más el acceso al agua potable.

3. Conforme a su misión de servir a la humanidad a través del esfuerzo para lograr las más altas normas internacionales en atención médica para todos en el mundo, la Asociación Médica Mundial ha preparado esta declaración para instar a todos los responsables de la salud a considerar la importancia y el trabajo para lograr el acceso universal al agua, saneamiento e higiene para la salud de las personas y la salud pública.

4. La hygiene, el saneamiento y el agua son determinantes de la salud importantes y estrategias de intervención clave para disminuir la morbilidad, mortalidad y costos de salud evitables. El sector de la salud y los médicos en particular tienen un papel clave para asegurar que estos determinantes sean gestionados de manera adecuada.

## CONSIDERACIONES

5. Las enfermedades transmitidas por el agua son responsables de una gran proporción de

la mortalidad y morbilidad, especialmente en los países en desarrollo. Estos problemas aumentan en tiempos de catástrofes, como conflictos, accidentes nucleares y producidos por el hombre con petróleo o agentes químicos, terremotos, epidemias, sequías e inundaciones.

6. Los cambios antropógenos en los ecosistemas bajaron la retención de la superficie de la tierra y la limitación de la capacidad inherente de la naturaleza para filtrar la mugre del agua causan crecientes daños al medio ambiente natural, en especial al agua. La fracturación para obtener combustibles fósiles puede tener consecuencias importantes en el agua de los suelos, al igual que la acumulación de substancias microcontaminantes, incluidos los productos farmacéuticos y los pesticidas.

7. La comercialización del agua como producto que se utiliza para obtener ganancias, en lugar de ser un servicio público, tiene importante consecuencias potencialmente negativas para el acceso a un suministro adecuado de agua potable.

8. La creación de una infraestructura sostenible que proporcione agua potable y saneamiento adecuado contribuye mucho a mantener la salud de la población y al bienestar nacional. La disminución de enfermedades infecciosas y otras dolencias causadas por el agua insegura reduce los costos de salud y mejora la productividad. Esto crea un efecto en cadena positivo para las economías nacionales.

9. El agua, recurso vital y necesario para la vida, se ha hecho escasa en muchas partes del mundo, por lo que debe ser utilizada de manera razonable y cuidadosa.

10. El agua y el saneamiento eficaz son bienes compartidos por la humanidad y la tierra. Por esto, los problemas relacionados con el agua deben ser abordados en colaboración por la comunidad internacional.

11. El agua, el saneamiento y la higiene son esenciales para la prestación segura y eficaz de la atención médica y son fundamentales para la salud pública.

**RECOMENDACIONES**

12. La AMM insta a las asociaciones médicas nacionales, las autoridades de salud y los médicos a respaldar todas las medidas relacionadas con el mejoramiento del acceso al agua adecuada, segura y la salud, incluidos:

    12.1 Programas internacionales y nacionales para proporcionar a cada ser humano del planeta acceso fácil al agua potable a bajo costo o gratis y evitar la contaminación de las fuentes de agua.

12.2 Programas nacionales, locales, regionales e internacionales para proporcionar acceso al saneamiento y evitar la degradación de los recursos del agua.

12.3 Investigación de la relación entre la contaminación del agua, los sistemas de suministro del agua, incluido el tratamiento de aguas servidas, y la salud.

12.4 La creación de planes para suministrar agua potable y la eliminación adecuada de aguas servidas durante una emergencia. Esto variará según la naturaleza de la emergencia, pero puede incluir la desinfección del agua en el lugar, identificación de fuentes de agua y energía de apoyo para hacer funcionar bombas.

12.5 Se deben adoptar medidas preventivas a fin de garantizar agua potable, saneamiento y buena higiene para todas las instituciones de salud incluso después de las catástrofes naturales, especialmente terremotos. Estas medidas preventivas deben incluir la creación de infraestructura y programas de formación para ayudar a que las instituciones de salud enfrenten estas crisis. La implementación de programas continuos de suministro de agua en casos de emergencia se debe hacer en coordinación con las autoridades regionales y con la participación de la comunidad.

12.6 Cada nación debe utilizar el agua de manera más eficiente. La AMM insta especialmente a los hospitales y las instituciones de salud a examinar el impacto en los recursos sostenibles del agua y respetar las normas más estrictas de seguridad para la eliminación de desechos médicos y medicamentos en los establecimientos médicos.

12.7 Medidas preventivas y preparación en emergencias para evitar que el agua no se contamine.

12.8 La promoción del acceso universal al agua potable y saneamiento asequible como un derecho humano[1] y como un bien común de la humanidad.

12.9 La instrucción sobre la relación entre la higiene con el lavado de las manos y la prevención de problemas de salud son medidas de promoción y educación de la salud y requieren de la colaboración de gobiernos y organismos de salud, en especial en lugares donde el acceso al agua ha estado muy limitado para que las personas la exploten con fines de higiene.

12.10 La creación de un sistema de alerta en tiempo real para la población local y los

turistas que proporcione información sobre los riesgos de contaminación del agua en un lugar en particular.

[1] En 2010, la Asamblea General y el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconocieron el derecho humano al agua y la salud, derivado del derecho a un nivel de vida adecuado, como se estipula en el Artículo 11 del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros tratados de derechos humanos. Por lo tanto, es parte del derecho internacional sobre derechos humanos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA SUSTITUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Adoptada por la 56ª Asamblea General de la AMM, Santiago, Chile, Octubre 2005
y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo, Oslo, Noruega, Abril 2015

## INTRODUCCIÓN

1. La prescripción de un medicamento representa la culminación de un cuidadoso proceso deliberativo entre el médico y el paciente, cuyo objetivo es la prevención, mejoramiento o cura de una enfermedad o de un problema. Este proceso deliberativo debe permitir al médico evaluar una variedad de información científica y otra, incluidos los costos, y efectuar una elección individualizada de la terapia para el paciente. Sin embargo, a veces se pide al farmacéutico que sustituya el medicamento prescrito por el médico por un medicamento diferente. La Asociación Médica Mundial tiene serias dudas sobre esta práctica.

2. La sustitución de medicamentos puede darse de dos formas: sustitución genérica y sustitución terapéutica.

3. En la sustitución genérica se sustituye un medicamento genérico por uno de marca registrada. Sin embargo, ambos medicamentos tienen el mismo ingrediente químico activo, la misma forma y fuerza en la dosis.

4. La sustitución terapéutica tiene lugar cuando el farmacéutico sustituye el medicamento prescrito por el médico por un medicamento químicamente diferente. El medicamento sustituido por el farmacéutico es de la misma clase farmacológica o terapéutica. Sin embargo, como los dos medicamentos tienen estructuras químicas distintas, pueden producir resultados adversos para el paciente.

5. Las funciones respectivas del médico y del farmacéutico para satisfacer la necesidad del paciente de una terapia medicinal óptima están descritas en la Declaración de la AMM sobre las Relaciones Laborales entre Médicos y Farmacéuticos en la Terapia Medicinal.

6. Las autoridades reguladoras nacionales deben asegurar al médico la bioequivalencia y la equivalencia química y terapéutica en la prescripción de productos farmacéuticos que tengan tanto diversos orígenes como una sola procedencia. Se debe contar con procedimientos que garanticen la calidad a fin de asegurar la bioequivalencia y la equivalencia química y terapéutica de cada partida de medicamentos.

7. Se deben tomar en cuenta varias consideraciones médicas antes de recetar el medicamento elegido para una afección particular en cualquier paciente. La individualización de la terapia medicinal se debe hacer sobre una base completa de información clínica

obtenida del historial médico del paciente, resultados médicos actuales, toda la información de laboratorio correspondiente y factores sicosociales. Una vez que se hayan considerado estos aspectos, el médico debe pensar en los costos comparativos de productos farmacéuticos similares disponibles en el mercado, para responder a todas las necesidades de los pacientes. El médico debe seleccionar el tipo y la cantidad del producto farmacéutico que considere que es el mejor para el paciente desde el punto de vista médico y económico.

8. Después que el paciente da su consentimiento sobre el medicamento seleccionado, dicho medicamento no se debe cambiar sin el consentimiento del paciente ni de su médico. Si no se respetan estos principios, el paciente puede verse en peligro. En bien de los pacientes y médicos por igual, las asociaciones médicas nacionales deben hacer todo lo posible para asegurar la implementación de las siguientes recomendaciones:

## RECOMENDACIONES

1. Los médicos se deben familiarizar con las leyes o las ordenanzas específicas que regulan la sustitución de medicamentos en los lugares donde ejercen su profesión.

2. Se debe pedir al farmacéutico que entregue la composición química, dosis y forma de administración exactas, según lo prescribe el médico. Una vez que los medicamentos han sido recetados y se ha comenzado su administración, no se debe hacer ninguna sustitución de medicamentos sin la autorización del médico tratante.

3. Si un producto farmacéutico es sustituido, el médico debe controlar y ajustar cuidadosamente la dosis, para asegurarse de que exista una equivalencia terapéutica de los productos farmacéuticos.

4. Si la sustitución de medicamentos produce reacciones adversas al medicamento que sean graves o la falta de efecto terapéutico, el médico debe documentar este hecho y debe informarlo a las autoridades reguladoras de medicamentos correspondientes.

5. Las asociaciones médicas nacionales deben vigilar regularmente todo lo que tenga relación con la sustitución de medicamentos y deben mantener informados a sus miembros sobre los avances que sean de especial interés para el cuidado de los pacientes. Se recomienda la recolección y evaluación de informes sobre los progresos importantes en este ámbito.

6. Los organismos reguladores de medicamentos correspondientes deben evaluar y asegurar la bioequivalencia y la equivalencia química y terapéutica de todos los productos farmacéuticos similares, fabricados con nombres genéricos o marcas registradas, a fin de asegurar un tratamiento seguro y eficaz.

7. Las asociaciones médicas nacionales se deben oponer a toda acción que restrinja la libertad y responsabilidad del médico para recetar lo mejor para el paciente, desde el punto de vista médico y económico.

8. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a las autoridades nacionales reguladoras a que declaren la sustitución terapéutica ilegal, a menos que dicha sustitución cuente con el consentimiento previo del médico que realiza la prescripción.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA REFORMA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Adoptada por la 56ª Asamblea General de la AMM, Santiago, Chile, Octubre 2005
y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo, Oslo, Noruega, Abril 2015

1. En el mundo existe un aumento de la cultura del litigio que afecta de manera negativa la práctica de la medicina y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. Algunas asociaciones médicas nacionales informan sobre una crisis de responsabilidad médica en la que la práctica de pleitos produce un incremento de los costos de salud, lo que restringe el acceso a los servicios de salud y obstaculiza los esfuerzos por mejorar la seguridad del paciente y la calidad. En otros países, las demandas por responsabilidad médica no son tan numerosas, pero las asociaciones médicas nacionales de dichos países deben estar alertas frente a los problemas y consecuencias que puede producir un aumento en la frecuencia y gravedad de las demandas por responsabilidad médica contra los médicos.

2. Las demandas por responsabilidad médica han aumentado mucho los costos de salud, lo que ha desviado los escasos recursos de salud hacia el sistema legal y los ha alejado de la atención directa del paciente, la investigación y la formación del médico. La cultura del pleito también ha dificultado la distinción entre negligencia y resultados adversos inevitables, lo que produce con frecuencia una determinación aleatoria del nivel de atención. Esto ha contribuido a la percepción general de que cualquier persona puede demandar por casi cualquier cosa, con la idea de obtener un gran premio. Esta práctica engendra el cinismo y la desconfianza tanto en el sistema médico como en el legal con graves consecuencias para la relación médico-paciente.

3. Al adoptar esta declaración, la Asociación Médica Mundial hace un llamamiento urgente a todas las asociaciones médicas nacionales para exigir la creación de un sistema de justicia médica confiable en sus respectivos países. Los sistemas legales deben asegurar que los pacientes estén protegidos de las prácticas dañinas, los médicos estén protegidos de los juicios sin méritos y las determinaciones del nivel de atención sean consistentes y seguras, de modo que todas las partes sepan en qué contexto funcionan.

4. En esta declaración, la Asociación Médica Mundial desea informar a las asociaciones médicas nacionales sobre algunos de los hechos y problemas relacionados con las demandas por responsabilidad médica. Las leyes y los sistemas jurídicos en cada país, como las tradiciones sociales y condiciones económicas, influirán en la aplicación de ciertos elementos de esta declaración para cada asociación médica nacional, pero no disminuirán la importancia fundamental de esta declaración.

5. El aumento de la frecuencia y la gravedad de las demandas por responsabilidad médica puede ser el resultado, en parte, de una o más de las siguientes circunstancias:

a. El progreso en los conocimientos médicos y de la tecnología médica permite que los médicos logren proezas que eran imposibles en el pasado, pero estos logros implican riesgos importantes en muchos casos.

b. La presión ejercida en los médicos por organizaciones privadas de atención administrada o sistemas de salud manejados por gobiernos para limitar los costos de la atención médica.

c. La confusión entre el derecho a la atención médica, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar.

d. El papel que representa la prensa, al fomentar la desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente y al sugerir a éstos que presenten reclamos contra los médicos.

6. Se debe hacer una distinción entre el daño producido por la negligencia médica y el accidente desafortunado durante la atención médica y el tratamiento, sin que haya responsabilidad del médico.

   a. La lesión causada por negligencia es el resultado directo de la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o la falta de conocimiento del médico al prestar atención al paciente.

   b. Un accidente desafortunado es una lesión producida durante un tratamiento médico, que no fue el resultado de falta de conocimiento por parte del médico tratante, de la cual el médico no es responsable.

7. La indemnización de los pacientes víctimas de accidente médico debe ser determinada por sistemas diferentes si se trata de una demanda por responsabilidad médica o de un accidente desafortunado que ocurre durante la atención médica y el tratamiento, al menos que exista un sistema alternativo en marcha, como un sistema sin faltas o un sistema de solución alternativa.

   a. En el caso de un accidente desafortunado sin responsabilidad del médico, cada país debe determinar si se debe indemnizar al paciente por el accidente y si es así, el origen de los fondos para cancelar dicha indemnización. Las condiciones económicas del país determinarán si existen dichos fondos de solidaridad para indemnizar al paciente, sin estar a expensas del médico.

   b. Las leyes de cada nación deben prever los procedimientos necesarios a fin de establecer la responsabilidad de las demandas por responsabilidad médica y determinar la cantidad de la indemnización del paciente, en los casos en que se compruebe la negligencia.

8. Las asociaciones médicas nacionales deben considerar algunas o todas de las siguientes actividades, a fin de proporcionar un tratamiento equitativo y justo a pacientes y médicos:

   a. Crear para el público, campañas de información sobre los riesgos inherentes a ciertos tratamientos médicos y cirugía avanzados; para los profesionales, programas de formación sobre la necesidad de obtener un consentimiento informado de los pacientes sobre dichos tratamientos y cirugía.

b. Implementar campañas de sensibilidad pública para mostrar los problemas en medicina y la prestación de atención médica, según la estricta necesidad del control de los costos.

c. Elevación del nivel y de la calidad de educación médica para todos los médicos, incluyendo el mejoramiento de la formación clínica.

d. Crear y participar en programas destinados a los médicos encargados de mejorar la calidad de la atención médica y de los tratamientos.

e. Implementar una política apropiada de formación para médicos que tienen conocimientos insuficientes, incluyendo una política de limitación del ejercicio profesional hasta que dichas insuficiencias sean corregidas.

f. Informar al público y al gobierno sobre el peligro del desarrollo de diferentes formas de medicina defensiva (aumento de atención o al contrario, abstención de médicos, desinterés de parte de médicos jóvenes por ciertas especialidades a alto riesgo o la renuencia de los médicos u hospitales a tratar pacientes con mayor riesgo).

g. Informar al público sobre la posibilidad de accidentes durante un tratamiento médico que no son negligencia del médico y crear procedimientos simples para que los pacientes reciban explicaciones en casos adversos y para ser informado de las medidas que se deben adoptar destinadas a obtener compensación, si existen.

h. Solicitar protección legal para los médicos cuando los pacientes sufren accidentes que no son resultado de negligencia médica y participar en las decisiones sobre la conveniencia de entregar compensaciones por pacientes afectados durante el tratamiento médico sin ninguna negligencia.

i. Participar en la formulación de leyes y procedimientos aplicables a las demandas por responsabilidad médica.

j. Oponerse firmemente a demandas poco serias y a cobros por contingencia de parte de los abogados.

k. Explorar procedimientos innovativos de resolución de pleitos para tratar las demandas por responsabilidad médica, como acuerdos entre las partes, en lugar de un proceso judicial.

l. Promover la idea de que los médicos se aseguren contra demandas por negligencia médica, cancelando el seguro el mismo médico o el empleador si el médico está empleado.

m. Promover la creación de sistemas voluntarios, confidenciales y protegidos legalmente para informar sobre accidentes desafortunados o errores médicos, con el fin de realizar un análisis y presentar recomendaciones destinadas a disminuir los accidentes desafortunados y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

n. Manifestarse en contra de la creciente criminalización o responsabilidad penal de los actos médicos de parte de los tribunales.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006

## INTRODUCCIÓN

1. La tecnología de reprodución asistida abarca una amplia variedad de técnicas diseñadas principalmente para ayudar a las parejas que no pueden concebir sin asistencia médica. Desde el nacimiento del primer bebé probeta en 1978, más de un millón y medio de niños han nacido en el mundo con el tratamiento de fecundación in vitro.

2. El término tecnología de reproducción asistida incluye técnicas como la fecundación in vitro (FIV) y la inyección intracitoplásmica de esperma (ICSI). El término incluye todos los tratamientos con manipulación médica o científica de gametos y embriones humanos para producir un embarazo. (Aunque algunas legislaciones han considerado la inseminación artificial, la utilización de semen de donante o semen de la pareja del paciente, diferente, muchos de los problemas sobre la regulación relacionada con la obtención, almacenamiento, uso y eliminación de gametos y embriones están interrelacionados estrechamente). [En esta Declaración se excluyen los tratamientos como la inseminación artificial].

3. Las tecnologías de reproducción asistida plantean profundos problemas morales. Las opiniones y creencias sobre el estatus moral del embrión, que es esencial para la gran parte del debate en este ámbito, varían dentro y entre los países. La concepción asistida también está regulada de manera distinta en varios países. Aunque se puede lograr un consenso sobre algunos temas, existen diferencias fundamentales de opinión que no pueden solucionarse. Esta declaración identifica áreas de acuerdo y también destaca las materias en las que no se puede lograr un acuerdo. Los médicos que enfrentan estas situaciones deben cumplir con las leyes y regulaciones aplicables y también con las exigencias éticas y normas profesionales establecidas por la asociación médica nacional y otras organizaciones apropiadas en la comunidad.

4. Los médicos que participan en las tecnologías de reproducción asistida siempre deben considerar sus responsabilidades éticas hacia todo niño que pueda nacer como resultado del tratamiento. Si existe evidencia que un niño será expuesto a graves peligros, no se debe realizar el tratamiento.

5. Al igual que con todos los otros procedimientos médicos, los médicos tienen la obligación ética de limitar su práctica a las áreas en las que tengan los conocimientos y experiencia pertinentes y de respetar los derechos del paciente. Estos derechos incluyen la integridad física personal y la ausencia de coerción. En la práctica, esto significa que es necesario un consentimiento válido o real al igual que en todos los pro-

cedimientos médicos. La validez de este consentimiento depende de la suficiencia de la información ofrecida al paciente y de su libertad para tomar una decisión, incluida la ausencia de coerción o de otras presiones para decidir en una manera particular.

6. La concepción asistida es distinta del tratamiento de una enfermedad, ya que la imposibilidad de ser padres sin intervención médica no siempre es considerada una enfermedad. Aunque puede tener profundas consecuencias psicosociales y médicas no es en sí limitante de la vida. Sin embargo, es una importante causa de una enfermedad psicológica principal y su tratamiento es evidentemente médico.

7. La obtención de consentimiento informado de los que piensan seguir un tratamiento debe incluir la consideración de alternativas, inclusive la aceptación de no tener hijos, los riesgos asociados a las diversas técnicas y la posibilidad de fracaso. En muchas legislaciones, el proceso de obtención del consentimiento debe hacerse después de un proceso de entrega de información y del ofrecimiento de orientación, también puede incluir una evaluación del paciente en cuanto al bienestar del futuro niño.

8. Los pacientes que buscan tecnologías de reproducción asistida tienen derecho al mismo nivel de confidencialidad y privacidad que con cualquier otro tratamiento médico.

9. La concepción asistida siempre involucra la manipulación de gametos y embriones humanos. Las personas consideran esto con diferentes niveles de preocupación, pero por lo general se concuerda en que estas preocupaciones especiales deben enfrentarse con medidas de seguridad específicas para protegerse del abuso. En algunas legislaciones esto ha llevado a que todos los centros que manejen estos materiales deben pedir una licencia y demostrar el cumplimiento de normas muy estrictas.

## ÉXITO DE LAS TÉCNICAS

1. El éxito de las diversas técnicas puede variar mucho de un centro a otro. Los médicos tienen la obligación de presentar estimaciones de éxito realistas a los pacientes potenciales. Si éstas son muy diferentes de la norma actual, deben revelar este hecho a los pacientes. Los médicos también tienen la obligación de considerar las razones de esto, ya que pueden estar relacionadas con una mala práctica y si es así deben corregir las deficiencias.

## EMBARAZOS MÚLTIPLES

1. La transferencia de más de un embrión puede aumentar la probabilidad de implantación de al menos un embrión. Esto es compensado por el mayor riesgo, en especial de parto prematuro, en los embarazos múltiples. El riesgo de un embarazo de gemelos, aunque es más alto que en los embarazos simples, es considerado aceptable por la mayoría. Los médicos deben seguir el consejo profesional sobre el máximo de embriones a transferir por tratamiento. Si se produce un embarazo múltiple, se puede considerar una reducción embrionaria selectiva con base médica a fin de aumentar las posibilidades de que el embarazo siga su curso normal, cuando sea compatible con la legislación nacional y el código de ética.

## DONACIÓN

1. Algunos pacientes no pueden producir gametos utilizables. Necesitan óvulos o esperma de donantes. La donación debe ser orientada y controlada cuidadosamente para evitar abusos como la coerción de los donantes potenciales. No se debe pagar a los donantes con dinero o en especies (por ejemplo, tratamientos gratis o a menor costo) para instar a la donación, pero a los donantes se les puede reembolsar los gastos razonables.

2. Cuando un niño nace producto de una donación, se debe instar a las familias a hablar con él sobre esto, sin considerar si la legislación nacional permite o no que el niño tenga información sobre el donante. Es difícil guardar secretos en las familias y puede ser dañino para los niños si la información sobre la concepción del donante es revelada accidentalmente y sin una ayuda apropiada.

## DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE PREIMPLANTACIÓN (PGD)

1. El diagnóstico genético de preimplantación (PGD) puede realizarse en los embriones de pocos días para buscar la presencia de anomalías genéticas o cromosómicas, en especial las relacionadas con enfermedades graves y muertes prematuras y por otras razones, incluida la identificación de los embriones que tienen altas posibilidades de implantación existosa en las mujeres con múltiples abortos espontáneos. Los embriones con anomalías son descartados, sólo los embriones con complementos genéticos y cromosómicos aparentemente normales son implantados.

2. Ni esta técnica eficaz ni los medios más simples deben utilizarse por razones triviales, como la selección del sexo. La AMM considera que los médicos sólo deben participar en la selección del sexo para evitar una condición grave relacionada con el cromosoma del sexo, como la distrofia muscular de Duchenne.

3. El PGD también puede ser combinado con la compatibilidad de los antígenos leucocitarios humanos (HLA) para seleccionar embriones en base a que las células madre del cordón umbilical del niño fecundado podrían ser utilizada para tratar a un hermano con una enfermedad grave. Hay distintas opiniones sobre la aceptabilidad de esta práctica, los médicos deben seguir la legislación nacional y las normas éticas y profesionales locales, si se ven enfrentados a estas solicitudes.

## USO DE GAMETOS Y EMBRIONES EXTRAS Y ELIMINACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES NO UTILIZADOS

1. En la mayoría de los casos, la concepción asistida da como resultado la producción de gametos y embriones que no serán utilizados para tratar a los que los proporcionaron. Los llamados gametos y embriones extras pueden ser almacenados y congelados para un uso posterior o donados a otros pacientes o eliminados. Una alternativa a la eliminación, en los países que permiten la investigación en embriones, es la donación a centros de investigación. La opción escogida debe ser explicada de manera clara y precisa a las personas antes de realizar la donación o la extracción.

## MATERNIDAD SUBSTITUTA

1. En el caso de una mujer adulta que no pueda llevar un niño a término, el recurso al método de maternidad substituta es posible mientras este método no esté prohibido por las leyes vigentes o las normas éticas de la asociación médica nacional, o de otros organismos pertinentes. Se debe tener cuidado de proteger los intereses de las partes que participan en este método de maternidad substituta.

## INVESTIGACIÓN

1. Los médicos deben promover la importancia de la investigación con la utilización de los tejidos obtenidos durante los procedimientos de concepción asistida. Debido al estatus especial del material que se utiliza, la investigación sobre gametos humanos y en especial sobre embriones humanos está muy reglamentada en muchas legislaciones. Los médicos tienen el deber ético de cumplir con dicha reglamentación y contribuir al debate público y comprensión de este tema.

2. Debido a la naturaleza especial de los embriones humanos, la investigación debe ser controlada cuidadosamente y limitarse a los ámbitos en los que el uso de materiales alternativos no sea una opción adecuada.

3. Las opiniones y la legislación difieren en si los embriones pueden ser creados específicamente para la investigación o durante ésta. Los médicos deben respetar la legislación nacional y la orientación ética local.

## REEMPLAZO DEL NÚCLEO CELULAR

1. La AMM se opone al uso del reemplazo del núcleo celular con el objetivo de clonar a seres humanos.

2. El reemplazo del núcleo celular también puede ser utilizado para crear células madre embronarias para la investigación y finalmente, se espera, para terapia en muchas enfermedades graves. Existen diversas opiniones sobre la aceptabilidad de dicha investigación, los médicos que deseen participar en esta investigación deben asegurarse que respetan la legislación nacional y la orientación ética local.

## RECOMENDACIONES

1. La tecnología de reproducción asistida es un sector médico dinámico que se desarrolla con rapidez. Los avances deben ser sometidos a un cuidadoso estudio ético, al igual que el seguimiento científico.

2. Los gametos y embriones humanos reciben un estatus especial. Su utilización, incluida en la investigación, donación a otros y eliminación deben ser explicados cuidadosamente a los donantes potenciales y sometidos a la reglamentación nacional.

3. La investigación sobre embriones sólo debe realizarse si lo permite la legislación nacional y las normas éticas y debe limitarse a los ámbitos en los que otros materiales alternativos o el diseño computarizado no son una opción adecuada.

4. Los médicos deben seguir la orientación profesional sobre el máximo de embriones a transferir en cada tratamiento.

5. No se debe pagar a los donantes con dinero o en especies (por ejemplo, tratamientos gratis o a menor costo) para instar a la donación, pero a los donantes se les puede reembolsar los gastos razonables.

6. Las familias que utilizan embriones o gametos deben ser instadas y ayudadas a hablar abiertamente con el niño sobre el tema.

7. La selección del sexo sólo debe realizarse para evitar graves patologías médicas, incluidas las mortales.

8. Los médicos desempeñan un papel importante en la información en el debate público sobre las posibilidades de la concepción asistida y los límites que se aplican a esta práctica.

9. Los médicos deben cumplir con la legislación nacional y con los altos estándares normativos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA PANDEMIA DE GRIPE AVIAR

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

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 que aparecerá. El suministro adecuado de antivirales es clave para tratar a las poblaciones en riesgo y controlar una mayor propagación del brote.

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. Además, un nuevo virus pandémico se podría desarrollar si un ser humano se infecta simultáneamente con los virus de gripe aviar y humana, lo que resulta en un intercambio de genes y una nueva cepa del virus para la que pueda no haber inmunidad. 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.

Esta declaración junto con la Declaración sobre Epidemias y Pandemias proporciona orientación a las asociaciones 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.

## RECOMENDACIONES

### Gripe Aviar

En el caso de un brote de gripe aviar, se deben tomar las siguientes medidas:

- Evitar las fuentes de exposición cuando sea posible, ya que es la medida de prevención más eficaz.
- 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.

- Toda ave infectada/expuesta debe ser destruida y eliminar adecuadamente los cadáveres. Desinfectar rigurosamente las granjas o ponerlas en cuarentena.
- Mantener reservas de vacunas y fármacos antivirales para utilizar durante el brote de la gripe.
- Se pueden utilizar medicamentos antivirales, como inhibidores de la neuraminidasa.

**Preparación para una pandemia de gripe**

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 OMS debiera:

- 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.
- Monitorear y coordinar los procesos a través delos cuales los gobiernos comparten los materiales biológicos, incluidas las cepas de virus y otros, para facilitar la fabricación de vacunas y asegurar su acceso a nivel mundial.
- Comunicar lo más pronto posible información disponible sobre la actividad de la gripe a fin de permitir una respuesta oportuna.

Se insta a los gobiernos nacionales a elaborar un plan de acción nacional para abordar los siguientes puntos:

- Asegurar que exista capacidad local adecuada de diagnóstico y vigilancia para permitir un monitoreo continuo de la actividad de la gripe en el país.
- Considerar la capacidad de reacción de los hospitales, laboratorios e infraestructura de salud pública y mejorarla si es necesario.
- Identificar los marcos legales y éticos como también las estructuras de gobernanza relativas a la planificación de la pandemia.
- 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.
- 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.
- 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.

- Asegurar que los esfuerzos de diagnóstico y vigilancia sean continuos y que existan adecuadas reservas de vacunas y medicamentos antivirales.
- 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.
- La atribución de dosis de vacunas, antivirales y camas de hospital debe ser coordinada con los expertos.
- La prioridad de vacunación debe darse a los grupos de más alto riesgo, incluidos los que mantienen servicios básicos, incluidos los servicios de salud.
- Proporcionar orientación e información oportunas a los departamentos de salud regionales, organizaciones de salud y médicos.
- Prepararse para un aumento de la demanda de servicios de salud y la falta de profesionales de la 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. Esto puede incluir aprovechar la capacidad del sector privado cuando los recursos estatales son insuficientes.
- Asegurar que exista un financiamiento adecuado para la preparación y respuesta a una pandemia y también a sus consecuencias sanitarias y sociales.
- 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.
- Promover y financiar la investigación para desarrollar vacunas y tratamientos eficaces y de efectos duraderos contra la gripe.
- Fomentar la colaboración entre la medicina humana y la veterinaria en la prevención, la investigación y control de la gripe aviar.

Se insta a las asociaciones médicas nacionales a:

- 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.
- Ayudar a informar a la población sobre la pandemia de gripe aviar.
- 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.
- 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.
- 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.

- Instar al personal de la salud a protegerse a través de la vacunación.
- Elaborar sus propios planes de contingencia de organización para asegurar el apoyo continuo de sus miembros.

Médicos:

- Los médicos deben conocer suficientemente las pandemias de gripe y los riesgos de transmisión, incluida la epidemiología local, nacional e internacional.
- Los médicos deben implementar medidas de control de la infección y vacunación, a fin de proteger a su personal y a ellos mismos durante las pandemias de gripe y brotes de temporadas.
- Los médicos deben participar en la planificación y formación para la preparación de las pandemias de gripe locales/regionales.
- Elaborar planes de contingencia para enfrentar las posibles interrupciones de los servicios básicos y la falta de personal.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL VIH/SIDA Y LA PROFESIÓN MÉDICA

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. El VIH/SIDA, enfermedad crónica controlable, es una pandemia mundial que ha creado desafíos sin precedentes para los médicos y las infraestructuras de salud.

   Además de representar una asombrosa crisis de salud pública, el VIH/SIDA también es fundamentalmente un problema de derechos humanos.

   Muchos factores contribuyen a la propagación de la enfermedad, como la pobreza, la falta de vivienda, el analfabetismo, la prostitución, el tráfico de seres humanos, el consumo de drogas (substancias), el estigma y la discriminación y la desigualdad basada en el sexo.

   Estos factores sociales, económicos, legales y de derechos humanos no sólo afectan la dimensión de salud pública del VIH/SIDA, sino que también a los médicos/personal de salud y pacientes individualmente, sus decisiones y relaciones.

   Los esfuerzos para vencer a esta enfermedad también se ven limitados por la falta de recursos humanos y financieros disponibles en los sistemas de salud.

2. La discriminación contra los pacientes de VIH/SIDA de parte de los médicos es inaceptable y debe ser eliminada completamente de la práctica de la medicina.

   2.1 Todas las personas con VIH/SIDA tienen derecho a un apoyo, tratamiento y atención médica adecuadas con compasión y respeto por su dignidad humana.

   2.2 Es contrario a la ética para el médico rechazar el tratamiento de un paciente cuya condición esté dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es seropositivo.

   2.3 Las asociaciones médicas nacionales deben colaborar con los gobiernos respectivos, grupos de pacientes y organizaciones nacionales e internacionales pertinentes para asegurarse de que las políticas nacionales de salud prohíban de manera clara y explícita la discriminación contra las personas con VIH/SIDA, incluidos los grupos vulnerables, como hombres que tengan relaciones con hombres y personas transgénero.

   2.4 Las mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales con personas del mismo

sexo tienen un mayor riesgo de discriminación. Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias a fin de eliminar la discriminación para estos grupos desfavorecidos.

## ATENCIÓN MÉDICA APROPIADA/COMPETENTE

3. Los pacientes con VIH/SIDA deben recibir atención médica competente y apropiada en todas las etapas de la enfermedad.
4. Si un médico no puede proporcionar la atención y los servicios que necesitan los pacientes con VIH/SIDA, debe derivarlos oportunamente a los médicos o establecimientos que tengan los equipos para prestar dichos servicios. Hasta que se realice el traspaso, el médico debe atender al paciente.
5. Todos los médicos deben poder sospechar oportunamente e identificar las infecciones comunes y oportunistas, como la tuberculosis, infecciones fúngicas en los pacientes con VIH/SIDA y también VIH/SIDA sospechoso en presencia de estas infecciones, en especial en las personas a alto riesgo como los consumidores de drogas.

   Deben oportunamente poder aconsejar al paciente sobre la relación entre estas infecciones con la infección del VIH.
6. Los médicos y otros organismos profesionales apropiados deben asegurarse que los pacientes tengan una información precisa sobre los medios de transmisión del VIH/SIDA y las estrategias para protegerse de la infección.

   Se deben tomar medidas innovadoras para asegurar que todos los miembros de la población y los grupos a riesgo en particular sean informados para este efecto.

   La información pública y las estrategias deben reconocer que todos están en riesgo y tartar de explicar métodos para disminuirlo.
7. Los médicos deben poder aconsejar eficazmente a todos los pacientes seropositivos sobre la actitud responsable que deben adoptar para evitar la propagación de la infección  sus parejas y la prevención de las infecciones oportunistas.
8. Los médicos deben reconocer que mucha gente todavía piensa que el VIH/SIDA es una condena a muerte automática, por lo que no desea hacerse un examen.

   Los médicos deben asegurarse que los pacientes tengan información precisa sobre las opciones de tratamiento disponibles.

   Los pacientes deben entender el potencial y la necesidad de comenzar temprano el tratamiento antirretroviral (TARV) para mejorar no sólo su condición médica, sino que también la calidad de sus vidas. La nueva estrategia es examinarse y tratarse.

   Un TARV eficaz puede extender mucho el período en el que los pacientes pueden llevar una vida productiva sana, funcionando socialmente y en su lugar de trabajo y manteniendo su independencia.

   El VIH/SIDA es ahora una condición crónica manejable.

   Para el TARV se deben seguir  y las AMNs deben promover las normas de la OMS, en base a la práctica/evidencia, específicas para cada país.

9. Los médicos deben ser conscientes de que la mala información sobre los aspectos negativos del TARV ha creado resistencia al tratamiento de parte de los pacientes en algunas áreas. Cuando se difunda una mala información sobre el TARV, los médicos y las asociaciones médicas deben tener como prioridad inmediata el requerir públicamente la fuente de la mala información y trabajar con la comunidad afectada de VIH/SIDA para contrarrestar los efectos negativos de esta mala información.
10. Los médicos deben incitar la participación de redes de apoyo para ayudar a que los pacientes sigan el tratamiento ARV. Con el consentimiento del paciente, se debe proporcionar consejo y formación a los familiares a fin de ayudarlos a prestar atención
11. Los médicos deben ser conscientes de las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA que están generalizadas en la sociedad y la cultura. Puesto que los médicos son los primeros y a veces los únicos en conocer la condición VIH de los pacientes, ellos deben poder aconsejar a los pacientes sobre sus derechos sociales y legales básicos y responsabilidades o bien enviarlos a consejeros especialistas en los derechos de las personas con VIH/SIDA.
12. El médico debe conocer las normas actuales de prescripción disponibles sobre profilaxis pre y post exposición para cualquier paciente y personal de salud que pueda haber estado expuesto al VIH.

## EXÁMENES

13. Se debe exigir el examen obligatorio del VIH para la donación de sangre y los componentes sanguíneos destinados a la donación o a la elaboración de productos sanguíneos, los órganos y otros tejidos para trasplantes y el semen u óvulos recolectados para procedimientos de reproducción asistida.

    Se deben fomentar las nuevas tecnologías que son más sensibles, específicas y que reducen el período de detección del VIH, como el examen del ácido nucleico (EAN).
14. El examen obligatorio del VIH realizado en una persona contra su voluntad es una violación de la ética médica y los derechos humanos.
15. Los médicos deben explicar con claridad el propósito de un examen de VIH, las razones que lo recomiendan y las consecuencias de un resultado positivo.

    Antes de realizar un examen el médico debe tener un plan de acción en caso de obtener un resultado positivo. Se debe obtener el consentimiento informado del paciente antes de llevar a cabo el examen.
16. Aunque algunos grupos son catalogados de «alto riesgo», toda persona que ha tenido una relación sexual sin protección debe considerarse en riesgo.

    Los médicos deben tener la iniciativa de recomendar el examen a los pacientes, basado en el entendimiento mutuo del nivel de riesgo y el potencial de beneficiarse con el examen. Se debe ofrecer habitualmente el examen de VIH a las mujeres embarazadas y a las que resulten seropositivas se les debe ofrecer consejos inmediatamente y ofrecer el tratamiento TARV (al diagnóstico) a fin de evitar la transmisión del virus al feto y tratamiento de éste si es seropositivo.

17. El examen voluntario anónimo del VIH debe estar disponible para toda persona que lo solicite, junto con mecanismos de apoyo para después del examen.

## PROTECCIÓN CONTRA EL VIH EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

18. Los médicos y el personal de salud tienen derecho a un ambiente de trabajo seguro. Especialmente en los países en desarrollo, el problema de la exposición laboral al VIH ha contribuido a los altos índices de desgaste de la fuerza laboral de salud. En algunos casos, los empleados se infectan con el VIH y en otros casos, el temor a la infección lleva al personal de salud a dejar sus trabajos voluntariamente. Esta causa también produce que el personal de salud se niegue a tratar pacientes con VIH/SIDA. De igual modo, los pacientes tienen derecho a estar protegidos al máximo del contagio de VIH del personal de salud y en instituciones de salud.

    18.1 Se deben implementar procedimientos adecuados de control de infecciones y precauciones universales compatibles con la mayoría de las normas nacionales e internacionales actuales, según corresponda, en todos los establecimientos de salud. Esto incluye procedimientos para el uso de TARV preventivo y oportuno para los profesionales de salud que han estado expuestos al VIH.

    18.2 Si no hay dispositivos de seguridad apropiados para proteger a los médicos o los pacientes de la infección, los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben tomar medidas para corregir esta situación.

    18.3 Los médicos que estén infectados con el VIH no deben tomar parte en ninguna actividad que cree un riesgo de transmisión de la enfermedad a otros.

    En el contexto de una posible exposición al VIH, la actividad en la que el médico desee participar será el factor de control.

    Pueden existir normas acordadas a nivel nacional, en caso comtrario un grupo de expertos apropiado o comité de personal de la salud deben establecerlas.

    18.4 Al prestar atención médica, si existe riesgo de transmisión de una enfermedad infecciosa del médico al paciente, la información de ese riesgo al paciente no es suficiente; los pacientes tienen derecho a esperar que sus médicos no aumenten su exposición al riesgo de contraer una enfermedad infecciosa.

    18.5 Si no existe riesgo, la revelación de la condición médica del facultativo a sus pacientes no servirá ningún propósito práctico.

    18.6 El médico debe conocer las normas profesionales actuales para la profilaxis después de exposición del personal de la salud en caso de cualquier exposición accidental al VIH.

## PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA NOTIFICACIÓN

19. El miedo al estigma y la discriminación es la fuerza que mueve la propagación del VIH/SIDA. Las repercusiones sociales y económicas de ser identificado como

infectado son devastadoras e incluyen la violencia, rechazo de la familia y los miembros de la comunidad, pérdida de vivienda y de empleo.

La normalización de la presencia del VIH/SIDA en la sociedad a través de la educación pública es la única manera de disminuir las actitudes y prácticas discriminatorias. Hasta que esto se logre a nivel mundial o se encuentre un remedio, las personas que pueden estar infectadas pueden negarse a someterse a un examen para evitar las consecuencias.

Los efectos de que las personas no sepan su situación con respecto al VIH no sólo son desastrosos a nivel personal puesto que no reciben tratamiento, sino que también tiene altos índices de transmisión de la enfermedad que son evitables.

El miedo a la entrega no autorizada de información también representa una falta de incentivo para tomar parte en la investigación del VIH/SIDA y, por lo general, afecta la eficacia de los programas de prevención. La falta de confianza en la protección de la información médica personal sobre la situación del VIH es una amenaza para la salud pública en el planeta y constituye un factor principal en la propagación continua del VIH/SIDA. Al mismo tiempo, en ciertas circunstancias, el derecho a la privacidad debe equilibrarse con el derecho de las parejas (sexuales y de inyección de drogas) de las personas con VIH/SIDA a ser informadas de su posible infección. La falta al no informar a las parejas no sólo viola sus derechos, sino que produce los mismos problemas de salud de una transmisión evitable y atraso en el tratamiento.

20. Todos los principios y deberes éticos estándares relacionados con la confidencialidad y la protección de la información de salud de los pacientes, estipulados en la Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente, se aplican de igual manera para el VIH/SIDA. Además, las asociaciones médicas nacionales y los médicos deben considerar las circunstancias especiales y obligaciones (descritas a continuación) relativas al tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA.

    20.1 Las asociaciones médicas nacionales y los médicos deben, como prioridad, asegurarse que los programas de educación pública, prevención y orientación del VIH/SIDA contengan información explícita sobre la protección de la información del paciente, no sólo por el aspecto de la ética médica, sino por el derecho humano a la privacidad.

    20.2 Se necesitan dispositivos de seguridad especiales cuando la atención de casos de VIH/SIDA incluye un equipo separado físicamente, con servicios a domicilios, familiares, consejeros, personal del caso u otros que necesitan información médica para prestar una atención completa y ayudar a aplicar los tratamientos. Además de la implementación de mecanismos de protección en la transmisión de información, se debe entregar una formación ética sobre la privacidad del paciente a todos los miembros del equipo.

    Muchos países tienen legislación específica para proteger la privacidad de las personas seropositivas. Otros pueden considerar lo mismo.

    20.3 Los médicos deben hacer todo lo posible para convencer a los pacientes con

VIH/SIDA de avisar a todas sus parejas (sexuales o de inyección de drogas) sobre la exposición y posible infección. Los médicos deben ser competentes al aconsejar a los pacientes sobre las opciones para dar aviso a sus parejas. Estas opciones deben incluir:

20.3.1 Aviso a la pareja(s) por parte del paciente. En este caso, el paciente debe recibir consejos sobre la información que se debe entregar a la pareja y las estrategias para transmitirla con sensibilidad y de manera que sea entendida fácilmente. Se debe preparar un programa para comunicar el aviso y el médico debe realizar un seguimiento del paciente a fin de asegurarse que se ha dado el aviso.

20.3.2 Aviso a la pareja(s) por parte de terceros. En este caso, el tercero debe hacer todo lo posible para proteger la identidad del paciente.

20.4 Cuando todas las estrategias para convencer al paciente de que tome estas medidas hayan sido agotadas y si el médico conoce la identidad de la pareja(s) del paciente, el médico puede estar obligado, ya sea por la ley o por su conciencia, a tomar medidas y avisar a la pareja(s) de su potencial infección. Según el sistema existente, el médico dará aviso directamente a la persona en riesgo o entregará la información a una autoridad designada responsable de dar el aviso.

Los médicos deben conocer las leyes y regulaciones de la jurisdicción donde ejercen. En los casos en que el médico haya decidido revelar la información sobre la exposición, el médico debe:

20.4.1 informar al paciente de sus intenciones,

20.4.2 hasta donde sea posible, asegurar que la identidad del paciente sea protegida,

20.4.3 tomar las medidas apropiadas para proteger la seguridad del paciente, en especial en el caso de una mujer que sea vulnerable a la violencia intrafamiliar.

20.5 Sin considerar si es el paciente, el médico o un tercero que da el aviso, a la persona que conozca su potencial infección se le debe ofrecer apoyo y ayuda para que tenga acceso a los exámenes y al tratamiento.

20.6 Las asociaciones médicas nacionales deben formular normas para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre la notificación. Estas normas deben ayudar a los médicos a comprender los requisitos legales y las consecuencias de las decisiones, al igual que los aspectos médicos, psicológicos, sociales y éticos.

20.7 Según la legislación local y nacional que exige informar las nuevas infecciones de VIH, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones oportunistas, los médicos deben proteger la privacidad y la confidencialidad de todos los pacientes y mantener los niveles más altos de ética.

20.8 Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con los gobiernos para asegurarse que los médicos que cumplen con su obligación de notificar a las personas en riesgo, y que toman precauciones para proteger la identidad de sus pacientes, cuenten con la protección legal adecuada.

## EDUCACIÓN MÉDICA

21. Las asociaciones médicas nacionales deben ayudar en la formación y educación de médicos en las estrategias de prevención y los tratamientos más actuales disponibles para todas las etapas del VIH/SIDA e infecciones relacionadas, incluidas la prevención y la ayuda.
22. Cuando sea apropiado, las asociaciones médicas nacionales deben colaborar con las ONGs y las organizaciones comunitarias, insistir y cuando sea posible ayudar en la educación de los médicos en los aspectos psicológico, legal, cultural y social del VIH/SIDA.
23. Las AMNs deben apoyar totalmente los esfuerzos de los médicos que desean concentrar su experiencia en la atención del VIH/SIDA, incluso cuando esta enfermedad no esté reconocida como una especialidad o subespecialidad oficial en el sistema de educación médica.
24. La AMM insta a sus asociaciones médicas nacionales a promover la inclusión de cursos designados y completos sobre el VIH/SIDA en los programas de educación médica de pre y postgrado, al igual que en la educación médica continua.

## INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIH/SIDA CON OTRAS ACTIVIDADES DE MANEJO DE LAS ETS

25. Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar a los gobiernos a integrar los servicios de curación y prevención del VIH/SIDA con otras actividades de manejo de las ETS de manera integral.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La educación médica consiste en la enseñanza médica universitaria, de postgrado y desarrollo profesional continuo. La enseñanza médica es un proceso dinámico que comienza al principio de la enseñanza médica universitaria (escuela de medicina) y continúa hasta que el médico se retira del ejercicio activo. Su objetivo es preparar a los médicos en ejercicio para aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano y en el alivio de los síntomas. Todos los médicos tienen una responsabilidad consigo mismo, la profesión y sus pacientes para mantener un alto nivel de la educación médica.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

2. La educación médica consiste en una formación destinada a asegurar que los médicos adquieran las competencias, habilidades y aptitudes que les permitan ejercer profesional y éticamente al más alto nivel. Todos los médicos, la profesión como un todo, las facultades de medicina y otras instituciones docentes, así como el Gobierno, comparten la responsabilidad de garantizar el alto nivel y la calidad de la enseñanza médica a lo largo de este proceso.

## I. EDUCACIÓN MÉDICA UNIVERSITARIA

3. La finalidad de la educación médica universitaria es asegurar que los estudiantes en medicina hayan adquirido los conocimientos, experiencia y conducta profesional que los preparen para elegir entre una gran variedad de carreras que incluye, aunque sin restricción, la atención de pacientes, la investigación clínica fundamental, liderazgo y gestión o la docencia médica. Cada una de estas carreras exige una formación complementaria a la requerida para el primer diploma profesional.

4. En la escuela de medicina, los conocimientos, experiencia y conducta profesional que los estudiantes deben adquirir deben estar basados en la opinión profesional de la facultad y consejos de acreditación y responder a las necesidades de salud de la región o el país. Estas decisiones tendrán un impacto en la selección de estudiantes, la elaboración y contenido del currículo, el sistema de evaluación de estudiantes y la apreciación de si la escuela ha logrado sus objetivos. Estas decisiones también deben estar sujetas a las normas pertinentes, las necesidades de equidad y accesibilidad y la diversidad y la inclusión en la fuerza laboral médica.

## II. SELECCIÓN DE ESTUDIANTES

5. Antes de ingresar a la escuela de medicina, los estudiantes de medicina deben haber adquirido una amplia educación idealmente con una base en las artes, humanidades y ciencias sociales, al igual que la biología y la física. La selección de estudiantes de medicina debe hacerse de acuerdo con su capacidad intelectual, motivación por la medicina, formación previa pertinente, personalidad e integridad. El proceso de selección para los estudiantes no debe ser discriminatorio y debe reflejar la importancia de la creciente diversidad en la fuerza liberal médica. La escuela de medicina también debe considerar su misión en la elaboración de los requisitos de admisión.

6. En un determinado país o región, debe haber una cantidad suficiente de estudiantes de medicina para satisfacer las necesidades locales y regionales. Las asociaciones médicas nacionales (AMNs) y los gobiernos nacionales deben colaborar para limitar las barreras económicas que impiden que personas cualificadas ingresen a una escuela de medicina y terminen sus estudios.

### 7. Currículo y evaluación

7.1 El programa educacional de una escuela de medicina debe estar basado en los objetivos de programa educacional elaborado en respuesta a las necesidades en salud de la región o el país. Estos objetivos deben utilizarse en la selección del contenido del currículo, la creación de un sistema de evaluación de alumnos y las apreciaciones de si la facultad ha logrado sus objetivos educacionales, sujeto a las normas reguladoras y educacionales pertinentes.

7.2 El currículo médico debe equipar al estudiante con una amplia base de conocimientos médicos. Esto incluye las ciencias biológicas y del comportamiento, como también las socio económicas de la salud, los determinantes sociales de la salud y la salud pública y de la población. Estas disciplinas, junto con la ciencia médica básica, son centrales para comprender y practicar la medicina clínica. La AMM recomienda que el contenido relacionado con la ética médica y los derechos humanos debe ser un requisito principal del currículo médico . El estudiante también debe ser introducido a los principios y la metodología de la investigación médica y cómo se utilizan los resultados de la investigación en la práctica clínica. Los estudiantes deben tener oportunidades, si lo desea o requiere la escuela de medicina, para participar en investigación. Las aptitudes cognitivas del aprendizaje autónomo, la reflexión crítica y la solución de problemas de medicina deben incluirse tempranamente en el currículo médico para preparar a los estudiantes a la formación clínica.

7.3 Antes de comenzar su práctica independiente, todo médico debe completar un programa formal de educación clínica supervisada. En la educación médica universitaria, las experiencias clínicas deben ir de atención primaria a terciaria en un contexto hospitalario y ambulatorio, como los hospitales universitarios, hospitales comunitarios, clínicas, consultas médicas y otros establecimientos de salud. El componente clínico de la educación médica universitaria debe utilizar

un modelo de formación con objetivos definidos y debe incluir experiencias directas en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, con un aumento gradual en la responsabilidad del estudiante, basada en su demostración de los conocimientos y experiencia pertinentes. Las experiencias y formación en equipos interprofesionales que prestan atención colaborativa a pacientes es importante en la preparación de los estudiantes de medicina para la práctica.

7.4 La facultad de la escuela de medicina tiene la responsabilidad de asegurar que los estudiantes que se han graduado y recibido su primer grado profesional hayan adquirido una comprensión básica de la medicina clínica, tengan las destrezas básicas necesarias para evaluar problemas clínicos y tomar medidas apropiadas y demuestren actitudes y carácter para ser un médico con ética. El sistema de evaluación en una escuela de medicina debe incluir métodos apropiados y válidos para asegurarse que todos los graduados hayan logrado cada una de estas expectativas. Sería útil que las escuelas de medicina tuvieran acceso a personas con experiencia en la evaluación de estudiantes, ya sea de la escuela de medicina o de otros sectores.

## 8. Apoyo al estudiante

8.1 Los estudiantes de medicina deben recibir apoyo académico y social, como orientarlos en problemas personales y programas de apoyo al bienestar, para ayudarlos a cumplir con las exigencias de la escuela de medicina. El apoyo académico incluye la tutoría y orientación para administrar el estudio y el tiempo. El apoyo social incluye el acceso a actividades que promuevan su bienestar físico y mental, al igual que a servicios de salud general y mental. Se debe disponer de tutores y consejeros para ayudar a los estudiantes a elegir su especialidad y planificar su carrera.

## 9. La Facultad y recursos institucionales

9.1 La formación médica universitaria debe ser impartida por personal apropiado, incluida una facultad que tenga calificaciones académicas adecuadas que solamente pueden obtenerse a través de la formación profesional y la experiencia. Debe existir una cantidad suficiente de facultades para cumplir con la misión educacional, investigativa y otras de la escuela de medicina. El proceso de la selección de la facultad no debe ser discriminatorio. La facultad debe tener un compromiso formal con la escuela de medicina, como el nombramiento de la facultad, y ser parte y estar sujeta a la gobernanza de la escuela de medicina y sus estructuras departamentales.

9.2 La facultad de una escuela de medicina tiene la responsabilidad de elaborar el currículo médico y el sistema de evaluación de los estudiantes. Como tal, los objetivos del programa educacional, el contenido y el formato del currículo y la evaluación del currículo son responsabilidades de la facultad. La facultad debe revisar el currículo con frecuencia, idealmente con las estadísticas de los resultados de los estudiantes y el aporte de los estudiantes, graduados y la comunidad en ejercicio. Por otro lado, la facultad debe evaluar de manera regular

la calidad de cada elemento del programa educacional y del programa como un todo a través de los comentarios de los estudiantes y los pares. Las escuelas de medicina deben ofrecer oportunidades de desarrollo de la facultad para apoyar la adquisición y mantenimiento de competencias en enseñanza y evaluación, de manera que puedan cumplir con sus responsabilidades en el programa de educación médica y las habilidades de diseño del currículo.

9.3 Las escuelas de medicina deben asegurar un ambiente académico en el que el aprendizaje y las exigencias sean alentados, incluidos programas de investigación institucional activos para avanzar en los conocimientos médicos y la calidad de la atención. Las escuelas de medicina deben prestar apoyo para enriquecer sus competencias y participar en la investigación independiente o colaborativa.

9.4 Además de una cantidad suficiente de facultades bien preparadas, las escuelas de medicina deben asegurarse que existan recursos de bibliotecas y de tecnología de información, salas de clases, laboratorios de investigación, clínicas y salas de estudio en cantidad suficiente para responder a las necesidades de todos los estudiantes. Se debe contar con una estructura administrativa de apoyo para cosas como mantenimiento y registro de los expedientes académicos.

**10. Financiamiento de la educación médica**

10.1 Los gobiernos nacionales y las escuelas de medicina colaboran para crear mecanismos de financiamiento que apoyen la educación médica universitaria. Es necesario el apoyo a cada estudiante y a las escuelas de medicina. Deben existir recursos económicos suficientes para que las escuelas de medicina eduquen a la cantidad de estudiantes de medicina requerida para satisfacer las necesidades en salud a nivel nacional o regional.

## III. EDUCACIÓN MÉDICA DE POSTGRADO

11. El estudiante graduado de una institución que imparte educación médica universitaria debe seguir un programa de formación avanzada con base clínica antes de ser autorizado legalmente a ejercer independientemente la medicina y si lo requiere obtener su licencia para ejercer. La educación médica post universitaria, segunda fase de la educación médica, prepara al médico para ejercer una disciplina o especialidad médica y se centra en competencias específicas necesarias para la práctica en dicha especialidad.

12. Los programas de educación médica post universitaria, también llamados programas de residencia, incluyen experiencias educacionales que apoyan la adquisición de conocimientos y experiencia características de la especialidad. Según la especialidad, los programas de postgrado utilizan una variedad de contextos clínicos hospitalarios y ambulatorios, incluidos hospitales, clínicas y otras instituciones de salud. La educación de los residentes debe combinar un currículo didáctico estructurado con actividad clínica que incluya el diagnóstico y la gestión de pacientes bajo niveles apropiados de supervisión. Un programa de residencia debe asegurar que cada residente tenga oportunidad de tratar a una cantidad adecuada de pacientes, a fin de adquirir

experiencia en las condiciones que caracterizan la especialidad. Estas experiencias clínicas deben darse en establecimientos con atención de alta calidad, ya que la calidad de la educación y la calidad de la atención de pacientes son interdependientes y se deben buscar de manera que se realcen entre ellas.

13. Se debe mantener un equilibrio justo de manera que los residentes no deban satisfacer las necesidades del servicio a costa de su educación. El programa de residencia debe aumentar la enseñanza del residente y su experiencia de liderazgo, como su capacidad de contribuir al mejoramiento continuo. El programa de residencia también debe ofrecer oportunidades para una actividad escolar destinada a favorecer el pensamiento científico y crítico, la solución de problemas clínicos y la aptitud de continuar a aprender durante toda la vida. Estas oportunidades serán introducidas durante la educación médica universitaria y deben reforzarse en la residencia, a fin de preparar y motivar al residente a ejercer sus competencias durante la práctica. Además, se debe mantener un equilibrio adecuado entre el trabajo clínico, la educación y la vida personal.

14. Durante el programa de residencia el residente asume progresivamente más responsabilidad en la atención de pacientes basada en su crecimiento individual en experiencia clínica, conocimientos y aptitudes. Permitir que el residente asuma más responsabilidad requiere un sistema de evaluación para monitorear el aumento de conocimientos y aptitudes del residente en el tiempo. También es necesario un proceso para determinar de forma concluyente que un residente está preparado para comenzar su práctica médica independiente.

15. La educación médica de postgrado se debe dar en instituciones acreditadas o con calidad revisada.

## IV. DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

16. El desarrollo profesional continuo* (DPC) se define como las actividades que mantienen, adquieren o aumentan los conocimientos, la experiencia y el rendimiento profesional y las relaciones que el médico utiliza a diario para prestar servicios a los pacientes, al público o a la profesión. El DPC puede incluir actividades como participación en asociaciones médicas nacionales o regionales, trabajo en comités de hospitales o prácticas de grupo, enseñanza, tutorías y participación en educación en su especialidad elegida o más ampliamente en la medicina.

17. Uno de los componentes de la DPC es la educación médica continua (EMC) en la que el médico participa en actividades educacionales relacionadas con la medicina. El médico debe continuar su educación médica a lo largo de su carrera, incluida la adquisición de nuevos conocimientos y experiencia en respuesta a descubrimientos científicos y la introducción de nuevos tratamientos. Estos programas educacionales son indispensables para que el médico esté al corriente del progreso de la medicina clínica y de la atención médica y siga manteniendo los conocimientos y la experiencia necesarias para prestar una atención de alta calidad. En muchas jurisdicciones la EMC se define como una especialidad y puede ser requisito para la licencia médica.

18. El objetivo de la educación médica continua es mantener en general al médico competente. Las escuelas de medicina, los hospitales y las sociedades profesionales comparten la responsabilidad de desarrollar programas de desarrollo profesional continuo, incluida la educación médica continua, y de ponerlos a disposición de todos los médicos.

**RECOMENDACIONES**

19. La demanda para que los médicos presten atención médica, realicen prevención de las enfermedades y proporcionen asesoría en materia de salud a los pacientes, al público y los legisladores exige el más alto nivel de enseñanza médica universitaria, post universitaria, así como de desarrollo profesional continuo. Las recomendaciones son las siguientes:

    19.1 Que la AMM inste a las AMNs, gobiernos y otros grupos de interesados a participar en la planificación de una educación médica permanente de alta calidad a nivel nacional informada y que responda a las necesidades en salud de la población.

    19.2 Que la AMM inste a las AMNs a trabajar con las escuelas de medicina en la planificación y promoción de creación de facultades, a fin de aumentar las competencias de los profesores y los investigadores.

    19.3 Que la AMM inste a las AMNs y los gobiernos a dialogar para financiar las escuelas de medicina y los programas post universitarios, a fin de disponer de una cantidad suficiente de médicos bien formados que respondan a las necesidades en salud del país.

    19.4 Que las AMNs y los gobiernos colaboren para limitar las barreras económicas que impiden a las personas cualificadas ingresar a una escuela de medicina y completar sus estudios.

    19.5 Que la AMM inste a las AMNs a ofrecer oportunidades, de manera individual o colectiva, a los médicos de desarrollo profesional continuo y educación médica continua.

---

* Nota sobre terminología: Hay diferentes usos del término “Desarrollo profesional continuo” (DPC). Una manera de describirlo es: son todas las actividades que contribuyen al desarrollo profesional de un médico, incluida la participación en medicina organizada, trabajo de comité en hospitales o prácticas de grupo, enseñanza, tutoría y lectura, para nombrar sólo algunas. Uno de los componentes del DPC debe ser la Educación Médica Continua que en muchas jurisdicciones se define de manera especial y posiblemente es necesaria para la licencia.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA FUNCIÓN DEL MÉDICO EN LA OBESIDAD

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es uno de los problemas más importantes en salud que el mundo tiene en el siglo XXI, que afecta a todos los países y grupos socio-económicos y representa un uso importante de los recursos de salud.

La obesidad infantil es una preocupación creciente y se está convirtiendo en una epidemia en aumento.

La obesidad tiene causas complejas que están relacionadas con los cambios económicos y sociales producidos en la sociedad, incluido el ambiente proclive a la obesidad en el que vive la mayoría de la población.

Por lo tanto, la AMM insta a que los médicos utilicen su papel de líderes para defender que las autoridades nacionales de salud reconozcan que la disminución de la obesidad debe ser una prioridad con políticas apropiadas a la cultura y la edad con la participación de médicos y otros sectores clave.

## LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL RECOMIENDA QUE LOS MÉDICOS:

- Lideren un cambio en la sociedad que ponga el debido énfasis en contextos que promuevan la alimentación sana y la actividad física regular para todos, con un enfoque especial en los niños.
- Expresen preocupación, en forma individual y a través de sus asociaciones médicas, ya que el exceso de televisión y de juegos de video son impedimentos para la actividad física de los niños y adolescentes en muchos países.
- Insten a las personas a optar por lo sano y aconsejen a los padres a ayudar a sus niños a hacer lo mismo.
- Reconozcan la función de toma de decisiones personales y la influencia adversa ejercida por el ambiente actual.
- Reconozcan que la recopilación y evaluación de información puede contribuir al manejo basado en evidencia y que debe ser parte de exámenes y evaluación médica de rutina durante toda la vida.
- Promuevan el desarrollo de aptitudes que insten a estilos de vida sanos en todas las

personas y contribuyan a un mejor conocimiento de dietas saludables, ejercicio y los peligros del consumo excesivo de tabaco y alcohol.

- Aboguen para incluir a profesionales con formación adecuada en establecimientos educacionales para destacar la importancia de la educación sobre estilos de vidas sanos desde una edad temprana.
- Contribuyan al desarrollo de mejores instrumentos de evaluación y bases de datos que permitan intervenciones mejor dirigidas y evaluadas.
- Asegurarse que la obesidad, sus causas y manejo son parte de programas de desarrollo profesional continuo para el personal de salud, incluidos los médicos.
- Utilicen terapias con medicamentos y cirugía bariátrica consistentes con las normas basadas en evidencia y una evaluación de los riesgos y beneficios asociados a dichas terapias.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS MÉDICOS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS Y OPIADAS

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

Las drogas opiáceas y psicotrópicas son herramientas terapéuticas valiosas cuando se utilizan de manera apropiada, cuando son indicadas médicamente, para una variedad de síntomas y condiciones. La AMM ha pedido una mayor prestación del tratamiento del dolor en su resolución sobre el Acceso a un Tratamiento Adecuado del Dolor (Montevideo, Uruguay, octubre 2011). Lamentablemente, el uso no clínico de estas substancias adictivas es un grave problema en todo el mundo. La adicción a las drogas es un problema social, económico y legal complejo y también una amenaza para la salud pública y la seguridad en el planeta. Afecta a gente de todas las clases sociales y esferas económicas. Además de exponerse a riesgos directos para la salud relacionados con el uso inapropiado de estas substancias, las personas adictas a las drogas pueden tener una conducta de alto riesgo, como el compartir agujas y tener actividad sexual sin protección, muchos recurren a acciones delictivas para financiar su cara adicción. Estos factores aumentan la transmisión de infecciones virales, como la hepatitis B y C y el VIH/SIDA, tanto para los adictos como para los que no se drogan. Otras consecuencias de la adicción incluye la incapacidad de mantener un empleo o funcionar en la vida social o familiar.

Las ramificaciones del consumo no médico de drogas, que es ilegal en la mayoría de los países, por lo general ayuda muy poco a los adictos a liberarse de su adicción. A pesar de los programas de drogas que existen en muchos centros correccionales, los reclusos muy a menudo tienen acceso a substancias ilegales y en realidad algunos usuarios comienzan su adicción en esos establecimientos. Por lo tanto, la sociedad y la profesión de la salud deben abordar este tema.

La Asociación Médica Mundial, preocupada por el mal uso generalizado de las drogas psicotrópicas u opiadas, insta a los médicos a dar prioridad a este problema en la práctica de la medicina y ha elaborado las siguientes normas:

## PRINCIPIOS

### *Prácticas de Prescripción Responsables*

Los médicos deben conocer las propiedades adictivas de ciertas drogas psicotrópicas y opiáceas, que deben ser prescritas con la mayor moderación y observando las indicaciones médicas más estrictas posibles. Los médicos deben tomar todas las medidas necesarias

para asegurarse que estén totalmente informados sobre los efectos de estas drogas. Esto incluye la revisión de la investigación actualizada sobre la dosis, eficacia potencial para condiciones específicas, posibles efectos secundarios e interacciones farmacológicas y frecuencia del mal uso.

Cuando estas drogas son prescritas médicamente, su uso debe ser controlado con cuidado para asegurarse que el paciente sigue estrictas instrucciones sobre la dosis, frecuencia y cualquier otro factor asociado con el uso seguro de la droga específica. Se deben tomar todas las medidas adecuadas a fin de evitar el almacenamiento, la reventa u otro uso ilícito de la droga.

Los pacientes deben ser ampliamente informados de todos los efectos terapéuticos y no terapéuticos potenciales de las drogas psicotrópicas y opiáceas, incluida la posibilidad de adicción y deben tomar la decisión de usarlas. Ningún paciente debe ser forzado a tomar una droga psicotrópica contra su voluntad.

Los médicos deben conocer los factores no médicos que pueden predisponer a los pacientes a la adicción. Estos pueden incluir, entre otros, la historia familiar, adicciones pasadas, traumas emocionales, depresión u otras condiciones mentales y presión de los pares, en especial entre los jóvenes.

Los médicos deben aprender a reconocer a los «buscadores de droga», pacientes adictos que tratan de obtener drogas psicotrópicas y opiáceas bajo pretextos médicos falsos. A menudo los buscadores de droga consultan a más de un médico a fin de obtener varias prescripciones. En casos extremos, los buscadores de droga pueden producirse daños para crear síntomas y obtener una prescripción. Todas las condiciones y síntomas de un paciente deben verificarse clínicamente, hasta donde sea posible, y deben mantenerse registros meticulosos sobre el historial de medicamentos de los pacientes. Si se dispone de bases de datos con información de las drogas del paciente y sus prescripciones, deben ser consultadas.

Cuando los médicos prescriban substancias psicotrópicas u opiáceas a menores, deben asegurarse que los padres o responsables del paciente sean informados del posible mal uso de la droga e instarlos a vigilar al niño para estar seguros que se siguen las instrucciones del médico. Se debe informar a los padres o responsables que en algunos países es cada vez más habitual que los niños vendan las drogas a sus pares.

***Terapia sin fármacos para los adictos a drogas opiadas y psicotrópicas***

Los médicos deben conocer todas las opciones de tratamiento sin fármacos para los adictos a las drogas opiáceas y psicotrópicas, incluidos los programas con hospitalización y ambulatorios y las comunidades terapéuticas, en las que los adictos que se recuperan viven en un entorno sin drogas. La mayoría de los programas de tratamiento están enfocados en interrumpir el ciclo de dependencia de la droga a través de la desintoxicación, consejos – incluido el apoyo constante de los pares – y una abstinencia permanente del uso de toda substancia adictiva opiácea o psicotrópica, incluido el alcohol. Algunos ofrecen programas educacionales o vocacionales para facilitar una reintegración exitosa en la vida comunitaria.

Los médicos deben instar a sus pacientes a participar en programas de tratamiento de drogas en la etapa más temprana posible de la adicción.

Se debe hacer todo lo posible para respetar la dignidad y la autonomía de los pacientes adictos. El tratamiento involuntario de las personas adictas en establecimientos debe ser el último recurso, conforme a las normas establecidas y, cuando corresponda, a la legislación nacional.

***Terapia farmacológica para los adictos a las drogas opiáceas***

En algunos casos, las personas adictas a las drogas opiáceas pueden ser tratadas con medicamentos que alivian los síntomas de retiro y ansiedad por las substancias adictivas sin producir la «subida» asociada a las opiáceas. Estos medicamentos también producen una tolerancia a otras opiáceas. El objetivo del tratamiento con medicinas es el término inmediato del uso de las drogas opiáceas.

La terapia farmacológica puede ayudar al paciente dependiente de opiáceas a funcionar en su entorno normal y actividades mientras se esfuerza por vencer la adicción a las opiáceas. Sin embargo, siempre debe ser parte de un enfoque multidisciplinario que incluya elementos probados de tratamiento sin fármacos, como los consejos y el apoyo de los pares.

La terapia con medicamentos debe ser aplicada conforme a las normas establecidas basadas en evidencia y supervisada por médicos con formación especial junto a un equipo de apoyo apropiado.

***Concienciación y Políticas***

Las asociaciones médicas nacionales (AMNs) deben participar en los esfuerzos a distintos niveles nacionales para dar a conocer los riesgos que implica el abuso de las drogas opiáceas y psicotrópicas y para asegurar la disponibilidad de opciones de tratamiento apropiadas para las personas adictas. Las AMNs deben instar a sus miembros a participar en programas similares en la comunidad.

Las AMNs deben promover programas apropiados de prevención de drogas en todos los niveles del sistema educacional y reconocer que el consumo de drogas es cada vez más frecuente entre los jóvenes.

Las AMNs y los médicos deben participar en la elaboración de normas basadas en evidencia que sirvan de apoyo a un enfoque multidisciplinario del tratamiento de la drogadicción, incluidas las estrategias para disminuir las consecuencias, como los programas de intercambio de agujas.

Las AMNs deben participar en la elaboración de procedimientos legales relativos al uso de drogas ilegales para asegurarse que las personas adictas sean reconocidas como que tienen derecho a recibir una atención médica y de rehabilitación apropiadas, incluso en las instituciones correccionales.

**CONCLUSIÓN**

Los médicos tienen una función importante que cumplir en la lucha contra la drogadicción, como médicos y también como defensores del tratamiento, los derechos y la dignidad de las personas adictas a estas substancias peligrosas. El tratamiento de la adicción, al igual que el tratamiento de cualquier enfermedad o condición, se debe efectuar en el interés superior del paciente y conforme a los principios de ética médica establecidos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL TEJIDO HUMANO PARA TRASPLANTE

Adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007

## INTRODUCCIÓN

El uso de células y tejidos humanos con objetivos terapéuticos en la medicina abarca un amplio espectro. Es necesario realizar un análisis diferenciado a fin de hacer justicia a los distintos requerimientos de los diversos sectores de la medicina de tejidos.

La utilización de los llamados "tejidos para trasplante", como córneas, huesos, vasos sanguíneos y válvulas cardíacas, son un método de tratamiento establecido en medicina. Los tejidos son extirpados, conservados, almacenados y luego implantados en pacientes después de distintos lapsos de tiempo. Por lo tanto, en principio, deben ser tratados del mismo modo que los órganos utilizados para trasplantes (véase la Declaración de la AMM sobre Donación y Trasplante de Organos y Tejidos Humanos, Edimburgo 2000).

Por el contrario, las llamadas "terapias avanzadas", como la ingeniería de tejidos y otras técnicas regenerativas de la medicina, conllevan el uso de tejido humano como material de origen para fabricar un producto final procesado. Aunque ya existen opciones terapéuticas establecidas, se puede esperar que la importancia terapéutica de estos métodos siga en aumento y que en el futuro se produzcan muchos avances en este campo. En consideración del procesamiento ulterior del tejido usado, el carácter industrial frecuente de las organizaciones manufactureras y la posibilidad de seleccionar el tejido, es necesario contar con regulaciones distintas para este sector de la medicina de tejidos que para el trasplante de tejido.

La AMM limita esta Declaración a tejidos en el sentido de tejido para trasplante y sugiere las siguientes recomendaciones para este sector de la medicina de tejidos:

1. Los médicos están fundamentalmente obligados a tratar a los pacientes conforme a lo mejor de sus conocimientos y experiencia. Sin embargo, esta obligación no debe aplicarse hasta el punto en que, por ejemplo, el tejido humano necesario para la terapia sea obtenido de manera antiética o ilegal. El tejido siempre debe obtenerse con la debida consideración por los derechos humanos y los principios de la ética médica.

2. Para asegurar el suministro de tejido para trasplantes, los medicos deben informar a los donantes potenciales o sus familiares sobre la posibilidad de donación de tejido. En caso de una extirpación combinada de órganos y tejidos, se debe proporcionar información y obtener el consentimiento en una sola etapa.

3. Se debe asegurar que la donación de tejido sea voluntaria. El consentimiento informado y sin presión del donante o de sus familiares es necesario para todo uso de tejido humano para trasplante. La toma de decisiones libre e informada es un proceso que necesita el intercambio y la comprensión de información y la ausencia de presión. Puesto que los presos y otras personas en custodia no están en condiciones de dar su consentimiento libremente y pueden estar bajo presión, sus tejidos no deben ser utilizados para trasplante, excepto para los familiares directos.

4. Los incentivos financieros para la donación de tejido para trasplante deben ser rechazados, como lo son también respecto a los trasplantes de órganos. Todas las otras etapas, como la obtención, pruebas, procesamiento, conservación, almacenamiento y asignación de tejido para trasplante tampoco deben ser comercializadas.

5. Si los órganos y tejidos pueden ser extirpados de un donante potencial para trasplante, entonces se debe dar prioridad a la donación de órganos por sobre la donación de tejidos.

6. La donación póstuma de tejidos a un receptor específico (donación directa fuera de la familia cercana) debe ser evitada. La donación directa en vida requiere lo siguiente:

   a) prueba de lazos personales directos entre donante y receptor (por ejemplo, vínculos de sangre, esposos) y
   b) exclusión de intereses materiales potencialmente coercitivos.

7. Para la donación póstuma de tejidos, la AMM pide que la certificación de la muerte sea realizada conforme a lo estipulado en la Declaración de Sidney sobre la Certificación de la Muerte.

8. El riesgo de que enfermedades (por ejemplo, infecciones, tumores malignos) se transmitan a traves del trasplante de tejido debe reducirse al mínimo con pruebas apropiadas que no sólo cumplan con las normas suficientes, sino que además reflejen el respectivo estado de la ciencia y tecnología médicas implementadas a nivel nacional.

9. En el caso de un diagnóstico atrasado debido a una enfermedad infecciosa o malignidad del donante, se debe enviar de inmediato una alerta a todos los receptores de tejido a fin de establecer las medidas precautorias apropiadas.

10. Se debe evitar la contaminación cuando se extirpe, almacene, procese y trasplante tejido.

11. Se deben rechazar los conceptos antiéticos de asignación de tejido para trasplante. Las asignaciones deben estar basadas en indicación y urgencia médicas y en las posibilidades de éxito.

12. Los estudios experimentales y clínicos, al igual que un debate abierto sobre los principios éticos y morales en la sociedad, son importantes para establecer nuevos métodos terapéuticos. Todos los estudios experimentales y clínicos deben ser realizados de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Los científicos y los medicos deben informar de manera continua al público sobre los avances en medicina de tejido y sus opciones terapéuticas.

13. El intercambio internacional de tejido para trasplante debe ser regulado adecuadamente conforme a las normas acordadas.

14. La información sobre donantes de tejido debe ser almacenada y mantenida por las organizaciones nacionales de trasplantes y sólo debe ser entregada si el donante en vida o la familia del donante fallecido otorga su consentimiento libre e informado.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA ÉTICA DE LA TELEMEDICINA

Adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007 y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## DEFINICIÓN

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 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.

## INTRODUCCIÓN

- 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.
- La consulta presencial entre el médico y el paciente es la regla de oro de la atención clínica.
- Los servicios de la telemedicina deben ser consistentes con los servicios presenciales y respaldados con evidencia.
- Los principios de la ética médica que son obligatorios para la profesión también deben ser respetados en la práctica de la telemedicina.

## PRINCIPIOS

**Cuando se practica la telemedicina el médico debe respetar las siguientes normas éticas:**

1. La relación médico-paciente debe estar basada en un examen personal 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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:

   - 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.

5. 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.

**Autonomía y privacidad del médico**

6. El médico no debe utilizar la telemedicina si infringe el marco legal o ético del país.

7. 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.

8. El médico debe ejercer su autonomía profesional al decidir si una consulta por telemedicina versus una presencial es apropiada.

9. El médico debe ejercer su autonomía y discreción al seleccionar la plataforma de telemedicina que utilizará.

## Responsabilidades del médico

10. El médico al que se le pide su 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 para asegurar la trazabilidad.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. El médico debe estar consciente y respetar las dificultades e incertidumbres que puedan 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 es en beneficio del paciente.

15. El médico sólo debe utilizar la telemedicina en países/jurisdicciones donde tenga licencia para emplearla. Las consultas de jurisdicciones cruzadas sólo deben permitirse entre dos médicos.

16. El médico debe asegurarse que su seguro médico incluye la telemedicina.

## Calidad de la atención

17. 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 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.

18. 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.

## RECOMENDACIONES

1. La telemedicina se debe adaptar apropiadamente a los marcos reguladores locales, que

pueden incluir la licencia de plataformas de telemedicina para beneficio del paciente.

2. 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.
3. 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.
4. El uso de la telemedicina requiere que la profesión identifique explícitamente y gestione las consecuencias adversas en relaciones de compañerismo y patrones de referencia.
5. Las nuevas tecnologías y estilos de la integración de la práctica pueden necesitar nuevas normas y estándares.
6. Los médicos deben presionar por una telemedicina ética en beneficio del paciente.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE SAL EN LA ALIMENTACIÓN

Adoptada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La sal de mesa alimenticia es un compuesto iónico constituido de cloruro de sodio, 40% de sodio (Na+) y 60% de cloruro (Cl-). Existen pruebas abrumadoras que demuestran que el consumo excesivo de sal es un factor de riesgo para el desarrollo o empeoramiento de la hipertensión, principal factor de riesgo cardiovascular. La hipertensión también puede ser un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares y todas las causas de mortalidad. El efecto del consumo de sal en la presión sanguínea es influenciado por diversos factores demográficos, como la edad y el origen étnico.

El consumo de sal también es un factor de riesgo para el cáncer gástrico [1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el consumo diario de sal promedio en los adultos (mayor de 16 años) debe ser menos de 2.000 mg (5gr. de sal). Para los niños (2-15 años), el consumo límite para adultos de 2 gr/día se debe ajustar en disminución, en base a los requerimientos energéticos de los niños relativo a los de los adultos. [2]

La mayoría de la población mundial consume demasiada sal -3,95 (3,89-4,01) gr/día, equivalente a un nivel de sal de mesa de 10,06 (9,88-10,21) gr/día. Estos niveles de consumo son mucho más altos que el límite recomendado. [3]

La principal fuente de sal es el consumo de alimentos, 90% en forma de sal [4], ya sea sal añadida cuando se cocina o se come, en alimentos procesados como las sopas en tarro, condimentos, comidas comerciales, bicarbonatos, carnes procesadas (jamón, tocino, bologna), queso, snacks salados, fideos instantáneos entre otros. En los países de ingresos altos, la sal añadida durante el procesamiento de alimentos puede llegar a 75%-80% del total del consumo de sal [5].

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las enfermedades no transmisibles (NCDs) 2013-2020 está constituido de 9 objetivos globales, incluida un 30% de reducción relativa en el consumo de sal de la población. La OMS ha creado el paquete técnico S.H.A.K.E. para ayudar a los Estados miembros con el desarrollo, implementación y monitoreo de las estrategias de reducción de la sal.

La OMS reconoce que aunque la reducción de la sal es recomendada globalmente, existe preocupación porque los trastornos por carencia de yodo (IDD) pueden volver a surgir, ya

que la sal yodada es el principal medio de consumo de yodo a través de alimentos enriquecidos. Por esto, la OMS, en reconocimiento de la importancia de la reducción de la sal y el enriquecimiento en yodo, insta a la coordinación de los dos programas [6].

Se pueden lograr importantes beneficios incluso con una pequeña disminución de la presión sanguínea de la población. Los esfuerzos para disminuir el consumo de sal en la alimentación de la población son una buena manera de bajar los niveles de hipertensión y enfermedades cardiovasculares. La evidencia demuestra que al mantener el consumo de sal en el nivel de referencia podría evitar aproximadamente 2,5 millones de muertes prematuras cada año en el mundo [7].

## RECOMENDACIONES

**La AMM y sus miembros constituyentes deben:**

1. Instar a los gobiernos a reconocer que el consumo de sal es un problema grave de salud pública y dar prioridad a la prevención como un gran enfoque igualitario, rentable destinado a preservar vidas en la población para abordar el alto consumo de sal y la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares asociadas.
2. Trabajar en cooperación con las organizaciones de salud nacionales e internacionales, para la educación de los consumidores desde la niñez sobre los efectos del consumo excesivo de sal para la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares y sobre los beneficios de una disminución del consumo de sal a largo plazo y sobre las fuentes dietéticas de sal y cómo pueden disminuirse.
3. Instar a los gobiernos y otros interesados a trabajar juntos para lograr los objetivos establecidos en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las NCDs 2013-2020.
4. Reconocer la importante función de la industria de procesamiento y servicios alimentarios en la reducción del consumo de sal y apoyar los esfuerzos regulatorios para los objetivos obligatorios en el procesamiento de alimentos, contenido de sal en los alimentos y el etiquetado claro. Los esfuerzos de reformulación de los alimentos deben estar dirigidos a los productos más consumidos por la población.

**Los miembros constituyentes de la AMM deben:**

1. Instar a sus gobiernos a aplicar rigurosamente las leyes que regulan en contenido de sal en los alimentos procesados.
2. Adoptar un enfoque de múltiples interesados para trabajar por la reducción del consumo excesivo de sal en la población, incluida la promoción activa del conocimiento del médico sobre los efectos del uso excesivo de la sal en los alimentos.
3. Reconocer que los programas sobre la reducción de sal y la yodación de la sal tienen que ser compatibles y apoyar las estrategias de reducción de sal que no comprometen el contenido de yodo que aumentan o empeoran los trastornos por carencia de yodo, en especial en los lugares de bajos ingresos.

4. Contribuir a hacer que el público tome conciencia de las consecuencias potenciales de los bajos niveles de yodo por un consumo restringido de sal yodada.
5. Instar a sus miembros a contribuir con la investigación científica sobre las estrategias de reducción de sal.
6. Instar a la iniciación del etiquetado de alimentos, campañas en los medios de comunicación y políticas generalizadas, como la reformulación obligatoria para lograr mayores reducciones en el consumo generalizado de sal, en lugar de intervenciones enfocadas individualmente.

**El médico debe:**

1. Informar a los pacientes sobre las principales fuentes de sodio en su alimentación y cómo disminuir el consumo de sal, incluida la disminución de la cantidad de sal utilizada para cocinar en casa, uso de los substitutos de la sal y abordar cualquier práctica o creencia local que contribuya a un alto consumo de sal.

---

***Referencias***

[1] World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007
[2] Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO), 2012.
[3] Mozaffarian, Dariush, Fahimi, Saman, Singh, Gitanjali M., Micha, Renata, Khatibzadeh, Shahab, Engell, Rebecca E., Lim, Stephen, Danaei, Goodarz, Ezzati, Majid and Powles, John (2014) Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. New England Journal of Medicine, 371 7: 624-634. doi:10.1056/NEJMoa1304127
[4] J. He, N.R.C. Campbell, G.A. MacGregor. Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease. Rev. Panam. Salud Publica, 32 (4) (2012), pp. 293-300
[5] World Health Organization Regional Office for Europe Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region (Web. 10 May 2014.) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf (2013)
[6] Salt reduction and iodine fortification strategies in public health. 2014. http://www.who.int/nutrition/publications/publichealth_saltreduc_iodine_fortification/en/
[7] McLaren L, Sumar N, Barberio AM, Trieu K, Lorenzetti DL, Tarasuk V, Webster J, Campbell NRC.Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010166.DOI: 10.1002/14651858.CD010166.pub2.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA DISMINUCIÓN DEL DAÑO PRODUCIDO POR EL MERCURIO EN EL MUNDO

Adoptada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008 y reafirmada con una revisión menor por la sesión 210 del Consejo de la AMM en Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

El mercurio es un metal pesado que se produce de forma natural y que es una neurotoxina potente. Las vías más probables de exposición humana en la población son la ingestión de metilmercurio a través de peces contaminados. Menos común, las personas están expuestas por la inhalación de vapor de mercurio inorgánico después de un derrame o durante un proceso de fabricación.

El mercurio ha sido la elección ideal para uso de los aparatos médicos de medición de temperatura y de la presión. Por lo tanto, un gran hospital puede tener fácilmente más de 45 kilos de mercurio contenido en cientos de aparatos diferentes y en lugares distintos.

Los hospitales y las clínicas pueden evitar los riesgos ocupacionales o ambientales del mercurio si utilizan productos con tecnología sin mercurio. Los grandes establecimientos de salud en el mundo han demostrado que existen soluciones alternativas seguras, eficaces que pueden ser utilizadas en forma segura en casi todas las situaciones, como los termómetros electrónicos, aparatos aneroides calibrados recientemente y baterías sin mercurio.

Incluso si motivos de tipo sanitario y ambiental son la causa de muchas decisiones voluntarias de reemplazar el mercurio, la motivación más importante para abandonar el mercurio en el hospital es de tipo financiero. La eliminación de los desechos peligrosos, la obligación de señalar el mercurio derramado, la perturbación en los servicios y la formación del personal tienen un alto costo. Limpiar los derrames de mercurio puede resultar mucho más caro que pasar a soluciones sin mercurio.

La implementación de un método de gestión optimizado para la utilización del mercurio puede permitir evitar a futuro la necesidad de otras medidas de regulación gubernamentales, las que pueden ir acompañadas de cambios de alto costo que algunos establecimientos tal vez no puedan financiar.

La Asociación Médica Mundial (AMM) recuerda su declaración sobre Degradación ambiental y buen manejo de los productos químicos que proporciona recomendaciones para medidas de defensa y aumento de la capacidad, a fin de enfrentar este problema.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones siguientes están basadas en la necesidad urgente de disminuir el

suministro y la demanda de mercurio en el sector de la salud:

**A nivel mundial**

La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales deben pedir que se tomen las siguientes medidas:

- Cooperación entre las Naciones Unidas y los gobiernos para la implementación de puntos clave del Programa de Mercurio de la PNUMA que proporciona un marco para disminuir el uso, extracción, comercialización y riesgo del mercurio.
- Aumentar la actividad de los partenariados existentes.

**A nivel regional/nacional**

Las asociaciones médicas nacionales deben pedir a sus gobiernos que trabajen para disminuir los riesgos relacionados con el mercurio en el medio ambiente al:

- Disminuir la extracción de mercurio en beneficio de fuentes de mercurio sin riesgo para el medio ambiente, como por ejemplo el mercurio reciclado.
- Desarrollar opciones y planes científicamente validados para asegurar el almacenamiento a largo plazo del excedente de mercurio.
- Pedir a los Estados miembros ratificar e implementar el Convenio de Minamata sobre Mercurio adoptado en 2013 y elaborado para proteger la salud humana y el medio ambiente de las emisiones antropogénicas y de mercurio con sus componentes.
- Instar la eliminación de mercurio en el sector de la salud.
- Elaborar e implementar regulaciones o exigencias destinadas a disminuir significativamente las emisiones de mercurio provenientes de la combustión de carbón y la producción de cemento, a través de controles específicos de emisiones de mercurio.

**A nivel local**

Los médicos deben:

- Tratar de eliminar el uso de productos a base de mercurio en sus consultas y clínicas, incluidos los termómetros, esfigmomanómetros, tubos gastrointestinales, pilas, lámparas, generadores eléctricos, termostatos, manómetros y otros reactivos y dispositivos de laboratorio.
- Asegurar que los hospitales y establecimientos de salud locales tengan un plan para identificar las fuentes de mercurio en los lugares de trabajo, compromiso para disminuir el mercurio y una política de gestión del mercurio en materia de reciclaje, eliminación y formación.
- Instar a los hospitales y establecimientos de salud locales a suprimir los productos a base de mercurio y a pasar a equivalentes sin mercurio.
- Aconsejar a los pacientes sobre directivas locales y nacionales relacionadas con el consumo de pescado destinadas a limitar la exposición al mercurio en niños y mujeres en edad fértil.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009

## INTRODUCCIÓN

Esta política busca identificar aquellos sectores en que pudiera aparecer algún conflicto de intereses durante la práctica cotidiana de la medicina y ayudar los médicos a resolver dichos conflictos en favor de los intereses de los pacientes. Se entiende que existe un conflicto de intereses cuando la opinión profesional sobre la atención directa de un paciente puede ser influenciada indebidamente por un segundo interés.

En algunos casos, tal vez baste con reconocer la existencia de un conflicto posible o real. En otros, será quizás necesario tomar medidas para resolver el conflicto. Algunos conflictos de intereses son inevitables y no hay nada inherentemente antiético en los conflictos de intereses en medicina, pero es la manera en que son abordados la que es crucial.

Tradicionalmente, además de la práctica clínica de la medicina y el cuidado directo de los pacientes, los médicos han asumido diversas funciones y servido a otros intereses. Dichos intereses, la mayoría de los cuales son respetables y redundan en bien de la sociedad, incluyen la investigación, la formación de futuros médicos y de internos, así como actividades y cargos de gestión y administración. A medida que los intereses privados han ido aumentando en la medicina, en muchos lugares los médicos también han contribuido a su expansión con su experiencia, en calidad de consultores para empresas privadas (y a veces como empleados).

Aún cuando no hay duda que la participación de los médicos en muchas de estas actividades pueda ser definitivamente provechosa para el bien en general, el deber fundamental de cada médico sigue siendo la salud y el bienestar de sus pacientes. No hay que permitir que intereses ajenos puedan influenciar las decisiones de carácter clínico (ni siquiera tener la menor posibilidad de hacerlo).

Todo medico tiene el deber moral de examinar su propia conducta por conflictos de intereses potenciales, incluso si éstos no son del tipo de ejemplos o situaciones abordadas en este documento. Si no son reconocidos, los conflictos de intereses pueden afectar mucho la confianza del paciente en la profesión médica y también en el médico.

Es posible que los médicos puedan necesitar recursos adicionales, como en los casos de agrupaciones de especialistas, asociaciones médicas nacionales, o autoridades reglamentarias, y deben conocer las leyes y reglamentos nacionales en vigor.

## RECOMENDACIONES

### Investigación

Los intereses del médico y los del investigador pueden ser contradictorios. Cuando una misma persona asume ambas funciones, como es frecuente que ocurra, todo conflicto posible debe ser allanado, tomando las medidas necesarias para proteger al paciente, incluso revelándole la posibilidad de una posible situación conflictiva.

Tal como figura en la Declaración de Helsinki:

- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial impone una obligación al médico cuando estipula, "velar ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "el médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
- La Declaración de Helsinki estipula que "En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses".

Toda investigación debe efectuarse ante todo para bien del progreso de la ciencia médica. El médico nunca debe poner sus intereses financieros por sobre el bienestar de sus pacientes. Los intereses de los pacientes y la integridad científica deben ser el interés supremo.

Toda relación e interés pertinente o material entre médico e investigador debe ser notificada a los posibles participantes en la investigación, las juntas de ética de la investigación, los órganos reguladores de supervisión idóneos, revistas médicas y participantes en conferencias y el centro médico en el que se realiza la investigación.

Todas las pruebas de la investigación deben ser inscritas en un registro o archivo de investigaciones accesible al público.

Todas las partes deben firmar un contrato en el que se exponga claramente, como mínimo:

- la remuneración financiera del médico-investigador (que no debe superar el ingreso médico perdido)
- la propiedad de los resultados de la investigación (que debe quedar en manos del investigador)
- el derecho del investigador a publicar los resultados negativos, y
- el derecho del investigador a revelar a los participantes en el ensayo toda información pertinente en cualquier momento del estudio.

Los médicos-investigadores deben controlar y acceder libremente a todos los datos del ensayo, y deben rehusar toda cláusula de no publicación.

Los médicos-investigadores deben asegurarse de que, cualesquiera que sean los resultados del estudio, su presentación o publicación no sean indebidamente retrasados u obstaculizados.

No se deben aceptar comisiones por suministrar los nombres de posibles participantes en los ensayos, y la información sobre los pacientes no deberá ser revelada sin su consentimiento, excepto cuando lo exijan la ley o las autoridades reglamentarias.

Toda compensación recibida de los patrocinadores de los ensayos debe reemplazar aproximadamente el ingreso clínico perdido y debe estar relacionada con los esfuerzos y las responsabilidades del médico que realiza la investigación. Cuando la contratación es un desafío y toma mucho tiempo, se pueden hacer pagos adicionales razonables para compensar al investigador clínico o institución específicamente por el tiempo y el esfuerzo para captar a participantes apropiados. No deben aceptarse primas excesivamente altas para aumentar las inscripciones a los ensayos.

Los médicos-investigadores deben rehusar todo pedido de examinar las solicitudes de donación o de informes sobre investigaciones efectuadas por colegas o competidores, cuando sus relaciones con ellos pudieran influenciar su juicio en la materia.

Los médicos-investigadores no deben tener intereses financieros en una compañía que patrocine un ensayo cuando tal interés financiero pueda ser afectado positiva o negativamente por los resultados de dicho estudio; no deben tener interés financiero directo por los resultados del estudio. No deben adquirir ni vender acciones de la compañía durante el estudio hasta que se hayan publicado sus resultados. Esta condición podría no aplicarse a los médicos que hayan creado un medicamento, aunque sin haber participado en la contratación.

Los médicos-investigadores sólo deben de participar en ensayos clínicos cuando tengan relación con su experiencia médica, y deben tener una formación adecuada en la dirección de investigaciones y conocer los principios de ética de la investigación.

La propiedad intelectual debe ser decidida antes de iniciar la investigación, basándose en una contribución científica sólida.

**Enseñanza**

Las necesidades de formación de los estudiantes, así como la calidad de la experiencia que deban adquirir deben estar equilibradas con el interés supremo del paciente. Cuando exista un conflicto, los intereses del paciente tendrán prioridad.

Reconociendo que los estudiantes deben adquirir experiencia clínica con pacientes reales, los médicos-educadores deben asegurarse que habrá un control de acuerdo a su nivel de formación.

Se debe informar a los pacientes que su tratamiento clínico y quirúrgico podrá ser llevado a cabo, en ocasiones, por estudiantes y médicos en diferentes niveles de formación y se debe obtener su autorización, previo consentimiento.

Se debe informar a los pacientes la identidad y nivel de formación de las personas que los van a atender.

La negativa del paciente a que médicos en distintos niveles de su formación participen en su tratamiento no debe afectar la cantidad o calidad de la atención médica que reciban posteriormente.

### Autorrecomendaciones y comisiones

Las recomendaciones y prescripciones (trátese de materiales específicos, como de servicios) deben de ser el resultado de una evaluación objetiva de la calidad del médico o del servicio al que ha sido recomendado el paciente.

La recomendación por parte de un médico, a instituciones de salud (por ejemplo laboratorios) donde no tenga actividades profesionales , pero sí un interés económico es reconocida como autorrecomendación. Esta práctica puede, en teoría, tener una gran influencia en las decisiones clínicas que se puedan tomar y no se la considera admisible, salvo cuando exista en la comunidad en cuestión la necesidad de dicha institución y que no haya posibilidad de encontrar otra de otro propietario (por ejemplo en comunidades rurales pequeñas), en tales casos el médico no deberá recibir ninguna gratificación mayor a la que obtendría un inversionista común.

Hay comisiones (o reparto de utilidades) cuando un médico recibe una retribución pecuniaria por haber enviado a un paciente a un doctor específico, o con miras a un servicio especial a cambio de determinada retribución. Esta práctica no es admisible.

### Consultorios

Por conveniencia de los pacientes, muchos consultorios médicos se sitúan en proximidad geográfica de otros servicios médicos, tales como laboratorios, farmacias o centros ópticos. El médico no debe recibir ninguna compensación pecuniaria ni otros beneficios por enviar pacientes a dichos servicios, ni por estar situado geográficamente en su proximidad. Los edificios propiedad de un médico no deben cobrar arriendos superiores o inferiores a los precios del mercado.

No deben venderse, productos no medicinales (que no tienen ninguna relación con la salud del paciente o la práctica de la medicina) ni productos médicos no certificados por la ciencia en los consultorios médicos. Los productos médicos certificados por la ciencia pueden ser vendidos en los consultorios médicos y los precios deben limitarse a cubrir los gastos necesarios para tenerlos a disposición y los productos deben ofrecerse de tal manera que el paciente no se vea presionado a adquirirlos.

### Conflictos entre organismos o instituciones

De forma creciente, las instituciones de salud, sobre todo, se ven sometidas a diferentes presiones que amenazan varias de sus funciones y numerosas academias de medicina han empezado a buscar nuevas fuentes de ingresos. Se deben instaurar políticas a fin de impedir que estas nuevas fuentes puedan entrar en conflicto directo con los valores y las misiones de las instituciones (por ejemplo, financiamiento de escuelas de medicina por tabacaleras).

Los distintos organismos e instituciones médicas (entre ellos, las escuelas de medicina, los hospitales, las asociaciones médicas nacionales y centros de investigación) deben elaborar, y aplicar cuando fuese posible, directrices sobre los conflictos de intereses para el conocimiento y uso de sus empleados y miembros.

Médicos-investigadores y muchos otros, se beneficiarían con la elaboración de directrices institucionales sobre conflictos de intereses que les ayudarán a revelar adecuadamente e identificar con claridad situaciones en las que un conflicto de intereses pudiera excluirles de participar en un estudio de investigación u otras actividades.

Las instituciones universitarias y de salud deben hacer una distinción clara entre los comités directivos que deciden sobre las inversiones, la transferencia de tecnologías, y la sección de investigación de la institución.

Los documentos sobre política deben contener orientación sobre las exigencias en materia de difusión, o para poner fin a una participación en el proceso de decisión, para las personas en situación conflictiva a causa de una investigación patrocinada, de acuerdos de consultores, inversionistas privados o acuerdos de licencias.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# INVESTIGACIÓN CON CÉLULAS MADRE EMBRIONARIAS

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y revisada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España,
Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

Los campos de la investigación con células madre y de terapia son las ramas de la biotecnología con crecimiento más rápido.

Las células madre se pueden obtener de tejido establecido (células madre adultas) o de la sangre de la placenta a través del cordón umbilical. Estas fuentes pueden no presentar un dilema ético específico.

Las células madre también se pueden obtener de un embrión (células madre embrionarias). La obtención y utilización de estas células madre plantean cuestiones éticas específicas y para algunas personas puede ser problemático. Otra fuente de células madre valiosas para la investigación son las células madre pluripotentes inducidas, que pueden generarse a partir de tejidos adultos y, en algunos casos, pueden ser funcionalmente equivalentes a las células madre embrionarias, aunque no se derivan de embriones.

Algunas jurisdicciones han prohibido la utilización de células madre embrionarias. Otras han permitido utilizar los llamados "embriones sobrantes o en exceso" de procedimientos de reproducción asistida para fines de investigación, pero la producción de embriones solamente para investigación puede estar prohibida. Otras jurisdicciones no tienen leyes o regulaciones específicas respecto a las células madre embrionarias.

Los embriones humanos son considerados por algunas personas tienen una condición ética específica y especial. Esto ha generado un debate entre los expertos en ética, filósofos, médicos, científicos, personal de la salud, público y legisladores.

La fecundación in vitro implica la producción de embriones fuera del cuerpo humano. En muchos casos, algunos embriones no son utilizados para lograr embarazos. Los que nos son utilizados, pueden ser donados para el tratamiento de otros, para investigación o almacenados por algún tiempo y luego destruidos.

Las células madre pueden ser utilizadas para la biología básica del desarrollo, la fisiología humana y la patogénesis de las enfermedades. Existen en la actualidad muchos programas de investigación sobre el uso de células madre para tratar las enfermedades humanas. Las terapias con células madre de adultos, incluido el uso de la médula ósea, sangre del cordón

o células madre de la sangre para trasplante, incluyen varios avances clínicos importantes y bien validados. Aunque los estudios clínicos todavía no han validado el uso de células madre embrionarias en terapia.

Las células madre embrionarias a veces pueden ser superiores a las células madre pluripotentes inducidas para ciertas aplicaciones y la investigación con células madre embrionarias puede seguir siendo necesaria. Algunos expertos anticipan el uso futuro de una variedad de terapias basadas en células madre, incluidos los trasplantes de tejidos genéticamente coincidentes. Es muy temprano para evaluar la posibilidad de éxito de alguna terapia específica en base a las células madre.

Las opiniones del público sobre la investigación con células madre son tan variadas como las de los médicos y científicos. Muchos debates públicos se centran en las preocupaciones sobre abuso de la tecnología y el daño potencial en los receptores, también específicamente sobre la utilización de los embriones. Los productos con células madre para investigación también pueden tener riesgos únicos, incluidos efectos desconocidos para la salud y de largo plazo, como mutaciones.

La adopción de leyes conforme a los principios éticos establecidos es posible que respondan a muchas de las preocupaciones del público, en especial si estas leyes son monitoreadas y aplicadas cuidadosamente y de manera creíble.

## RECOMENDACIONES

1. Cada vez que sea posible, la investigación debe realizarse sin células madre embrionarias. La investigación con células madre de embriones no utilizados a través de una fecundación in vitro sólo se puede realizar si para obtener los resultados potenciales no podría hacerse con el uso de otros tipos de células madre, incluidas las células madre pluripotentes inducidas. La investigación y otros usos deben hacerse conforme a la Resolución de la AMM sobre la no comercialización del material reproductivo humano.
2. Toda investigación con células madre, sin considerar el tipo de célula madre, debe realizarse conforme a principios éticos establecidos y con el consentimiento informado apropiado. La legislación establecida y propuesta deben ajustarse a estos principios a fin de evitar confusión o conflictos entre la legislación y la ética.
3. Cuando sea posible, los principios éticos deben seguir los acuerdos internacionales. Reconociendo que diferentes grupos tienen distintas opiniones sobre el uso de tipos específicos de células madre, estos principios deben ser redactados con flexibilidad suficiente para que las diferentes jurisdicciones regulen adecuadamente los niveles de investigación.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE PRINCIPIOS DIRECTIVOS PARA EL USO DE LA TELESALUD EN LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009

## DEFINICIÓN

La telesalud es la utilización de la tecnología de la información y las comunicaciones para proporcionar salud y servicios de atención médica e información a grandes y pequeñas distancias.

## INTRODUCCIÓN

La frecuencia de la telemedicina y telesalud en la mayoría de los países del mundo ha llevado a la Asociación Médica Mundial (AMM) a establecer normas éticas para los médicos que utilizan esta modalidad para prestar servicios de atención médica. La AMM define la telemedicina como "la práctica de la medicina a distancia, en la que las intervenciones, diagnósticos y decisiones y recomendaciones de tratamiento están basadas en datos, incluidas la voz y las imágenes, documentos y otra información transmitida a través de sistemas de telecomunicación. Esto puede incluir teléfono e internet.

Una definición más amplia de telesalud incluye una gama completa de actividades que ayudan al paciente y al público a estar sano: prevención, promoción, diagnósticos auto atención y tratamiento, son todas áreas en las que los médicos tienen una función importante. La AMM respalda esta definición más amplia.

La telesalud/telemedicina ayuda a eliminar las barreras de distancia y mejora la igualdad de acceso a los servicios que de otra manera con frecuencia no están disponibles en comunidades remotas, rurales y también urbanas. Se trata de transmitir la voz, datos, imágenes e información en lugar de desplazar físicamente a los pacientes, personal de salud y educadores, lo que mejora el acceso, puntualidad y conveniencia y disminuye los costos de viaje. También tiene el beneficio agregado de que los pacientes pueden convertirse con más facilidad en participantes activos de su propio bienestar y pueden seguir programas educativos destinados a fomentar el bienestar desde la comodidad, conveniencia y seguridad de sus propios hogares. Aunque esta declaración se centra principalmente en los contactos con telesalud entre pacientes y profesionales de la salud, se debe hacer notar que otro aspecto importante de la telesalud es el uso de la telecomunicación entre los profesionales de la salud cuando prestan atención médica.

La telemedicina/telesalud se convertirá en parte integral de los programas de Salud que la mayoría de los países desarrollados están implementando y también muchos otros en vías de desarrollo. Existen cada vez más soluciones que permiten prestar atención médica a través de la teletransmisión, por lo que más médicos tendrán acceso a esta posibilidad de atención de pacientes.

## PRINCIPIOS DIRECTIVOS

### Deber de atención

Aunque la práctica de la telesalud desafía la percepción convencional de la relación médico-paciente, existe un "deber de atención" establecido en todos los contactos de telesalud entre el médico y el paciente, como en cualquier consulta de atención médica.

El médico necesita explicar con claridad al paciente durante el contacto de telesalud quién tiene la responsabilidad de un seguimiento de su salud y atención médica. Es necesaria la supervisión del médico en los protocolos, conferencias y revisión de historial médico en todo contexto y circunstancias. El médico debe tener la capacidad de contactar de inmediato a los proveedores y técnicos que no son médicos y también a los pacientes.

El médico tiene que aclarar la responsabilidad por el paciente con cualquier otro personal de salud que esté involucrado en la atención del paciente.

La responsabilidad legal de los profesionales de la salud que prestan atención médica a través de telesalud debe estar definida claramente por la jurisdicción apropiada.

### Comunicación con los pacientes

El médico tomará medidas para asegurar que la calidad de la comunicación durante el encuentro de telesalud sea la máxima. Toda deficiencia técnica importante debe ser anotada en la documentación de la consulta.

El médico que utilice la telesalud debe estar familiarizado con la tecnología.

El médico debe conocer y adaptarse a las limitaciones de video/audio cuando utilice la telesalud en la atención médica.

El médico debe recibir una formación/orientación sobre las comunicaciones en telesalud antes de proceder a un contacto en telesalud.

El médico tiene que determinar lo mejor posible si es apropiado para el paciente y su nivel de comodidad con la telesalud antes del contacto o durante este y reconocer que no será posible en todas las situaciones.

El médico debe asegurar, en lo posile, que el paciente reciba una información/orientación suficiente sobre el proceso de telesalud y las comunicaciones antes del contacto con telesalud.

**Estándares de práctica/calidad de la atención clínica**

El médico debe estar satisfecho de que el estándar de atención prestada a través de la telesalud sea "razonable" y al menos equivalente a cualquier otro tipo de atención que pueda ser prestada al paciente/cliente, en consideración del contexto específico, ubicación y tiempo. Y la disponibilidad relativa de la atención tradicional. Si el estándar "razonable" no puede ser alcanzado a través de la telesalud, el médico debe informar al paciente y sugerir un tipo de atención alternativo.

El médico debe utilizar las normas de práctica clínica existentes, cuando sea posible, para orientar la prestación de la atención en el contexto de la telesalud y reconocer que tal vez sea necesario introducir ciertas modificaciones para adaptarse a circunstancias específicas. El médico debe asegurarse que toda modificación a las normas de práctica clínica para la telesalud sean aprobadas por el organismo o asociación clínico que rige la disciplina.

El médico que proporciona servicios de telesalud debe seguir todos los protocolos y procedimientos pertinentes relacionados con el consentimiento informado (verbal, escrito, registrado); privacidad y confidencialidad, documentación, propiedad del historial del paciente/cliente y conductas de video/teléfono apropiadas.

El médico que presta servicios de telesalud asegura el cumplimiento con la legislación pertinente y las normas profesionales sobre telesalud de la jurisdicción desde donde se prestan los servicios. y también desde la jurisdicción desde donde se administran los servicios.

El médico que proporciona servicios de telesalud debe poseer lo siguiente: conocimientos necesarios en el campo de práctica profesional, conocimientos competentes sobre comunicaciones, entender el alcance del servicio propuesto vía telesalud, orientación y capacidad para utilizar el sistema de tecnología y su entorno, comprender los protocolos y procedimientos operacionales en telesalud y comprender las limitaciones de la tecnología utilizada.

**Resultados clínicos**

Las organizaciones que proporcionen programas de telesalud deben controlar y esforzarse continuamente por mejorar la calidad de los servicios a fin de lograr los mejores resultados posibles.

Las organizaciones que proporcionen programas de telesalud deben implementar un método sistemático de recolección, evaluación e información de datos significativos de salud resultantes y de eficacia clínica. Los indicadores de calidad deben ser identificados y utilizados.

**Confidencialidad del paciente**

La confidencialidad de la información del paciente debe ser protegida.

La organización de salud y el médico que proporciona servicios de telesalud deben conocer y asegurar el cumplimiento de la legislación y regulaciones pertinentes elaboradas para proteger la confidencialidad de la información del paciente/cliente y tener sus propias normas de confidencialidad.

Se insta a las organizaciones de salud y al médico a consultar a consejeros legales y organismos regulatorios profesionales pertinentes para determinar su política de confidencialidad.

**Consentimiento informado**

La legislación y regulaciones pertinentes relacionadas con la toma de decisiones y el consentimiento deben ser aplicadas.

Dentro de lo posible, el médico debe obtener el consentimiento informado antes de comenzar cualquier servicio o intervención. Cuando sea apropiado, el consentimiento del paciente debe ser anotado en la documentación de la consulta.

El consentimiento para la telesalud debe seguir los principios y procesos similares utilizados para otros servicios de salud.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE DEGRADACIÓN AMBIENTAL Y BUEN MANEJO DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS

Adoptada por la 61ª Asamblea General de la AMM, Vancouver, Canadá, Octubre 2010
y enmendada la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

1. Esta declaración aborda un aspecto importante de la degradación ambiental que es la contaminación ambiental con substancias domésticas e industriales. 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.
2. El manejo inseguro de los productos químicos tiene consecuencias adversas potenciales para la salud humana y los derechos humanos, con las poblaciones vulnerables en mayor riesgo.
3. La mayoría de los productos químicos a los que están expuestos los seres humanos son de origen industrial e incluyen gases tóxicos, aditivos alimentarios, productos cosméticos y de consumo doméstico, agroquímicos y substancias utilizados para fines terapéuticos como medicamentos y suplementos dietéticos. 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 substancias 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 residuos plásticos en nuestro medio ambiente es otra gran preocupación que debe ser abordada.
4. 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

5. 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 industriales.

6. 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). 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.
7. 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

8. 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.
9. Los productos químicos sintéticos incluyen todas las substancias que son producidas o han resultado de actividades humanas, incluidos los productos químicos industriales y domésticos, fertilizantes, pesticidas, químicos en productos y residuos, prescripciones y medicamentos sin recetas y suplementos dietéticos, al igual que subproductos de procesos industriales o incineraciones, como las dioxinas. Además, puede ser necesaria una regulación explícita para los nanomateriales más allá de los marcos existentes.

## Enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional

10. La contaminación ambiental peligrosa a nivel mundial persiste, a pesar de varios acuerdos internacionales sobre productos químicos, 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 residuos.

**Residuos Plásticos**

11. 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 así la atmósfera con humo tóxico.
12. Las preocupaciones sobre el uso de plásticos incluyen la acumulación de residuos en vertederos y en entornos naturales, terrestres y marinos, 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 aditivos usados en la producción que tienen efectos potencialmente peligrosos para la salud (cancerígenos o que producen alteraciones endocrinas).
13. 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 residuos plásticos que se descomponen lentamente y su incineración que produce con frecuencia subproductos tóxicos.

**RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM)**

14. A pesar de iniciativas nacionales e internacionales, la contaminación química del medio ambiente, debido a un control inadecuado de la producción y su uso 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 todos los productos químicos han sido probados por sus impactos en la salud y el medio ambiente. Esto es 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 reconocen 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.
15. La Asociación Médica Mundial reafirma su compromiso con la defensa del medio ambiente para proteger la salud y la vida, por lo que recomienda que:

**DEFENSA**

16. Las asociaciones médicas nacionales (AMNs) apoyen la legislación que disminuya la contaminación química, aumente las responsabilidades de los fabricantes químicos, 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 fertilidad de las mujeres y hombres y la vulnerabilidad durante el embarazo y los primeros años de la niñez.
17. 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 substitución 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.
18. Las AMNs faciliten una mejor colaboración intersectorial entre los ministerios/departamentos de gobierno responsables del medio ambiente y la salud pública.
19. Las AMNs promuevan la información al público sobre los peligros de los productos químicos (incluidos los plásticos) y lo que se puede hacer al respecto.
20. El diagnóstico y tratamiento médicos modernos dependen mucho del uso de material limpio o esterelizado envasado con varios elementos plásticos, ya sea el implemento o el envase. Las AMNs deben instar a investigar y divulgar las prácticas que pueden disminuir o eliminar este componente de degradación ambiental.
21. Los médicos y sus asociaciones médicas apoyen la protección ambiental, den a conocer los elementos de los productos, el desarrollo sostenible, la química verde y hospitales verdes en sus comunidades, países y regiones.
22. Los médicos y sus asociaciones médicas deben apoyar la eliminación progresiva del mercurio y productos químicos bioacumulativos y tóxicos persistentes en los aparatos y productos de salud, además evitar la incineración de los residuos de estos productos que pueden crear más contaminación tóxica.
23. Los médicos y sus asociaciones médicas deben apoyar el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos (SGA) y 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.
24. 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.
25. Los médicos y sus asociaciones médicas deben apoyar la creación de sistemas eficaces y seguros para recoger y eliminar los medicamentos que no son consumidos. También deben abogar por la introducción a nivel mundial de sistemas eficaces de recogida y eliminación de los residuos plásticos.

26. Los médicos y sus asociaciones médicas deben promover esfuerzos para disminuir la fabricación y uso de envases plásticos y bolsas plásticas, ydetener la incorporación de residuos plásticos en el medio ambiente y eliminar gradualmente y reemplazar los plásticos por materiales más biocompatibles. Esto puede incluir medidas para aumentar el reciclado y regulaciones específicas que limiten el uso de envases plásticos y bolsas plásticas.
27. 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.
28. 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:**

29. 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 substitución más segura, disminución de residuos, creación sostenible no tóxica, reciclaje y también la manipulación segura y sostenible de los residuos en el sector salud.
30. advierte que estas prácticas químicas deben ser coordinadas con esfuerzos para disminuir los gases de efecto invernadero en la salud y otras fuentes para mitigar su contribución al calentamiento mundial.
31. 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 y oportuna sobre el manejo de estas emergencias.
32. insta a las organizaciones locales, nacionales e internacionales a que se centren en la producción sostenible, substitución 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.
33. 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 residuos químicos.
34. insta la clasificación ambiental de los medicamentos para estimular la prescripción de medicinas menos dañinas para el medio ambiente.
35. insta a realizar esfuerzos locales, nacionales e internacionales para disminuir el uso de envases plásticos y bolsas plásticas.
36. 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:**

37. trabajen para disminuir los residuos 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.
38. 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.
39. informen a los pacientes sobre la importancia de la eliminación segura de los medicamentos que no son consumidos.
40. 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 residuos plásticos en nuestro medio ambiente natural; las poblaciones más vulnerables y protecciones para ellas).

**EDUCACIÓN PROFESIONAL Y CREACIÓN DE CAPACIDAD**

**La AMM recomienda que:**

41. 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.
42. Las AMNs creen instrumentos para que los médicos ayuden a evaluar los riesgos de sus pacientes a la exposición química.
43. Los médicos y sus asociaciones médicas establezcan a nivel local la educación médica continua apropiada sobre los signos clínicos, diagnóstico y tratamiento y prevención de las enfermedades que son introducidas en las comunidades, como consecuencia de la contaminación química y exacerbadas por el cambio climático.
44. 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.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Adoptada por la 61a Asamblea General de la AMM, Vancouver, Canadá, Octubre 2010 y revisada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un fenómeno mundial e incluye la violencia dentro de la familia, en la comunidad y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado. Se dan muchas excusas para la violencia general y específicamente; en términos culturales y sociales, estos incluyen tradición, creencias, costumbres, valores y religión. La violencia de pareja, la violación, el abuso y el acoso sexual, la intimidación en el trabajo o en la educación, la esclavitud moderna, la trata y la prostitución forzada, son todas formas de violencia toleradas por algunas sociedades. Una forma extrema de dicha violencia es la violencia sexual utilizada como arma de guerra (Resolución 1820 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas). Las prácticas culturales específicas que dañan a las mujeres, incluida la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados, los ataques a la dote y los llamados asesinatos por "honor" son todas prácticas que pueden ocurrir dentro del entorno familiar.

Todos los seres humanos disfrutan de los derechos humanos fundamentales. Los ejemplos enumerados anteriormente implican la negación de muchos de esos derechos, y cada abuso puede examinarse en relación con la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000).

La negación de los derechos y la propia violencia tienen consecuencias para la salud de las mujeres. Además de las consecuencias físicas y de salud específicas y directas, la forma general en que se trata a las mujeres puede provocar un exceso de problemas de salud mental y un aumento de las conductas suicidas. Las consecuencias de la violencia en la salud mental a corto y largo plazo pueden influir gravemente en el bienestar posterior, el disfrute de la vida, el funcionamiento en la sociedad y la capacidad de brindar una atención adecuada a las personas dependientes. La falta de buenas oportunidades nutricionales puede producir generaciones de mujeres con peor salud, crecimiento y desarrollo. La negación de oportunidades educativas conduce a una peor salud para todos los miembros de la familia, ya que la buena educación de las mujeres es un factor importante en el bienestar de la familia.

Además de ser inaceptable en sí misma, la violencia contra la mujer también es social y

económicamente perjudicial para la familia y la sociedad. La violencia contra la mujer tiene consecuencias económicas directas e indirectas que son mucho mayores que los costos directos del sector de la salud. La falta de independencia económica y de educación básica también significa que las mujeres que sobreviven a los abusos tienen más probabilidades de depender del estado o de la sociedad y menos capaces de mantenerse y contribuir a la sociedad.

Los médicos tienen una visión única de los efectos combinados de la violencia contra la mujer. La visión holística de los médicos se puede utilizar para influir en la sociedad y los políticos. Obtener el apoyo de la sociedad para mejorar los derechos, la libertad y la condición de las mujeres es fundamental.

Esta declaración junto con otras políticas clave relacionadas con la AMM, incluidas las declaraciones sobre Mutilación genital femenina, Selección del sexo y feticidio de niñas, Término del embarazo por indicación médica, Violencia familiar, Violencia y salud, Maltrato y abandono del niño y sobre el Derecho a la rehabilitación de las víctimas of tortura, proporcionan orientación a los miembros constituyentes de la AMM y a los médicos sobre las formas de apoyar a las mujeres que son víctimas de la violencia y luchar por erradicar la violencia contra las mujeres

## RECOMENDACIONES

La AMM:

1. Pide tolerancia cero para todas las formas de violencia contra la mujer.
2. Afirma que la violencia contra la mujer no sólo es violencia física, psicológica y sexual, sino que incluye negligencia y abusos como prácticas culturales y tradicionales nocivas y es un importante problema de salud pública, así como un determinante social de la salud.
3. Reconoce el vínculo entre una mejor educación, otros derechos de la mujer y la salud y el bienestar de la sociedad, y destaca que la igualdad en las libertades civiles y los derechos humanos está relacionada con la salud.
4. Pide a la OMS, a otros organismos de las Naciones Unidas y a los agentes pertinentes a nivel nacional e internacional que aceleren las acciones para poner fin a la discriminación y la violencia contra la mujer.
5. Insta a los gobiernos a implementar el Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer el papel del sistema de salud dentro de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños.
6. Fomenta la elaboración de materiales educativos gratuitos en línea para brindar orientación al personal de atención médica de primera línea sobre el abuso y sus efectos, y sobre estrategias de prevención.

Se insta a las asociaciones médicas nacionales a:

7. Utilizar y promover los materiales educativos disponibles sobre la prevención y el tratamiento de las consecuencias de la violencia contra la mujer y actuar como defensores dentro de su propio país.

8. Procurar que los médicos y demás personal de salud sean alertados sobre el fenómeno de la violencia, sus consecuencias y la evidencia de estrategias preventivas que funcionen, y poner el énfasis adecuado en esto en la educación de pregrado, posgrado y continua.

9. Reconocer la importancia de una denuncia más completa sobre la violencia y fomentar el desarrollo de una educación que haga hincapié en la concienciación y prevención de la violencia.

10. Abogar por la legislación contra prácticas nocivas específicas, incluido el feticidio femenino, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado y el castigo corporal.

11. Abogar por la penalización de la violencia infligida por la pareja íntima y la violación en todas las circunstancias, incluso dentro del matrimonio.

12. Abogar por la recopilación de datos de investigación sobre el impacto de la violencia y la negligencia en las víctimas primarias y secundarias y en la sociedad, y por un mayor financiamiento para dicha investigación.

13. Alentar a las revistas médicas a que publiquen más investigaciones sobre las complejas interacciones en esta materia, manteniéndola así en la conciencia de las profesiones y contribuyendo al desarrollo de una base de investigación sólida y documentación permanente de los tipos e incidencia de violencia.

14. Abogar por la implementación nacional de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Se insta a los médicos a:

15. Utilizar el material elaborado para su educación para informarse mejor sobre los efectos de la violencia y las estrategias exitosas de prevención.

16. Tratar y revertir, cuando sea posible, las complicaciones y efectos adversos de la mutilación genital femenina y derivar a la paciente a los servicios de apoyo social.

17. Oponerse a la publicación o difusión de los nombres o direcciones de las víctimas sin el permiso explícito de la víctima.

18. Evaluar el riesgo de violencia familiar en el contexto de realizar una historia social de rutina de un paciente.

19. Estar alerta a la asociación entre la dependencia del alcohol o las drogas entre las mujeres y un historial de abuso.

20. Cuando corresponda, denunciar las sospechas de violencia o malos tratos contra la mujer a los servicios de protección pertinentes y tomar las medidas necesarias para garantizar que las víctimas de la violencia no corran peligro.

21. Apoyar la acción global y local para comprender mejor las consecuencias para la salud, tanto de la violencia como de la negación de derechos, y abogar por mayores servicios para las víctimas.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA CARGA GLOBAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Adoptada por la 62ª Asamblea General, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar crónica son las principales causas de muerte y discapacidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Las enfermedades crónicas no reemplazan las causas ya existentes de enfermedad ni de discapacidad (enfermedades infecciosas y trauma), se agregan a la carga de enfermedades. Los países en desarrollo ahora enfrentan la triple carga de la enfermedad infecciosa, trauma y enfermedad crónica. Esto afecta la capacidad de muchos países de prestar servicios de salud adecuados. Esto también debilita los esfuerzos de estas naciones para aumentar la esperanza de vida y estimula el crecimiento económico.

Las tendencias globales actuales y anticipadas llevarán a más problemas de enfermedades crónicas en el futuro que incluyen el envejecimiento de la población, urbanización y planificación comunitaria, estilos de vida cada vez más sedentarios, cambio climático y el creciente costo de la tecnología médica para tratar las enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas están relacionadas estrechamente con el desarrollo social y económico mundial, la globalización y la comercialización masiva de productos no saludables. Se espera que en los próximos años aumente la prevalencia y el costo de las enfermedades crónicas

## SOLUCIONES POSIBLES

La primera solución es la prevención de enfermedades. Las políticas nacionales que ayuden a la gente a lograr conductas saludables son la base para todas las soluciones posibles.

Un mayor acceso a la atención primaria junto con programas de control de enfermedades bien elaborados y al alcance de todos puede mejorar mucho la atención de salud. Las alianzas de los ministerios de salud nacionales con instituciones en los países desarrollados pueden romper muchas barreras en los lugares más pobres. Ejemplos de esta asociación eficaz existen en Malawi, Ruanda y Haití. En estos lugares en donde no se dispone de oncólogos, la atención la prestan los médicos y enfermeras locales. Estos equipos realizan quimioterapias a los pacientes que tienen una variedad de enfermedades malignas tratables.

Los sistemas de educación médica deben ser más responsables socialmente. La OMS de-

fine la responsabilidad social de las escuelas de medicina como la obligación de dirigir su educación, investigación y actividades de servicio para abordar las preocupaciones prioritarias en salud de la comunidad, región o nación a las que tienen el mandato de servir. Las preocupaciones prioritarias en salud deben ser identificadas conjuntamente por gobiernos, organizaciones de salud, profesionales de la salud y el público. Existe la necesidad urgente de adoptar normas de acreditación que apoyen la responsabilidad social. Educar a médicos y otros profesionales de la salud para que presten atención médica de acuerdo a los recursos el país debe ser una consideración primaria. Guiados por médicos de atención primaria, los equipos de médicos, enfermeras y personal de la salud de la comunidad proporcionarán atención motivada por los principios de calidad, equidad, pertinencia y eficacia. (Véase la Resolución de la AMM sobre Fuerza Laboral Médica).

Reforzar la infraestructura de atención de salud es importante para atender a una creciente cantidad de gente con enfermedades crónicas. Los elementos de esta infraestructura incluyen la formación del equipo de atención médica primaria, mejores instalaciones, vigilancia de las enfermedades crónicas, campañas de promoción de salud pública, asegurarse de la calidad y creación de estándares de atención nacionales y locales. Uno de los elementos más importante de la infraestructura de atención médica son los recursos humanos, los médicos de atención primaria bien formados y motivados son cruciales para el éxito. La ayuda internacional y los programas de desarrollo necesitan cambiar de un "enfoque vertical" sobre las enfermedades u objetivos individuales a una infraestructura de atención médica primaria más sostenible y eficaz.

Nota: Según el país, los distintos actores asumirán más o menos responsabilidad para el cambio.

**Para los gobiernos del mundo:**

1. Apoyar las estrategias globales de inmunización

2. Apoyar las estrategias globales sobre el control del tabaco y alcohol

3. Promover una vida sana e implementar políticas en apoyo a conductas preventivas y estilos de vida saludables

4. Reservar un porcentaje fijo del presupuesto nacional para el desarrollo de infraestructura de salud y promoción de estilos de vida saludables

5. Promover una política comercial que proteja la salud pública

6. Promover la investigación para prevenir y tratar las enfermedades crónicas

7. Elaborar estrategias globales para la prevención de la obesidad

**Para las asociaciones médicas nacionales:**

1. Trabajar para crear comunidades que promueven estilos de vida saludables y conductas de prevención y aumentar la conciencia del médico sobre las conductas de prevención óptima de enfermedades

2. Ofrecer a los pacientes programas para dejar de fumar, estrategias para controlar el peso, asesoramiento sobre el abuso de drogas, educación y apoyo para el autocuidado y asesoría nutricional

3. Promover un enfoque de equipo para el manejo de las enfermedades crónicas

4. Defender la integración de la prevención de enfermedades crónicas y estrategias de control en las políticas de gobierno

5. Invertir en una formación de alta calidad para tener más médicos de atención primaria y una distribución equitativa de ellos en la población

6. Proporcionar recursos accesibles de alta calidad para la educación médica continua

7. Apoyar el establecimiento de normas basadas en evidencias para la atención de enfermedades crónicas

8. Crear, apoyar y reforzar asociaciones profesionales para médicos de atención primaria

9. Promover la educación médica que responda a las necesidades de la sociedad

10. Promover un marco de apoyo para la continuidad de la atención de enfermedades crónicas, incluidas la educación del paciente y el autocuidado.

11. Defender las políticas y regulaciones destinadas a disminuir los factores que promueven las enfermedades crónicas, como la cesación del tabaco y el control de la presión arterial

12. Apoyar una fuerte infraestructura de salud pública y

13. Apoyar el concepto de que los determinantes sociales son parte de la prevención y la atención médica

**Para las escuelas de medicina:**

1. Establecer objetivos curriculares que respondan a las necesidades de la sociedad, por ejemplo la responsabilidad social

2. Centrarse en ofrecer oportunidades de formación en atención primaria que destaquen los elementos de integración y continuidad de las especialidades de atención primaria, incluida la medicina familiar

3. Proporcionar lugares educacionales de atención primaria orientados y basados en la comunidad, de modo que los estudiantes se familiaricen con los elementos básicos de la infraestructura de las enfermedades crónicas y la prestación de atención de continuidad

4. Crear departamentos de medicina familiar que sean del mismo nivel académico en la universidad y

5. Promover el uso de metodologías de formación interdisciplinarias y de otras colaboraciones en los programas de educación primaria y continua.

6. Incluir la enseñanza de prevención de enfermedades crónicas en el currículo general.

**Para cada médico:**

1. Trabajar para crear comunidades que promuevan estilos de vida saludables y conductas de prevención

2. Ofrecer a los pacientes programas para dejar de fumar, estrategias para controlar el peso, asesoramiento sobre el abuso de drogas, educación y apoyo en el autocuidado y asesoría nutricional

3. Promover un enfoque de equipo para el manejo de las enfermedades crónicas

4. Asegurar la continuidad de la atención de pacientes con enfermedades crónicas

5. Ser modelo de conductas de prevención para los pacientes al mantener la salud personal

6. Ser defensores de la comunidad para los determinantes sociales positivos y para los mejores métodos de prevención.

7. Trabajar con los padres y la comunidad para asegurar que los padres tengan los mejores consejos para mantener la salud de sus hijos.

8. Los médicos deben colaborar con las asociaciones de pacientes en la elaboración y entrega de la educación de prevención.

# RECOMENDACIÓN DE LA AMM SOBRE LA ELABORACIÓN DE UN MECANISMO DE MONITOREO E INFORME PARA PERMITIR LA AUDITORÍA DE LOS ESTADOS QUE ADHIEREN A LA DECLARACIÓN DE TOKIO

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

**La AMM recomienda que:**

1. Cuando los médicos trabajen en situaciones que los enfrenten a doble lealtad, se les debe ofrecer apoyo para asegurar que no estén en situaciones que puedan llevar a violaciones de la ética profesional, ya sea por violaciones activas de la ética médica u omisión de conducta ética y los derechos de salud fundamentales estipulados en la Declaración de Tokio.

2. Las asociaciones médicas nacionales (AMNs) deben ofrecer apoyo a los médicos en situaciones difíciles, incluida, en lo posible sin poner en peligro a los pacientes o médicos, la ayuda para que las personas informen sobre las violaciones de los derechos de salud de los pacientes y ética profesional de los médicos en recintos de custodia.

3. La AMM debe revisar la evidencia disponible en los casos que presentan sus miembros de Estados que infringen los códigos de derechos humanos y que fuerzan a los médicos a violar la Declaración de Tokio y referir dichos casos a las autoridades nacionales e internacionales pertinentes.

4. La AMM debe contactar a las asociaciones miembros e instarlas a investigar las acusaciones de médicos involucrados en torturas y abusos similares de los derechos humanos que les informan fuentes respetables, e informar en particular si los médicos corren riesgos o necesitan apoyo. La AMM debe de ayudar a las AMNs y sus miembros a resistir dichas violaciones y cuando sea realísticamente posible, mantenerse firmes en sus convicciones éticas.

5. La AMM debe instar y apoyar a las asociaciones médicas nacionales en los llamados a investigar hechos por los relatores especiales pertinentes (u otra persona u organización) cuando las AMNs y sus miembros demuestren preocupación válida.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PROTECCIÓN Y LA INTEGRIDAD DEL PERSONAL MÉDICO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

## INTRODUCCION

Durante las guerras y los conflictos armados, con frecuencia los hospitales y otras instalaciones médicas han sido atacados y mal utilizados, los pacientes y el personal médico han resultado heridos o muertos1.Dichos ataques son una violación de los Convenios de Ginebra (1949), a los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales (1977) y las Regulaciones de la AMM en tiempos de guerra (2006).

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha estado activa en condenar los ataques documentados al personal médico y las instalaciones durante los conflictos armados. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), los convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales protegen al personal médico en conflictos armados internacionales y nacionales. Las partes beligerantes tienen el deber de no interferir en la atención médica de los combatientes y civiles heridos o enfermos y de no atacar, amenazar o impedir las funciones mé-dicas. Los médicos y otro personal de la salud deben ser considerados neutrales y no se les debe impedir que cumplan con sus deberes.

La falta de información y documentación sistemáticas de la violencia contra el personal médico y las instalaciones es una amenaza tanto para los civiles como para el personal militar. La creación de estrategias para la protección y los esfuerzos para cumplir con las leyes de la guerra no es posible mientras dicha información no esté disponible.

## DECLARACION

La Asociación Médica Mundial condena todos los ataques y mal uso del personal médico, las instalaciones y vehículos en los conflictos armados. Estos ataques ponen en gran peligro a las personas que necesitan ayuda y pueden producir la evacuación de los médicos y otro personal de salud de las zonas de conflicto, con la consecuente falta de personal médico disponible.

Hoy en día ninguna parte es responsable de la recolección de información sobre las agresiones al personal médico y sus instalaciones. La obtención de información después de los ataques es vital para identificar las razones por las que el personal médico y sus instalaciones son atacados. Dicha información es importante para comprender la naturaleza de

los ataques y tomar las medidas necesarias para evitarlos en el futuro. Todos los ataques deben ser investigados debidamente y los responsables de las violaciones de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos deben ser puestos a disposición de la justicia.

La AMM solicita a los organismos internacionales apropiados establecer mecanismos con los recursos necesarios para recolectar y difundir información sobre las agresiones a médicos y otro personal de salud y a las instalaciones médicas en los conflictos armados. Estos mecanismos podrían incluir la creación de un nuevo puesto de relator de la ONU sobre la independencia y la integridad de los profesionales de la salud. Como se establece en la propuesta de la AMM para un Relator de las Naciones Unidas sobre la Independencia y la Integridad de los Profesionales de la Salud (1997), "El nuevo relator estaría encargado de controlar si los médicos pueden desplazarse libremente y que los pacientes tengan acceso a tratamiento médico, sin discriminación de nacionalidad u origen étnico, en zonas de guerra o en situaciones de tensiones políticas."

Cuando se establezca un sistema de información, la AMM recomendará a sus asociaciones miembros que informen sobre los conflictos armados que conozcan.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL USO PROFESIONAL Y ETICO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIALES

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

## DEFINICION

Medios de comunicación sociales se refiere, por lo general, a un término colectivo para las diferentes plataformas y aplicaciones que permiten crear y compartir contenido generado por el usuario electrónicamente.

## INTRODUCCION

Los objetivos de la política propuesta son:

- Examinar los desafíos profesionales y éticos relacionados con el creciente uso de los medios de comunicación sociales de los médicos, estudiantes de medicina y pacientes.
- Establecer un marco que proteja sus respectivos intereses.
- Asegurar la confianza y reputación en los altos estándares profesionales y éticos.

El uso de los medios de comunicación sociales se ha convertido en un hecho para millones de personas en el mundo, incluidos los médicos, estudiantes de medicina y pacientes.

Las herramientas interactivas y colaborativas como wikis, redes sociales, chats y blogs han transformado a los utilizadores pasivos de Internet en participantes activos. Existen medios de reunir, compartir y difundir información personal de salud, sociabilizar, y conectar amigos, parientes, profesionales, etc. Se pueden utilizar para buscar consejos médicos y los pacientes con enfermedades crónicas o médicos pueden compartir sus experiencias. También pueden ser utilizados para investigación, salud pública, educación y promoción profesional directa o indirecta.

Se deben reconocer los aspectos positivos de algunos medios de comunicación sociales, como promover un estilo de vida sano y disminuir el aislamiento de los pacientes.

Areas que pueden necesitar atención especial:

- Contenido sensible, fotografías, otros materiales personales publicados en foros sociales existen con frecuencia en el dominio público y tienen la capacidad de mantenerse en Internet permanentemente. Las personas pueden no tener control sobre la distribución final del material que incluyen.

- Los sitios, blogs y tweets sobre pacientes no reemplazan la consulta personal con médicos, pero profundizan el compromiso con los servicios de salud entre ciertos grupos. : Las "amistades" electrónicas con pacientes también pueden alterar la relación médico-paciente y puede tener como resultado una revelación del médico innecesaria y posiblemente problemática.
- La privacidad de cada parte puede verse comprometida en ausencia de normas de privacidad adecuadas y conservadoras o por un uso inapropiado. Las normas de privacidad no son absolutas, los sitios de medios de comunicación sociales pueden cambiar las normas establecidas unilateralmente, sin el conocimiento del utilizador. Los sitios de medios de comunicación sociales pueden revelar las comunicaciones a terceros.

Una gran cantidad de interesados, como empleadores prospectivos, compañías de seguro, entidades comerciales pueden monitorear estos sitios en Internet por distintas razones, por ejemplo para conocer mejor las necesidades y expectativas de sus clientes, el perfil de candidatos a trabajos, para mejorar un producto o servicio.

## RECOMENDACIONES

La AMM insta a sus AMNs a establecer normas para que sus médicos aborden los siguientes temas:

1. Mantener límites apropiados en la relación médico-paciente, de acuerdo con las normas éticas profesionales, al igual que en cualquier otro contexto.

2. Estudiar cuidadosamente y comprender las estipulaciones de privacidad de los sitios de redes sociales, considerando sus limitaciones.

3. Es preciso y adecuado que los médicos controlen habitualmente su propia presencia en Internet para asegurar que la información personal y profesional de sus propios sitios y, hasta donde sea posible, el contenido publicado sobre ellos por otros.

4. Considerar la audiencia deseada y evaluar si es técnicamente posible restringir el acceso al contenido para personas o grupos predeterminados.

5. Adoptar una posición conservadora cuando se entregue información personal cuando los pacientes puedan tener acceso al perfil. Los límites profesionales que deben existir entre el médico y el paciente pueden ser poco claros. Los médicos deben reconocer los riesgos potenciales de los medios de comunicación sociales y aceptarlos o seleccionar con cuidado el destinatario y las normas de privacidad.

6. Entregar información concisa y precisa, declarar cualquier conflicto de intereses y adoptar un tono sobrio cuando se aborden temas profesionales.

7. Asegurarse que ninguna información identificable del paciente sea publicada en un medio de comunicación social. Violar la confidencialidad afecta la confianza del pú-blico en la profesión médica, lo cual impide tratar a los pacientes de manera

eficaz.

8. Llamar la atención de los estudiantes de medicina y médicos sobre el hecho de que la publicación de información electrónica también puede contribuir a la percepción pública de la profesión.

9. Considerar incluir programas educacionales con casos de estudio pertinentes y normas apropiadas en los currículos médicos y la educación médica continua.

10. Hacer ver sus preocupaciones a un colega cuando observen su comportamiento claramente inadecuado. Si el comportamiento viola de manera importante las normas profesionales y la persona no toma medidas apropiadas para resolver la situación, los médicos deben informar esta conducta a las autoridades correspondientes.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y OTROS SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE SUMINISTRO DE NICOTINA

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

## INTRODUCCION

Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) son productos diseñados para suministrar nicotina a un consumidor en forma de vapor. Por lo general, tienen un elemento de calentamiento con una batería recargable, un cartucho reemplazable que contiene nicotina u otros productos químicos y un atomizador que cuando se calienta convierte los contenidos del cartucho en vapor (no humo). Este vapor es inhalado por el fumador. Estos productos a menudo parecen cigarrillos, cigarros y pipas. También pueden tener el aspecto de productos de la vida diaria, como lapiceras y llaves USB.

No existe una definición estándar de los e-cigarrillos y los fabricantes usan diferentes diseños e ingredientes. Los procesos de control de calidad utilizados en la fabricación de estos productos son de bajos estándares o no existen. Se han realizado pocos estudios para analizar el nivel de nicotina que recibe el fumador y la composición del vapor producido.

Los fabricantes y comercializadores de los e-cigarrillos con frecuencia afirman que sus productos constituyen una alternativa segura para el tabaquismo, en particular porque no producen humo cancerígeno. Sin embargo, no se han realizado estudios para determinar que el vapor no es cancerígeno y hay otros riesgos potenciales asociados a estos dispositivos: Atractivo para los niños, en especial cuando se agregan sabores de fresa o chocolate a los cartuchos. Los e-cigarrillos pueden aumentar la adicción a la nicotina entre los jóvenes y su consumo puede incitar a experimentar con otros productos del tabaco.

Los fabricantes y los distribuidores engañan al público al hacerle creer que estos dispositivos sean alternativas aceptables a las técnicas de cesación probadas científicamente y así retrasar la cesación en sí. Los e-cigarrillos no son comparables a los métodos de cesación probados científicamente. Su dosis, fabricación e ingredientes no son consistentes o claros. Una extensión de la marca con la utilización de cigarrillos conocidos debe ser deplorada.

El fumador recibe cantidades desconocidas de nicotina, no está claro el nivel de absorción, lo que puede tener niveles potencialmente tóxicos en el sistema. Estos productos también pueden contener otros ingredientes tóxicos para el ser humano.

Alto potencial de exposición tóxica de los niños a la nicotina, por ingestión o absorción dérmica, porque los cartuchos de nicotina y el líquido de reemplazo están disponibles en Internet y no se venden en envoltorios resistentes a los niños.

Debido a la falta de estudios químicos y en animales, al igual que los ensayos clínicos sobre los e-cigarrillos disponibles comercialmente, no se ha establecido su valor como ayuda terapéutica para la cesación ni tampoco su seguridad como reemplazo de los cigarrillos. La falta de pruebas del producto no permite llegar a la conclusión de que los e-cigarrillos no producen efectos dañinos, incluso si contienen menos substancias peligrosas que los cigarrillos convencionales.

Los ensayos clínicos, importantes estudios de población y análisis completos de los ingredientes que contienen los e-cigarrillos y los procesos de fabricación necesitan ser efectuados antes de determinar su seguridad, viabilidad e impactos, ya sea como instrumento clínico o alternativas al uso del tabaco eficaces y ampliamente disponibles.

## RECOMENDACIONES

Que la fabricación y venta de e-cigarrillos y otros sistemas electrónicos de suministro de nicotina sean sometidas a organismos reguladores nacionales antes de su aprobación basada en pruebas e investigación, ya sea como una nueva forma de producto de tabaco o como instrumento de medicación.

Que la comercialización de e-cigarrillos y otros sistemas electrónicos de suministro de nicotina como método válido de cesación del tabaquismo, deben estar basados en evidencia y deben ser aprobados por organismos reguladores apropiados, basado en la seguridad y eficacia.

Que los e-cigarrillos y otros sistemas electrónicos de suministro de nicotina sean incluidos en la legislación sobre espacios sin humo.

Los médicos deben informar a sus pacientes los riesgos en el uso de los e-cigarrillos, incluso si las autoridades reguladoras no han tomado posición sobre la eficacia y la seguridad de estos productos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS CONSECUENCIAS ETICAS DE LA ACCIÓN COLECTIVA DE LOS MÉDICOS

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en los países donde la satisfacción de los médicos con sus condiciones de trabajo ha disminuido, la acción colectiva de los médicos se ha hecho cada vez más común.

Los médicos pueden realizar protestas y tomar medidas para mejorar las condiciones de trabajo directas o indirectas que también pueden afectar la atención de pacientes. Los médicos no sólo deben considerar su deber frente a sus pacientes, sino también su responsabilidad de mejorar el sistema para que cumpla con los requisitos de accesibilidad y calidad.

Además de sus obligaciones profesionales, los médicos a menudo también son empleados. Puede haber tensiones entre el deber del médico de no causar daño y sus derechos como empleado. Por lo tanto, las huelgas de médicos u otras formas de acción colectiva con frecuencia producen debate público sobre los asuntos éticos y morales. Esta declaración intenta abordar estas materias.

## RECOMENDACIONES

La Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas nacionales (AMNs) adopten las siguientes normas para los médicos en relación con la acción colectiva:

Los médicos que participan en una acción colectiva no están exentos de sus obligaciones éticas o profesionales con sus pacientes.

Incluso cuando la acción tomada no está organizada o asociada con la asociación médica nacional, la AMN debe asegurar que el médico sea consciente y cumpla con sus obligaciones éticas.

Cuando sea posible, los médicos deben ejercer presión para obtener reformas por medio de demostraciones no violentas, lobby y publicidad o campañas de información o negociaciones o mediación.

Si participan en una acción colectiva, las AMNs deben tratar de disminuir al mínimo el perjuicio al público y asegurar que los servicios de salud básicos y de emergencia y la continuidad de la atención sean proporcionados. Además, las AMNs deben promover medidas para revisar los casos excepcionales.

Si participan en una acción colectiva, las AMNs deben entregar información continua y actualizada a sus pacientes y al público en general con respecto a las demandas del conflicto y las acciones que se tomen. El público en general debe mantenerse informado de manera oportuna sobre toda acción de huelga y las restricciones que puedan tener en la salud.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA ESTERILIZACIÓN FORZADA

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

La AMM reconoce que ninguna persona, sin consideración de su sexo, etnia, nivel socioeconómico, condición médica o discapacidad, debe ser sometida a una esterilización forzada permanente.

Una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluida la esterilización, deben estar accesibles y ser económicamente abordables para cada persona. El Estado puede cumplir una función para asegurar que estos servicios estén disponibles, junto a organizaciones privadas, caritativas y de terceros. La decisión de someterse a la contracepción, incluida la esterilización debe ser tomada únicamente por el interesado.

Al igual que otros tratamientos médicos, la esterilización sólo debe ser realizada en un paciente competente después de una elección informada y de haber obtenido de la persona su consentimiento libre y válido. Cuando un paciente no es competente, la decisión válida sobre el tratamiento debe tomarse en conformidad con los requerimientos legales pertinentes y las normas éticas de la AMM, antes de llevar a cabo el procedimiento. La esterilización de los que no pueden dar su consentimiento sería extremadamente raro y hecha sólo con el consentimiento del reemplazante que toma la decisión.

Dicho consentimiento se debe obtener cuando el paciente no enfrente una urgencia médica u otro elemento principal de estrés.

La AMM condena las prácticas en las que un Estado o cualquier otro actor intente pasar por alto los requisitos éticos necesarios para obtener un consentimiento libre y válido.

El consentimiento a la esterilización debe estar libre de incentivos materiales o sociales que puedan alterar la libertad de elección y no debe ser condición para otra atención médica (incluido el aborto seguro), beneficios sociales, seguros, institucionales u otros.

La AMM llama a las asociaciones médicas nacionales a manifestarse en contra de la esterilización forzada en sus propios países y a nivel mundial.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012
y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos,
Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Los avances de las ciencias médicas, en especial las técnicas quirúrgicas, la clasificación de tejidos y los medicamentos inmunodepresivos han hecho posible un aumento importante de las estadísticas de trasplantes de órganos y tejidos exitosos. Sin embargo, en todos los países la falta de donantes de órganos tiene como resultado una pérdida de vidas potencialmente evitable. Las asociaciones médicas nacionales deben respaldar los esfuerzos de aumentar al máximo los donantes de órganos disponibles en sus países y asegurar la mantención de los más altos estándares éticos. La Asociación Médica Mundial ha preparado este texto para ayudar a las asociaciones médicas, médicos y otros proveedores de atención médica, como también a los que elaboran políticas para lograr este objetivo.

   Esta política se basa en varios principios éticos centrales: altruismo, autonomía, beneficencia, equidad y justicia. Estos principios deben guiar las políticas de desarrollo nacionales y a los que las aplican, en relación con la obtención de órganos y la distribución y trasplante de los órganos de donantes. Todos los sistemas y procedimientos deben ser trasparentes y estar abiertos a examen.

   Esta declaración se aplica a la donación de órganos y tejidos de donantes fallecidos y vivos. No se aplica a la donación de sangre.

## CREAR CONCIENCIA PUBLICA

2. Es importante que las personas tengan la oportunidad de tomar conocimiento de la opción de la donación, como también de la oportunidad de optar o no por la donación de órganos o tejidos antes y después de su muerte. El conocimiento y la decisión se deben facilitar con un enfoque multifacético coordinado por una variedad de copartícipes y de medios, incluidos los medios de comunicación y las campañas públicas. Al preparar estas campañas, es necesario tomar en cuenta las sensibilidades religiosas o culturales de la audiencia enfocada.

3. A través de campañas que creen conciencia, las personas deben ser informadas de los

beneficios del trasplante, el impacto en las vidas de los que esperan un trasplante y la falta de donantes disponibles. Se les debe instar a pensar en sus propios deseos sobre la donación, plantear sus intenciones a sus familias y amigos y utilizar mecanismos establecidos para registrarlas formalmente al optar o no por la donación.

4. La AMM apoya la decisión informada del donante. Las asociaciones médicas nacionales de los países que han adoptado o consideran una política de "consentimiento supuesto" (o no optar), en la que existe presunción que el consentimiento se ha otorgado, a menos que haya evidencia de lo contrario, o una "decisión por mandato", en la que a todas las personas se les pediría declarar si desean donar, deben hacer todo lo posible para asegurar que estas políticas hayan sido divulgadas en forma adecuada y no afecten la decisión informada del donante, incluido el derecho del paciente a negarse a donar.

5. Se debe considerar la creación de un registro nacional de donantes para elaborar y mantener una lista de los ciudadanos que han optado donar o no sus órganos o tejidos. Todos estos registros deben proteger la vida privada de la persona y la capacidad de ésta para controlar la recolección, utilización, entrega y acceso a la información sobre su salud para otros fines. Se deben tomar medidas para asegurar que la decisión de inscribirse en un registro sea informada adecuadamente y que los inscritos puedan retirarse del registro de manera fácil y rápida y sin perjuicio.

6. La donación de órganos de donantes vivos es un elemento cada vez más importante de los programas de trasplante en muchos países. La mayoría de estas donaciones se hacen entre personas relacionadas o cercanas emocionalmente, y pocas donaciones que van en aumento son a personas que no conocen. Dado que existen riesgos para la salud asociados a la donación de órganos de donantes vivos, es esencial contar con controles y medidas de seguridad. La información destinada a que la gente sepa que tiene la posibilidad de donar órganos en vida debe ser preparada con cuidado, de manera de no presionarlos a donar y reducir al mínimo el riesgo de presión financiera o de otro tipo. Los donantes potenciales deben saber dónde obtener información sobre lo que implica, los riesgos inherentes y deben saber que existen medidas de seguridad establecidas para proteger a los que se ofrecen como donantes.

## PROTOCOLOS PARA LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS DE DONANTES FALLECIDOS

7. La AMM insta a sus miembros a apoyar la elaboración de amplios protocolos nacionales completos y coordinados relativos a la obtención de órganos y tejidos de fallecidos (también referido como de cadáveres), en consulta y cooperación con todos los copartícipes pertinentes. Se deben considerar los problemas éticos, culturales y de sociedad que surjan en relación con el tema de donación y trasplante, se deben resolver, cuando sea posible, en un proceso abierto con debate público e informado con evidencia sólida.

8. Los protocolos nacionales y locales deben proporcionar información en detalle sobre la identificación, derivación y gestión de los donantes potenciales, al igual que la

comunicación con los cercanos a la gente que ha muerto. Deben instar a la obtención de órganos y tejidos que sean consistentes con lo estipulado en esta política Los protocolos deben defender los siguientes principios clave:

- Las decisiones de mantener o poner término a un tratamiento para prolongar la vida deben basarse en una evaluación de si el tratamiento es beneficioso para el paciente. Estas decisiones deben ser y deben considerarse completamente separadas de toda decisión sobre la donación.
- El diagnóstico de muerte debe hacerse conforme a normas nacionales y como se estipula en la Declaración de Sídney de la AMM sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Organos.
- Debe existir una clara separación entre el equipo tratante y el del trasplante. En particular, el médico que declara o certifica la muerte de un donante potencial no debe participar en el proceso del trasplante. Tampoco debe ser responsable del cuidado de la persona que recibe el órgano.
- Los países que realizan donaciones después de una muerte circulatoria/cardiaca deben tener protocolos específicos y detallados para esta práctica.
- Cuando una persona haya expresado el deseo claro y voluntario de donar órganos o tejidos después de su muerte, se deben tomar medidas para facilitar sus deseos cuando sea posible. Esto forma parte de la responsabilidad del equipo tratante con el paciente agonizante.
- La AMM considera que los deseos del donante potencial son muy importantes. Se debe instar a los parientes y cercanos al paciente a respaldar el deseo antes expresado de la persona fallecida de donar sus órganos o tejidos. Cuando sea posible, estas conversaciones deben darse antes del fallecimiento del paciente.
- Cualquiera que se acerque al paciente, a sus familiares u otro representante designado, en relación con la donación de órganos y tejidos, debe tener la combinación apropiada de conocimientos, capacidades y sensibilidad para tener dichas conversaciones. Los estudiantes de medicina y los médicos en ejercicio deben adquirir la formación necesaria para esta tarea y las autoridades correspondientes deben proporcionar los recursos necesarios para asegurar la formación.
- Las donaciones deben ser incondicionales. En casos excepcionales, la solicitud de donantes potenciales o de sus representantes, para que el órgano o tejido sea dado a un receptor en particular puede ser considerada si está permitido por la legislación nacional. Sin embargo, los donantes que traten de aplicar condiciones que puedan ser consideradas discriminatorias contra ciertos grupos deben ser rechazados.

9. Los hospitales y otras instituciones en las que se realizan las donaciones deben asegurarse que los protocolos de donación sean divulgados entre las personas que probablemente los usen y que se cuente con los recursos necesarios para su implementación. También deben fomentar una cultura pro donación en la institución en la que la consideración de la donación es la norma, en lugar de la excepción, cuando muere un paciente.

10. La función de la coordinación de trasplantes es muy importante en la donación de

órganos. Los coordinadores son el punto de contacto clave entre la acongojada familia y el equipo de donación y por lo general también se encargan de los complejos arreglos logísticos para que se lleve a cabo la donación. Su función debe ser reconocida y respaldada.

11. La donación de órganos de personas fallecidas debe estar basada en la noción de un obsequio, entregado libre y voluntariamente. Debe incluir el consentimiento voluntario y sin presión de la persona expresado antes de la muerte (al optar o no por la donación, depende de la jurisdicción) o la autorización voluntaria de los cercanos al paciente fallecido si los deseos de esa persona no se conocen. La AMM se opone fehacientemente a la comercialización de la donación y del trasplante.

12. A fin de que la decisión de donar órganos sea debidamente informada, los posibles donantes o sus representantes deben tener acceso a la información significativa y pertinente, incluido a través de su médico general. Normalmente, esto debe incluir información sobre:

    - los procedimientos y definiciones para certificar la muerte,
    - probar los órganos o tejidos para determinar si son adecuados para el trasplante, lo que puede revelar riesgos de salud insospechados en los posibles donantes y sus familias,
    - medidas que puedan ser necesarias para preservar la función del órgano hasta que se certifique la muerte y se pueda realizar el trasplante,
    - qué pasará con el cuerpo una vez que se certifique la muerte,
    - qué órganos y tejidos acuerdan donar,
    - el protocolo que se aplicará en el caso que la familia se oponga a la donación y
    - la posibilidad y el proceso para retirar el consentimiento.

13. Los posibles donantes o sus representantes en salud deben tener la oportunidad de hacer preguntas sobre la donación y se les debe responder de manera sensible y clara.

14. Cuando se donan órganos y tejidos, se debe proporcionar información y obtener el consentimiento para ambos a fin de disminuir al mínimo la angustia y el desgarro para los cercanos a la persona fallecida.

15. En algunas partes del mundo se ofrece una contribución por los costos del funeral a la familia del donante. Esto puede considerarse como un reconocimiento apropiado de su acto altruista o como un pago que compromete la voluntariedad de la opción y la base altruista de la donación. La interpretación puede depender en parte de lo que se ha establecido y arreglado. Cuando se considera la introducción de dicho sistema, es necesario tener cuidado de que los principios centrales de altruismo, autonomía, beneficencia, equidad y justicia sean mantenidos.

16. La toma de decisión libre e informada requiere no sólo la entrega de información, sino que también la ausencia de presiones. Toda sospecha de presión debe ser aclarada antes de tomar la decisión de donar órganos o tejidos.

17. Los prisioneros y otras personas detenidas efectivamente en instituciones pueden donar después de su muerte si sólo se ha comprobado que la donación está conforme a los deseos anteriores y no presionados de la persona y si ésta no puede dar su consentimiento, un familiar u otra persona autorizada a decidir haya otorgado su autorización. Esta autorización no puede invalidar el rechazo anterior de consentimiento."

18. Su muerte es por causas naturales y es comprobable.

19. En las jurisdicciones en las que se acepta la pena de muerte, los prisioneros ejecutados no deben considerados donantes de órganos o tejidos. Aunque pueden existir casos en los que los prisioneros actúen de manera voluntaria y sin presión, es imposible implementar medidas de seguridad adecuadas para protegerse de la presión en todos los casos.

**ASIGNACION DE ORGANOS DE DONANTES MUERTOS**

20. La AMM considera que deben existir políticas explícitas, que sean de conocimiento público, que regulen todos los aspectos del trasplante y la donación de órganos y tejidos, incluido el manejo de las listas de espera de órganos, a fin de asegurar un acceso justo y apropiado.

21. Las políticas que regulen el manejo de las listas de espera deben asegurar eficacia y justicia. Los criterios que se deben considerar en la asignación de órganos o tejidos incluyen:

    - la gravedad y urgencia médica,
    - tiempo en la lista de espera,
    - probabilidad médica de éxito, medida por factores como la edad, el tipo de enfermedad, probable mejoramiento de la calidad de vida, otras complicaciones y compatibilidad de tejidos.

22. No debe haber discriminación basada en la posición social, estilo de vida o comportamiento. Los criterios no médicos no deben ser considerados.

**PROTOCOLOS PARA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS DE DONANTES VIVOS**

23. Las donaciones de personas vivas son cada vez más comunes como una manera de paliar la escasez de órganos de donantes muertos. En la mayoría de los casos, los donantes dan sus órganos a parientes o personas con cercanía emocional. Pocos optan por donar un órgano de manera altruista a un extraño. Otro contexto es cuando uno o más donantes y receptores son incompatibles entre ellos, pero donan en forma cruzada o a una bolsa común (por ejemplo, donante A dona a receptor B, donante B dona a receptor C y donante C dona a receptor A).

24. Todos los posibles donantes deben recibir información precisa y actualizada sobre el

procedimiento y los riesgos de la donación y deben tener la oportunidad de abordar el tema en forma privada con un miembro del equipo de salud o consejero. Normalmente la información debe incluir:

los riesgos de ser un donante vivo,
los exámenes que se realizan para evaluar la conveniencia para la donación y esto puede revelar problemas de salud insospechados,
qué pasará antes, durante y después de la donación y,
en caso de órganos sólidos, las consecuencias a largo plazo de vivir sin el órgano donado.

25. Los posibles donantes deben tener la oportunidad de hacer preguntas sobre la donación y se les debe responder de manera sensible y clara.

26. Deben implementarse procedimientos para asegurar que los donantes vivos actúen de forma voluntaria y libre de presiones. A fin de evitar que a los donantes se les pague que luego aparezcan como donantes conocidos, se deben realizar controles independientes para verificar la relación señalada y cuando esto no se pueda probar, la donación no se debe realizar. Estos controles deben ser independientes del equipo de trasplante y de los que atienden al posible receptor.

27. Se deben implementar medidas de seguridad adicionales para los donantes vulnerables, incluidos, pero no limitado a las personas dependientes de alguna manera (como los menores competentes que donan a un padre o hermano).

28. Los prisioneros pueden ser donantes vivos solo en circunstancias excepcionales, a familiares en primer o segundo grado, se debe proporcionar evidencia de dicha relación antes de proceder con la donación. Cuando los prisioneros son considerados como donantes vivos, se necesitan medidas de seguridad extras para asegurarse que actúan en forma voluntaria y sin presión.

29. Las personas que no tienen la capacidad de consentir no deben ser consideradas como donantes de órganos vivos por su incapacidad de comprender y decidir voluntariamente. Se pueden hacer excepciones en circunstancias muy limitadas, luego de una revisión legal y ética.

30. Los donantes no deben perder financieramente por sus donaciones y deben ser reembolsados por gastos generales y médicos y pérdidas de ganancias.

31. En algunas partes del mundo, a las personas se les paga para que donen un riñón, aunque virtualmente en todos los países la venta de órganos es ilegal. La AMM se opone firmemente a un mercado de órganos.

**PROTOCOLOS PARA LOS RECEPTORES**

32. Se deben seguir los protocolos de toma de decisión libre e informada en el caso de los

receptores de órganos. Normalmente, esto debe incluir información sobre:

- los riesgos del procedimiento,
- la sobrevivencia probable a corto, mediano y largo plazo, la morbilidad y la calidad de vida,
- alternativas de trasplante y
- cómo se obtienen los órganos y tejidos.

33. En caso de un diagnóstico tardío de una infección, enfermedad o malignidad en el donante, se debe suponer que el receptor será informado de cualquier riesgo al que puede haber estado expuesto. La decisión individual de darlo a conocer necesita tomar en cuenta las circunstancias particulares, incluido el nivel y gravedad del riesgo. En la mayoría de los casos la revelación será apropiada y debe ser manejada con cuidado y sensibilidad.

## COSTOS Y ORIGEN DE LOS ORGANOS Y TEJIDOS

34. Los órganos o tejidos sospechosos de haber sido obtenidos por medios ilegales no deben ser aceptados para trasplante.

35. Los órganos y tejidos no deben ser vendidos por ganancias. Al calcular el costo del trasplante los gastos relacionados con el órgano o tejidos deben ser restringidos a los costos directamente asociados a su extirpación, almacenamiento, asignación y trasplante.

36. Los cirujanos que realizan trasplantes deben asegurarse que los órganos y tejidos que trasplantan hayan sido obtenidos conforme a lo estipulado en esta política y deben evitar trasplantar órganos y tejidos que saben o sospechan que no han sido obtenidos de manera legal y ética.

## TRANSPARENCIA Y RESPONSABILIDAD

37. Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con los gobiernos y las instituciones pertinentes para asegurar la implementación de estructuras y procesos adecuados y eficaces para:

- apoyar la trazabilidad pertinente y el seguimiento de todos los receptores de trasplante y donantes vivos, incluidos los que requieren recibir atención y apoyo médicos.
- registrar la información sobre los índices de donaciones y trasplantes y los resultados.
- evaluar los resultados, calidad, seguridad y eficacia a corto y largo plazo de las actividades de donaciones y trasplantes.
- evaluar el cumplimiento de los protocolos éticos y clínicos de la donación de órganos y las actividades de trasplantes.

38. La información de estas actividades debe hacerse pública y abierta a análisis (a pesar de la protección apropiada de la confidencialidad del donante y del receptor).

39. Las medidas de salud pública para disminuir la demanda de órganos donados deben considerarse una prioridad, junto a iniciativas destinadas a aumentar la eficacia y el éxito de los sistemas de donación de órganos.

40. Se deben monitorear los nuevos avances y posibilidades, como el trasplante de especies distintas y el uso de células madre para reparar órganos dañados. Antes de introducir estas tecnologías en la práctica clínica, se deben someter a una revisión científica y estrictos controles de seguridad, al igual que a una revisión ética. Cuando, como en los trasplantes de especies distintas, existen riesgos potenciales que van más allá de los receptores individuales, este proceso debe incluir también un debate público.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA PRIORIDAD DE LA INMUNIZACIÓN

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012 y reafirmada por la sesión 212ª del Consejo de la AMM en Santiago, Chile, Abril 2019

## INTRODUCCIÓN

El uso de la vacunación para prevenir una enfermedad fue realizado con éxito por primera vez por Jenner en 1796 cuando utilizó material de viruela bovina para vacunar contra la viruela. Desde entonces, la vacunación es reconocida como estrategia de prevención efectiva para muchas enfermedades transmisibles y ahora se utiliza para controlar algunas enfermedades no transmisibles.

La elaboración y la administración de vacunas son unas de las más importantes intervenciones para influenciar la salud global en los tiempos modernos. Se estima que en la actualidad la inmunización evita aproximadamente 2,5 millones de muertes cada día, que salva vidas de enfermedades como la difteria, tétanos, tos convulsiva y sarampión. Alrededor de 109 millones de niños menores de un año son vacunados con la vacuna para la difteria-tétanos-tos convulsiva (DTP3)

Principalmente, el objetivo fundamental de la inmunización es la erradicación total de las enfermedades transmisibles. Esto se logró en 1980 con la viruela y existe un objetivo realista de erradicar la polio en los próximos años.

La Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS) 2006-2015 elaborada por la OMS y la UNICEF con la esperanza de llegar a poblaciones que en la actualidad no tienen servicios de inmunización o que no tienen el nivel de cobertura adecuado.

Las cuatro estrategias promovidas en esta visión son las siguientes:

- Proteger a más gente en un mundo cambiante
- Introducir nuevas vacunas y tecnologías
- Integrar la inmunización, otras intervenciones de salud asociadas y vigilancia en el contexto de los sistemas de salud
- Inmunizar en el contexto de la interdependencia mundial[1]

La investigación de las vacunas revela constantemente nuevas posibilidades para proteger a las poblaciones de graves amenazas para la salud. Por lo demás, surgen nuevas cepas de enfermedades, lo que necesita adaptar las vacunas para ofrecer protección.

El proceso de inmunización requiere un ambiente que cuente con materiales apropiados y personal de salud para asegurar la administración segura y eficaz de las vacunas. Con frecuencia esto requiere de inyecciones y siempre se deben aplicar los procedimientos

seguros para las inyecciones.

Los programas de inmunización pueden variar según el tipo de vacuna, algunas necesitan administraciones múltiples para que sean eficaces. Es muy importante que se siga todo el programa, de otra manera la inmunidad para la enfermedad se puede ver comprometida.

Los beneficios de la inmunización han tenido un profundo efecto en las poblaciones, no sólo en cuanto a prevenir la mala salud, sino que también en permitir la reasignación de los recursos que se necesitaban para tratar las enfermedades y derivarlos a otras prioridades de salud. Las poblaciones más sanas son un beneficio económico y pueden contribuir más a la sociedad.

Reducir la mortalidad infantil es el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, la inmunización de niños tiene un impacto importante en la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años. Según la OMS, todavía quedan más de 19 millones de niños que no han recibido la vacuna DTP3. Además, se deben establecer servicios básicos de atención médica para la salud materna con personal de salud capacitado.

La inmunización de los adultos contra enfermedades como la influenza y las infecciones neumocócicas ha demostrado ser eficaz, no sólo al disminuir la cantidad de casos entre los que han recibido la inmunización, sino que también al reducir la carga de enfermedades en la sociedad.

La profesión médica condena toda denuncia sin fundamento e inexacta con respecto a los posibles peligros de la vacunación. Estas denuncias han producido una disminución de la proporción de inmunizaciones en algunos países, lo que tiene como resultado que las enfermedades a ser prevenidas por el programa de vacunación han aumentado con graves consecuencias para muchas personas.

La prioridad de inmunización es distinta según el país, la prevalencia y el riesgo de enfermedad varía entre las poblaciones. No todos los países tienen el mismo porcentaje de cobertura, tampoco tienen los recursos para adquirir, coordinar, distribuir o administrar de manera eficaz las vacunas a sus poblaciones, con frecuencia se apoyan en las organizaciones no gubernamentales para implementar los programas de inmunización, las que a su vez dependen de financiamiento externo que tal vez no se puede asegurar. Durante las crisis económicas mundiales, el financiamiento de estos programas está bajo gran presión.

El riesgo de complicaciones de la salud por enfermedades evitables con vacunas es mayor para los que deben superar barreras para acceder a los servicios de inmunización, las que pueden ser de costo, ubicación geográfica, falta de conocimiento de los servicios de inmunización y sus beneficios para la salud u otros factores limitantes.

Los que sufren enfermedades crónicas, con problemas de salud u otros factores de riesgo como la edad, tienen un riesgo particular de complicaciones importantes, debido a las enfermedades evitables con vacunas y por lo tanto, deben ser el objetivo para asegurar una inmunización adecuada.

Las cadenas de suministro pueden ser difíciles de asegurar, en especial en países que no tienen coordinación o apoyo a sus programas de inmunización. El asegurar los recursos apropiados, como los profesionales de salud cualificados, equipos y apoyo administrativos puede ser un desafío importante.

La recopilación de información sobre las tasas de vacunación, los efectos secundarios de las vacunas y la vigilancia de enfermedades a menudo pueden ser difíciles de lograr, en especial en lugares aislados y con bajos recursos. Sin embargo, informar incidentes y monitorear la propagación de enfermedades son herramientas vitales para combatir las amenazas mundiales a la salud.

## RECOMENDACIONES

La AMM respalda las recomendaciones de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS) 2006-2015 y hace un llamado a la comunidad internacional a:

- Instar a los gobiernos a comprometer recursos para los programas de inmunización destinados a satisfacer las necesidades específicas del país.
- Reconocer la importancia de la vacunación/inmunización a través del apoyo continuo y adopción de medidas destinadas a lograr los objetivos de vacunación mundiales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial el cuarto (reducir la mortalidad infantil), quinto (mejorar la salud materna) y sexto (combatir el VIH/Sida, malaria y otras enfermedades).
- Reconocer la responsabilidad global de la inmunización contra las enfermedades evitables y apoyar la labor en países que tienen dificultades para alcanzar los objetivos de 2012 de la Iniciativa Mundial de la Erradicación de la Poliomelitis[2].
- Apoyar a los gobiernos nacionales con poblaciones vulnerables, con riesgo de enfermedades evitables con vacunas, y los organismos locales que trabajan para prestar servicios de inmunización y trabajar con ellos para disminuir las restricciones para acceder a los servicios.
- Apoyar la investigación y fabricación de vacunas y asegurar el compromiso a través del financiamiento adecuado de la investigación vital sobre vacunas.
- Promover la vacunación y los beneficios de la inmunización, en especial destinado a las poblaciones a riesgo y con difícil acceso.
- Cumplir con las actividades de monitoreo realizadas por la OMS y otras autoridades de salud.
- Promover los altos estándares en la investigación, desarrollo y administración de las vacunas para asegurar la seguridad del paciente. Las vacunas deben ser probadas a fondo antes de ser implementadas a gran escala y controladas después a fin de identificar posibles complicaciones y efectos secundarios adversos. Para ser exitosos, los programas de inmunización necesitan la confianza del público, la que depende de la seguridad.

Al implementar los programas de vacunación la AMM recomienda:

- El programa de inmunización completo se entrega para proporcionar una cobertura óptima. Cuando sea posible, el programa debe ser administrado y monitoreado por

personas con formación adecuada a fin de asegurar la entrega consistente y el manejo rápido y apropiado de las reacciones adversas a la vacuna.
- Emplear estrategias para llegar a poblaciones que pueden estar aisladas por ubicación geográfica, raza, religión, situación económica, marginalización social, sexo y edad.
- Asegurar que los profesionales de salud cualificados reciban la formación completa para administrar vacunas e inmunizaciones en forma segura y que estén dirigidas a los que más las necesiten
- Informar a las personas sobre los beneficios de la inmunización y cómo acceder a los servicios de inmunización.
- Mantener los registros médicos precisos para asegurar que esté disponible la información válida sobre la administración y tasas de cobertura de las vacunas, para así permitir que las políticas de inmunización estén basadas en evidencia sólida y confiable.
- Los profesionales de la salud debe ser considerados como una población prioritaria para recibir los servicios de inmunización, debido a su exposición a los pacientes y las enfermedades.

La AMM llama a sus miembros a defender lo siguiente:

- Aumentar la conciencia de los programas nacionales de inmunización y su propio historial de vacunación (o el de sus dependientes).
- Trabajar con los gobiernos nacionales y locales para asegurarse que los programas de inmunización tengan recursos y sean implementados.
- Asegurarse que el personal de salud que proporciona servicios de vacuna e inmunización reciba una educación y formación adecuadas.
- Promover la base de evidencias y aumentar la conciencia sobre los beneficios de la inmunización entre los médicos y el público.

---

[1] World Health Organization and United Nations Children's Fund. Global Immunization Vision and Strategy, 2006-2015. Geneva, Switzerland: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2005. Available at: http://www.who.int/immunization/givs/related_docs/en/index.html

[2] World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative: Strategic Plan 2010-2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Available at: http://polioeradication.org/who-we-are/strategy/

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA VIOLENCIA EN EL SECTOR DE LA SALUD DE PARTE DE LOS PACIENTES Y SUS CERCANOS

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

## INTRODUCCIÓN

Todas las personas tienen derecho a trabajar en un entorno seguro, sin la amenaza de la violencia. La violencia en el lugar de trabajo incluye la violencia física y no física (psicológica). Dado que el abuso no físico, como el acoso y amenazas, puede tener graves consecuencias psicológicas, se debe utilizar una definición general de la violencia en el lugar de trabajo. En esta Declaración utilizaremos la definición más aceptada de violencia en el lugar de trabajo utilizada por la OMS: "El uso deliberado del poder, en grado de amenaza o efectivo, contra otra persona o un grupo en el lugar del trabajo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones".

La violencia, además de los numerosos efectos que puede tener para la salud de las víctimas, también tiene potencialmente efectos sociales destructivos. La violencia contra el personal de la salud incluidos los médicos, no sólo afecta a las personas directamente involucradas es particularmente insidiosa, sino que tiene un impacto en todo el sistema de salud y sus prestaciones. Estos actos de violencia afectan la calidad del ambiente de trabajo y por lo tanto tiene el potencial de un impacto perjudicial para la calidad de la atención recibida por los pacientes. Además, la violencia puede afectar la disponibilidad de la atención, en las regiones más pobres.

Aunque la violencia en el lugar de trabajo es sin dudas un problema global, se deben tomar en cuenta las diferencias culturales entre los países, a fin de comprender con precisión el concepto de violencia a nivel universal. Existen importantes diferencias sobre lo que constituye la violencia y qué formas específicas de violencia en el lugar de trabajo es muy probable que ocurran. Es conocido ampliamente que las amenazas y otras formas de violencia psicológica son más frecuentes que la violencia física. Las razones y las causas de la violencia en el marco de la salud son extremadamente complejas.

Varios estudios han identificado las causas más comunes que originan actos de violencia en el sector de la salud, como la espera para recibir tratamiento y la insatisfacción del tratamiento proporcionado[1]. Además, los pacientes pueden tener un comportamiento agresivo debido a su estado de salud o a los medicamentos que toman o consumo de alcohol y otras drogas. Otro ejemplo importante es que las personas pueden amenazar o perpetrar violencia física contra el personal de la salud porque se oponen, en base a sus creencias sociales, políticas o religiosas, a un área específica de la práctica médica.

Es necesario un enfoque multifacético que cubra las áreas de legislación, seguridad, recopilación de información, formación, factores ambientales, conciencia pública e incentivos financieros para abordar el tema de la violencia en el sector de la salud.

Además, la colaboración entre los diferentes actores (incluidos el gobierno, asociaciones médicas nacionales (AMNs), hospital, servicios de salud generales, administración, compañías de seguro, preparadores y preceptores, investigadores, policía y las autoridades legales) es más eficaz que los esfuerzos individuales de una sola parte. Las AMNs, como representantes de los médicos, deben cumplir una función activa en el combate de la violencia en el sector de la salud, también deben instar a otros actores clave a tomar medidas y así restablecer más la calidad del ambiente de trabajo para los empleados de la salud y calidad de la atención de los pacientes.

Este enfoque de colaboración para hacer frente a la violencia en el sector de la salud debe ser promovido en todo el mundo.

## RECOMENDACIONES

La AMM insta a las asociaciones médicas nacionales (AMNs) a tomar medidas en las siguientes áreas:

**Estrategia** - Las AMNs deben instar a las instituciones de salud a elaborar e implementar un protocolo para enfrentar los actos de violencia. El protocolo debe incluir lo siguiente:

- Política de tolerancia cero para la violencia en el trabajo.
- Definición universal de la violencia en el lugar de trabajo.
- Un plan predeterminado para mantener la seguridad en el lugar de trabajo.
- Un plan de acción designado para uso de los profesionales de la salud cuando ocurra violencia.
- Un sistema para informar y registrar los actos de violencia que puede incluir informar a las autoridades legales o policíacas.
- Un medio para asegurar que los empleados que informan sobre violencia no enfrenten represalias

Para que este protocolo sea eficaz es necesario que la administración de las instituciones de salud comunique y tome las medidas necesarias para asegurarse que todo el personal conozca la estrategia.

**Elaboración de políticas** - Para aumentar la satisfacción de los pacientes las prioridades y limitaciones nacionales en atención médica deben ser abordadas claramente por las instituciones de gobierno.

El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad de los pacientes, médicos, y otro personal de salud. Esto incluye proporcionar un entorno físico apropiado. Por lo tanto, los sistemas de salud deben ser diseñados para promover la seguridad del personal de la salud y pacientes. La institución que ha tenido un acto de violencia producido por un paciente puede necesitar seguridad extra, ya que el personal de la salud tiene el derecho de ser protegido en el lugar de trabajo.

En algunas jurisdicciones los médicos pueden tener derecho a rechazar atender a pacientes violentos. En esos casos, deben asegurarse que las autoridades pertinentes cuenten con otras alternativas, a fin de resguardar la salud del paciente y su tratamiento.

Los pacientes con trastornos mentales graves o crónicos pueden tener una conducta violenta con el personal que los atiende. Los que atienden a estos pacientes deben ser protegidos adecuadamente.

**Formación** - Un elemento disuasivo clave de los actos violentos puede ser un personal bien formado y vigilante apoyado por la administración de las instituciones de salud. Las AMNs deben trabajar con los establecimientos de educación de pre y post grado para asegurar que los profesionales de la salud reciban formación en lo siguiente: técnicas de comunicación y cómo tratar a personas potencialmente violentas y situaciones de alto riesgo, a fin de evitar incidentes de violencia. El cultivo de relaciones médico-paciente basadas en el respeto y mutua confianza no sólo mejorará la calidad de la atención del paciente, sino que fomentará sentimientos de seguridad, lo que tendrá como resultado un menor riesgo de violencia.

**Comunicación** - Las AMNs deben trabajar con otros asociados clave para aumentar la conciencia de la violencia en el sector de la salud. Cuando sea apropiado, deben informar al personal de salud y al público cuando ocurran actos de violencia e instar a los médicos a informar dichos actos de violencia a través de los canales apropiados. Además, una vez que ha ocurrido un acto de violencia, se debe informar a la víctima los procedimientos que se apliquen después.

**Ayuda a las víctimas** - Se debe proporcionar asesoramiento y apoyo médico, psicológico y legal a los miembros del personal que hayan sido víctimas de violencia o actos de violencia en el trabajo.

**Recopilación de información** - Las AMNs deben hacer lobby ante sus gobiernos o juntas de hospitales para establecer sistemas de información apropiados que permitan al personal de la salud informar de manera anónima y sin represalias cualquier amenaza o incidente violento. Dicho sistema debe evaluar la cantidad, tipo y gravedad, incidentes de violencia en una institución y lesiones. Los sistemas deben utilizarse para analizar la eficacia de las estrategias de prevención. La información y análisis agregados deben estar disponibles para las AMNs.

**Investigación** - En todos los casos de violencia debe haber alguna forma de investigación para entender mejor las causas y ayudar a evitar la violencia futura. En algunos casos, la investigación puede llevar a un procesamiento en los códigos civiles o penales. Los procedimientos deben ser en lo posible con autoridad y no complicados para la víctima.

**Seguridad** - Las AMNs deben trabajar para asegurar que las medidas de seguridad ade-0cuadas existan en todas las instituciones de salud y los actos de violencia en el sector de la salud tengan una alta prioridad para las instituciones que aplican la ley. Se debe implementar una evaluación rutinaria del riesgo de violencia a fin de identificar qué empleos y lugares tienen el más alto riesgo de violencia. Ejemplos de áreas de alto riesgo incluyen los lugares de práctica general, los establecimientos de tratamiento de salud mental y las áreas de mucho tráfico de los hospitales, incluido el departamento de urgencias.

El riesgo de violencia puede mejorarse a través de varios medios que podrían incluir poner guardias de seguridad en estos lugares de alto riesgo y en la entrada de los edificios, con la instalación de cámaras de seguridad y alarmas para los profesionales de la salud y al mantener iluminación suficiente en los lugares de trabajo para contribuir a un entorno de vigilancia y seguridad.

**Aspectos financieros** - Las AMNs deben instar a sus gobiernos a destinar fondos adecuados para abordar eficazmente la violencia en el sector de la salud.

---

[1] Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. *Verbal and physical violence towards hospital- and community- based physicians in the Negev: an observational study* BMC Health Service Research 2005; ***5***: 54

Derazon H, Nissimian S, Yosefy C, Peled R, Hay E. *Violence in the emergency department* (Article in Hebrew) Harefuah. 1999 Aug; 137(3-4): 95-101, 175

Landua SF. *Violence against medical and non-medical personnel in hospital emergency wards in Israel* Research Report, Submitted to the Israel National Institute for Health Policyand Health Services Research, December 2004

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES FÚNGICAS

Adoptada por las 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

Las estimaciones de la Carga Mundial de Morbilidad anual de la OMS reconocen que las enfermedades fúngicas son responsables de una importante proporción de los problemas de salud en el mundo. Estas incluyen las infecciones fúngicas cutáneas que afectan hasta mil millones de personas y la candidiasis vulvovaginal que afecta a varios millones de mujeres múltiples veces al año.

Las enfermedades fúngicas invasoras y crónicas que son incluso más graves llevan a tasas de morbilidad anual que son similares a las causadas por la preocupación de salud mundial reconocida, como la malaria y la tuberculosis. Además de la muerte, las enfermedades fúngicas inciden en la mala salud crónica, incluida la ceguera relacionada con la queratitis, insuficiencias respiratorias con *aspergilosis broncopulmonar alérgica* (ABA), asma grave con sensibilización fúngica (AGSF) y aspergilosis pulmonar crónica (APC), pérdida de peso y mala alimentación por candidiasis esofágica y CPA e incapacidad de tener una actividad sexual sana por candidiasis vulvovaginal.

Las enfermedades fúngicas graves son a menudo oportunistas y son consecuencia de otras enfermedades que inhiben el sistema inmunológico, como el asma, el SIDA, el cáncer, los medicamentos inmunosupresores post trasplantes y los tratamientos con corticoides. Algunas se observan en pacientes muy enfermos.

A pesar de que muchas enfermedades fúngicas pueden ser tratadas de manera relativamente simple, en muchos casos no lo son. Las infecciones fúngicas son raramente distintas para ser diagnosticadas clínicamente como tales y como los cultivos son con frecuencia falsamente negativos es común que no se diagnostiquen. Además, a menudo se deja de lado una ventana de diagnóstico estrecha para curar al paciente, lo que resulta en una prolongada y costosa hospitalización, a menudo con una consecuencia fatal. A pesar de la existencia de medicamentos eficaces para tratar las infecciones fúngicas, con frecuencia no están disponibles cuándo y dónde se necesitan.

## DECLARACIÓN

La AMM insiste en la necesidad de apoyar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades fúngicas e insta a los gobiernos nacionales asegurar que los tests de diagnóstico y los tratamientos para las enfermedades fúngicas estén disponibles para sus ciudadanos. En

función de la prevalencia de las enfermedades fúngicas y al estado de salud, el test específico del antígeno o la microscopía y el cultivo son esenciales. Estos tests y el personal formado para aplicarlos e interpretarlos deben estar disponibles en todos los países donde existen las infecciones fúngicas sistémicas. Esto incluirá la creación de un centro de diagnóstico de excelencia con personal suficiente formado en la materia. El control de la toxicidad de los antimicóticos debe estar disponible.

Es el médico el primer contacto para la mayoría de los pacientes con infecciones fúngicas. Por esto, los médicos deben conocer el tema para realizar un diagnóstico eficaz.

La AMM insta a sus miembros a realizar y apoyar estudios epidemiológicos sobre el flagelo de las enfermedades fúngicas en sus países y a informar a sus gobiernos los resultados.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

## INTRODUCCIÓN

La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) constituye una oportunidad única y valiosa para que los médicos eviten la morbilidad y mortalidad de ciertos cánceres en todas las poblaciones y para mejorar la salud materna. Por lo tanto, la vacuna VPH merece ser considerada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en forma separada de otras vacunas.

El VPH es un virus de transmisión sexual que es tan común que la mayoría de los adultos activos sexualmente son infectados en algún momento de sus vidas. La mayor parte de las infecciones no presentan síntomas y se eliminan sin intervención médica. Sin embargo, algunos de los 40 tipos del VPH pueden causar cáncer cervical. El VPH es la causa del 100% de los casos de cáncer cervical y también puede producir cáncer de la vagina, vulva, ano, pene y de la cabeza y cuello. El cáncer cervical representa más del 10% de todos los cánceres de la mujer y la mayoría de las muertes por este cáncer se producen en los países en desarrollo.

Las vacunas pueden proteger contra la infección en los tipos más comunes del VPH y contra el cáncer. El Advisory Committee on Immunization Practices de Estados Unidos recomienda la vacunación de niños y niñas de la edad de 11 años hasta los 26. Los beneficios de vacunar a jóvenes incluyen la protección contra las verrugas genitales y el cáncer, además de prevenir la transmisión del VPH a parejas sexuales. La protección adicional de la vacuna tetravalente contra las verrugas genitales y el cáncer cervical y otros deben considerarse cuando se elaboren los programas de vacunación contra el VPH. Las vacunas contra el VPH son eficaces, los estudios post comercialización han mostrado una disminución en la prevalencia del VPH y los trastornos relacionados, como verrugas genitales y una citología cervical anormal. Los estudios sobre la seguridad de las vacunas contra el VPH han dado buenos resultados.

Estas vacunas deben estar disponibles y deben ser promovidas por los médicos como asunto de bienestar individual del paciente y de salud pública.

## RECOMENDACIONES

La AMM insta a los médicos a informarse e informar a sus pacientes sobre el VPH y las enfermedades relacionadas, la vacuna contra el VPH y el examen rutinario del cáncer

cervical, y insta a la creación y financiamiento de programas para que la vacuna contra el VPH sea accesible y ofrecer exámenes del cáncer cervical en países sin programas para dichos exámenes.

Se insta a las asociaciones médicas nacionales (AMNs) a realizar una educación intensiva y esfuerzos de difusión entre sus miembros para:

- Mejorar la toma de conciencia y comprensión del VPH y las enfermedades relacionadas;
- Comprender la disponibilidad y eficacia de las vacunas contra el VPH;
- Comprender la conveniencia de incluir las vacunas contra el VPH en los programas nacionales de vacunación;
- Comprender la necesidad de exámenes rutinarios del cáncer cervical,
- Integrar los métodos de prevención del cáncer del VPH, detección temprana y exámenes, diagnósticos, tratamiento y cuidados paliativos en los programas de desarrollo profesional continuo existentes y la formación de pre servicios. Esta formación aumentará el apoyo existente a los programas VPH y ayudar a crear capacidad y los esfuerzos de asegurar la calidad.

Se insta a las AMNs a:

- Integrar la vacunación contra el VPH para todos los adolescentes y los exámenes rutinarios del cáncer cervical para las mujeres jóvenes en todos los establecimientos de salud apropiados y visitas;
- Apoyar la disponibilidad de la vacuna contra el VPH y los exámenes rutinarios del cáncer cervical para las poblaciones apropiadas que se benefician más de las medidas preventivas, incluidos pero no limitado a los pacientes de riesgo, como los de bajos ingresos, con desventajas y las poblaciones que no son todavía sexualmente activas;
- Recomendar la vacunación contra el VPH para todas las poblaciones apropiadas;
- Promover la difusión de los miembros para la prevención, cuidado y tratamiento del VPH, y
- Crear una red de médicos y profesionales que estén dispuestos y puedan guiar y apoyarse y establecer enlaces con las redes existentes de la vacuna contra el VPH y la prevención del cáncer.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS VARIACIONES NATURALES DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud se ven enfrentados a muchos aspectos de la diversidad humana cuando prestan atención médica, incluidas las diferentes variaciones de la sexualidad humana.

Una gran parte de la investigación científica indica que la homosexualidad es una variación natural de la sexualidad humana sin efectos intrínsecamente peligrosos para la salud.

Por esto, la homosexualidad fue eliminada del manual oficial de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos en 1973. La OMS la eliminó de la ICD en 1990 después de un procedimiento similar de revisión científica. La Organización Panamericana de la Salud estipula que "*En ninguna de sus manifestaciones individuales la homosexualidad constituye un trastorno o una enfermedad, por lo que no necesita ninguna cura*."

La discriminación, estigmatización, rechazo de pares y acoso directos e indirectos siguen teniendo un impacto grave en la salud psicológica y física de la persona con una orientación homosexual y bisexual. Estas experiencias negativas producen una mayor prevalencia de depresión, trastornos de ansiedad, mal uso de substancias e intentos e ideación de suicidio. La tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes con orientación homosexual o bisexual es en consecuencia tres veces más alta que la de sus pares.

Esto se puede agravar por los llamados procedimientos de "conversión" o "reparación", que aseguran que pueden convertir la homosexualidad en un comportamiento asexual o heterosexual y dan la impresión de que la homosexualidad es una enfermedad. Estos métodos han sido rechazados por muchas organizaciones profesionales por falta de evidencia de su eficacia. No tienen indicación médica y representan una seria amenaza para la salud y los derechos humanos de las personas tratadas.

## RECOMENDACIONES

La AMM afirma firmemente que la homosexualidad no representa una enfermedad, sino una variación natural de la sexualidad humana.

La AMM condena toda forma de estigmatización, penalización y discriminación de las personas en base a su orientación sexual.

La AMM llama a todos los médicos a clasificar a las enfermedades físicas y psicológicas en base a los síntomas clínicamente pertinentes, según los criterios de ICD-10, sin consideración de la orientación sexual y proporcionar terapias conforme a los tratamientos y protocolos reconocidos internacionalmente.

La AMM afirma que los enfoques psiquiátricos y psicoterapéuticos del tratamiento no deben centrarse en la homosexualidad, sino más bien en los conflictos que surgen entre la homosexualidad y las normas y prejuicios religiosos y sociales incorporados.

La AMM condena los llamados métodos de "conversión" o "reparación". Estos constituyen violaciones de los derechos humanos y son prácticas injustificables que deben ser denunciadas y sancionadas con penas. No es ético para los médicos participar durante cualquier etapa de estos procedimientos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL DERECHO A REHABILITACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE TORTURAS

Adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

## INTRODUCCIÓN

La AMM observa con gran preocupación el continuo uso de la tortura en muchos países del mundo.

La AMM reafirma su total condena de toda forma de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes establecidos en la Convención de la ONU contra la Tortura (CAT, 1984). La tortura es una de las violaciones más graves del derecho internacional sobre los derechos humanos que tiene consecuencias devastadoras para las víctimas, sus familias y la sociedad. La tortura produce graves lesiones físicas y mentales y es un delito prohibido absolutamente por el derecho internacional.

La AMM reafirma sus políticas adoptadas con anterioridad, en especial:

- La Declaración de Tokio con Normas para los médicos sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes o castigo en relación con la detención y encarcelamiento (1975);

- La Declaración de Hamburgo sobre el apoyo a los médicos que se niegan a participar o a tolerar la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante (1977);

- La Resolución sobre la responsabilidad de los médicos en la documentación y denuncia de torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (2003).

El examen médico es un factor esencial para buscar la documentación de la tortura y la reparación de las víctimas de tortura. Los médicos cumplen una función importantísima para recopilar información sobre la tortura, documentar evidencia de torturas con fines legales y también en el apoyo y la rehabilitación de las víctimas.

La AMM reconoce la adopción en diciembre de 2012 por el Comité de la ONU contra la Tortura del comentario general sobre la implementación del artículo 14 de la Convención contra la Tortura, relacionado con el derecho de reparación de las víctimas de torturas.

El comentario general establece el derecho de rehabilitación como una obligación de los Estados y especifica el alcance de estos servicios. La AMM acoge con beneplácito en particular:

- La obligación del Estado de adoptar "un enfoque completo de largo plazo y asegurar que los servicios especializados para la víctima de tortura o maltrato estén disponibles, sean apropiados y de acceso rápido" (párrafo 13), sin que el acceso a estos servicios dependa de que la víctima busque soluciones judiciales.

- El reconocimiento del derecho de las víctimas de elegir un proveedor de servicios de rehabilitación, sea una institución del Estado o no financiado por éste.

- El reconocimiento de que el Estado debe proporcionar acceso a las víctimas de torturas a programas de rehabilitación lo más pronto posible después de un examen realizado por profesionales médicos cualificados independientes".

- Las referencias en el párrafo 18 sobre medidas destinadas a proteger a los profesionales de la salud y de la profesión legal que ayudan a las víctimas de torturas, crear una formación específica sobre el Protocolo de Estambul para los profesionales de la salud y promover el cumplimiento de las normas internacionales y los códigos de conducta de parte de funcionarios públicos, incluido el personal médico, psicológico y de servicio social.

## RECOMENDACIONES

La AMM enfatiza la función vital de reparación de las víctimas de torturas y sus familias para rehacer sus vidas y lograr reparación y la importante función del médico en la rehabilitación.

La AMM insta a sus asociaciones miembros a trabajar con los organismos pertinentes – gubernamentales y no gubernamentales – que buscan la reparación de las víctimas de torturas, en particular en materia de documentación y rehabilitación, como también prevención.

La AMM insta a sus miembros a apoyar a los organismos que se ven amenazados o son objeto de represalias del Estado, debido a su actividad de documentación de torturas, rehabilitación y reparación de víctimas de torturas.

La AMM llama a sus miembros a utilizar su experiencia médica en apoyo de las víctimas de torturas, conforme al artículo 14 de la Convención de la ONU contra la Tortura.

La AMM llama a sus miembros a apoyar y facilitar la recopilación de información a nivel nacional para monitorear la implementación de la obligación del Estado de proporcionar servicios de rehabilitación.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA RESOLUCIÓN DE LA ONU PARA UNA MORATORIA EN EL USO DE LA PENA DE MUERTE

Adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

## INTRODUCCIÓN

La Resolución de la AMM sobre la Participación del Médico en la Pena de Muerte establece que es contrario a la ética que los médicos participen en la pena de muerte y la Declaración de Ginebra de la AMM compromete al médico a mantener el máximo respeto por la vida humana.

La AMM reconoce que las opiniones en países de algunos de sus miembros que los impiden a oponerse incondicionalmente todos a la pena de muerte.

Por esto, la AMM apoya suspender el uso de la pena de muerte a través de una moratoria mundial.

La AMM ha reconocido desde hace mucho tiempo que no puede hacer responsables a sus asociaciones médicas nacionales miembros por las acciones y políticas de sus respectivos gobiernos.

## RECOMENDACIÓN

La Asociación Médica Mundial apoya la resolución 65/206 de la Asamblea General de la ONU que pide una moratoria en el uso de la pena de muerte.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

## INTRODUCCIÓN

Los tratamientos estéticos se han hecho más comunes estos últimos años, ya que la sociedad parece estar más preocupada por la apariencia física. Estos tratamientos los realizan profesionales con diferentes grados de educación y conocimientos clínicos.

Para fines de esta declaración, el tratamiento estético se define como una intervención que se realiza no como parte de atención médica regular para tratar una lesión, enfermedad o deformación, pero no por razones no terapéuticas, sino con el único objetivo de realzar o cambiar la apariencia física de la persona en cuestión. En esta declaración la persona sometida al tratamiento es llamada paciente. Los tratamientos ofrecidos disponibles incluyen una gran variedad de intervenciones que van de procedimientos quirúrgicos a inyecciones y diferentes tipos de tratamientos de la piel. Esta declaración está enfocada en las intervenciones que son metodológicamente similares a las realizadas en la atención médica. El tatuaje, cicatrices e intervenciones similares no están considerados en esta declaración.

La imagen del cuerpo afecta la autoestima y la salud mental de la persona y es parte integral de su salud y bienestar. Sin embargo, las imágenes de "cuerpos perfectos" en los medios de comunicación se han generalizado, de modo que alguna gente idealiza imágenes de cuerpos que no son reales ni saludables.

Muchos tratamientos estéticos implican riesgos y pueden dañar potencialmente la salud del paciente. Los menores[1] son en particular vulnerables, puesto que sus cuerpos con frecuencia no están totalmente desarrollados. A fin de proteger a las personas que consideran o realizan tratamientos estéticos, la AMM ha elaborado los siguientes principios básicos sobre los tratamientos estéticos.

Reafirmando los principios de ética médica estipulados en la Declaración de Ginebra de la AMM, la Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente y el Código Internacional de Etica Médica y conforme con el mandato de la AMM, esta declaración está dirigida principalmente a los médicos. Sin embargo, la AMM insta a los otros profesionales que realizan tratamientos estéticos a adoptar estos principios.

## PRINCIPIOS

1. La dignidad, integridad y confidencialidad del paciente siempre deben ser respetadas.

2. Los médicos cumplen una función en ayudar a identificar imágenes de cuerpos que no son saludables y considerar y tratar los trastornos cuando existen.

3. Los tratamientos estéticos sólo deben ser efectuados por profesionales con conocimientos, competencias y experiencia suficientes en las intervenciones realizadas.

4. Todos los profesionales deben estar registrados o tener licencia de una autoridad nacional reguladora apropiada. Idealmente, el profesional también debe estar autorizado por dicha autoridad a realizar estos tratamientos estéticos específicos.

5. Todos los tratamientos estéticos deben ser precedidos de un examen completo del paciente. El profesional debe considerar todas las circunstancias, físicas y psicológicas, que puedan implicar un riesgo mayor de daño para el paciente y debe negarse a efectuar el tratamiento si el riesgo es inaceptable. Esto es especialmente así en el caso de los menores. Los profesionales siempre deben optar por el tratamiento más apropiado, en lugar del más lucrativo.

6. Los menores pueden necesitar o beneficiarse con una cirugía plástica, pero los procedimientos estéticos puros no deben realizarse en menores. Si en casos excepcionales se debe realizar un tratamiento estético en un menor, se debe hacer sólo con especial cuidado y consideración y solamente si el objetivo del tratamiento es evitar atención negativa, en lugar de lograr una atención positiva. Todos los factores médicos, como si el menor todavía está creciendo o si el procedimiento necesita ser repetido más adelante, deben ser considerados.

7. El paciente debe consentir explícitamente a todo tratamiento estético, de preferencia por escrito. Antes de pedir el consentimiento, el profesional debe informar al paciente sobre todos los aspectos pertinentes del tratamiento, incluido cómo se realiza el procedimiento, los posibles riesgos y el hecho de que muchos de estos tratamientos pueden ser irreversibles. Se debe dar suficiente tiempo al paciente para considerar la información recibida antes de comenzar el tratamiento. Cuando el paciente que solicite el tratamiento es un menor, además de se debe obtener el consentimiento informado de sus padres o representante legal.

8. Todos los tratamientos médicos deben ser documentados cuidadosamente por el profesional. La documentación debe incluir una descripción detallada del tratamiento realizado, información sobre los medicamentos utilizados, si los hay, y todos los otros aspectos pertinentes del tratamiento.

9. Los tratamientos estéticos sólo deben realizarse bajo estrictas condiciones higiénicas y médicamente seguras en establecimientos que cuenten con personal y equipo adecuados. Esto debe incluir equipo para tratar reacciones alérgicas que pongan en peligro la vida y otras complicaciones potenciales.

10. La publicidad y comercialización de los tratamientos estéticos debe ser responsable y no debe crear expectativas irreales sobre los resultados del tratamiento. No se deben usar en la publicidad fotografías irrealistas o modificadas que muestren a los pacientes antes y después del tratamiento.

11. La publicidad y comercialización de los tratamientos estéticos nunca deben estar dirigidas a los menores de edad.

12. Los profesionales nunca deben ofrecer o promover préstamos financieros como medio para pagar el tratamiento estético.

---

[1] Para fines de esta Declaración, menor se define como una persona que, según la legislación nacional en vigor, no es un adulto.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE DEBIDO A LAS EMISIONES DE VEHÍCULOS

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

## INTRODUCCIÓN

Existen muchas maneras de disminuir el volumen de las emisiones peligrosas. Como promover menos viajes en las carreteras, transporte activo para las personas que hacen traslados cortos, usar el transporte público masivo en lugar de los vehículos individuales y fuentes energéticas alternativas para los vehículos, incluidas las tecnologías eléctricas e híbridas. Cuando el uso de vehículos es esencial se deben utilizar medios para reducir las emisiones peligrosas.

Los médicos en el mundo son conscientes de la contaminación del aire que tiene un impacto en la calidad de vida para millones de personas en el mundo y produce una gran carga de enfermedades, como también pérdida económica y mayores costos para los sistemas de salud. Según información de la OMS, en 2012 la contaminación atmosférica al aire libre causó 3 millones 700 mil muertes al año, lo que representa 6,7% del total de muertes (OMS, 2014).

Especialmente las partículas del diesel se ha probado que son cancerígenas (IARC, 07/2012) y también que tienen muchos otros efectos tóxicos, en especial para los sistemas cardiovascular (Brook et al., 2010) y respiratorio (ERS, 2010). Además, en el contexto del calentamiento global, las partículas junto al metano son la segunda substancia más importante de efecto invernadero después del CO2 (Kerr, 2013).

A pesar de que los nuevos vehículos tienen que cumplir con normas de emisión más estrictas que también toman en cuenta las partículas ultra finas más dañinas, la flota de vehículos en circulación con una alta contaminación, incluidos los vehículos todoterreno, maquinaria de construcción y barcos, seguirán contaminando por muchos más años.

## ANTECEDENTES

En muchas ciudades muy pobladas del mundo, las concentraciones de polvo fino que se miden en el aire, como los aerosoles, es hasta 50 veces más alto que lo recomendado por la OMS. Un alto volumen de transporte, la energía generada por el carbón y la contaminación de la maquinaria de construcción son algunos factores que contribuyen. Las personas que viven y trabajan cerca de las calles principales (con una alta densidad de volumen de tráfico) son las más afectadas por la contaminación.

Para paliar los riesgos para la salud mencionados con anterioridad existe en el mercado una variedad de sistemas de filtros muy eficaces y confiables (Best bailable Technology (BAT) filters). Son aplicables a todos los motores de combustión interna y disminuyen incluso las partículas ultra finas más dañinas en un factor superior a cien.

En cuanto haya más de 90% de los vehículos pesados, nuevos y actualizados, cumplan con esta norma, los problemas de salud debido a las emisiones del tráfico pesado disminuirán mucho y no será posible o necesario tener normas de emisión más estrictas, debido a la casi total eliminación de estos contaminantes.

En una variedad de países de diferentes continentes y con diversas condiciones los programas de equipamiento han sido exitosos. El grupo de trabajo de la ONU sobre Prevención de Contaminación y Energía, en Ginebra, acaba de proponer una norma técnica para la regulación en sus Estados miembros que será aplicable en todo el mundo.

La AMM apoya estos esfuerzos y pide a los que elaboran políticas en todos los países, en especial en las zonas urbanas, que introduzcan restricciones de acceso para los vehículos sin filtros o proporcionar ayuda financiera para el equipamiento de los vehículos en circulación.

## RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la AMM recomienda que todas las AMNs insten a sus respectivos gobiernos a:

1. Introducir las normas BAT para todos los vehículos diesel nuevos (para ciudad y todoterrenos)

2. Incentivar el equipamiento de filtros BAT para todos los motores en uso.

3. Monitorear y limitar la concentración de partículas muy diminutas en el aire de zonas urbanas.

4. Realizar estudios epidemiológicos que detecten y diferencien los efectos para la salud de las partículas ultra finas.

5. Crear conciencia profesional y pública de la importancia de las partículas diesel y los métodos existentes para eliminarlas.

6. Contribuir a crear estrategias para proteger a las personas de las partículas en las cabinas de los aviones, los trenes, los hogares y el medioambiente. Estas estrategias deben incluir planes para desarrollar y aumentar el uso de sistemas de transporte público.

## Abreviaturas:

EPA: Environmental Protection Agency (US)
ERS: European Respiratory Society

IARC: International Agency for Research of Cancer
BAT Standards: Emission standards for passenger cars, heavy-duty vehicles and off-road machinery, based on count of ultrafine particles rather than mass and aimed at the protection of human health from the most hazardous soot particles, the lung and even cell membrane penetrating ultra-fines.

**Referencias:**


- Brook, Robert D. et al. (2010): AHA Scientific Statement: Particulate Matter Air Pollution and Cardiovascular Disease. An Update to the Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 121: 2331-2378.
- ERS (2010): The ERS report on air pollution and public health. European Respiratory Society, Lausanne, Switzerland. ISBN: 978-1-84984-008-8
- IARC (2012): "IARC: Diesel Engine Exhaust Carcinogenic". Press Release No. 213. http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr213_E.pdf. (access: 14/02/14)
- Kerr, Richard R. (2013): "Soot is Warming the World Even More Than Thought". In: Science 339(6118), p.382.
- WHO (2014): "Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012." http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1 (access: 26/08/14)

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL AISLAMIENTO CARCELARIO

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

En muchos países, una cantidad importante de reclusos son mantenidos en aislamiento carcelario. Este es una forma de aislamiento utilizado en establecimientos de detención donde las personas son separadas de la población de detenidos y mantenidos en una celda separada hasta 22 horas diarias. Las jurisdicciones pueden usar diferentes términos para referirse al proceso (como segregación, separación, aislamiento o eliminación de asociación) y las condiciones y entorno pueden variar según el lugar. Sin embargo, se puede definir o implementar, el aislamiento carcelario se caracteriza por un aislamiento social total, una falta de contacto efectivo y actividad reducida y estímulos ambientales. Algunos países tienen reglas estrictas sobre cuánto tiempo y cuán a menudo se puede mantener a los reclusos en aislamiento carcelario, pero muchos países no tienen reglas claras al respecto.

El aislamiento solitario se puede distinguir de otras intervenciones breves cuando los individuos deben separarse como respuesta inmediata a un comportamiento violento o disruptivo o cuando una persona debe aislarse para protegerse a sí misma o a los demás. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en un entorno de aislamiento no en solitario

Las razones para usar el aislamiento carcelario varían en las diferentes jurisdicciones y puede ser utilizado en las diversas etapas de un proceso de justicia penal. Puede ser usado como medida disciplinaria o para mantener el orden o la seguridad, como medida administrativa para el propósito de la investigación o interrogatorio, como medida preventiva contra un daño futuro (para la persona o para otros) o puede ser consecuencia de un régimen restrictivo que limita el contacto con otros. Puede ser impuesto por horas hasta días o incluso años.

### Impacto médico del aislamiento carcelario

Las personas reaccionan al aislamiento de distintas formas. Se ha comprobado que el aislamiento carcelario puede tener efectos psicológicos, psiquiátricos y a veces fisiológicos graves, incluidos el insomnio, confusión, alucinación, psicosis y agravamiento de problemas de salud ya existentes. El aislamiento carcelario está relacionado también con un alto número de conducta suicida. Los efectos negativos para la salud pueden ocurrir después de sólo unos pocos días y en algunos casos pueden continuar hasta después del aislamiento.

Ciertas poblaciones son especialmente vulnerables a los efectos negativos para la salud del aislamiento carcelario. Por ejemplo, las personas con trastornos psicóticos, fuertes depresiones, trastorno de estrés post traumático o personas con graves trastornos de la personalidad pueden hallar el aislamiento insoportable y ser muy peligroso para su salud. El aislamiento carcelario hace que sea más complicado tratar a estar personas y sus problemas de salud con éxito más adelante en la cárcel o cuando son liberadas a la comunidad. A los reclusos con discapacidades físicas u otras afecciones médicas a menudo se les agrava su estado, no sólo por las condiciones físicas del aislamiento, sino también porque los requisitos de salud particulares relacionados con su discapacidad o afección con frecuencia no se cumplen.

Para los niños y jóvenes, que se encuentran en las etapas cruciales del desarrollo social, psicológico y neurológico, existen graves riesgos del aislamiento carcelario que causan daños físicos y mentales a largo plazo. Un creciente consenso internacional sobre los daños del aislamiento en niños y jóvenes ha dado lugar a que algunas jurisdicciones eliminen la práctica por completo.

**Normas internacionales del aislamiento carcelario**

La creciente documentación sobre el impacto perjudicial del aislamiento carcelario en la salud de los reclusos condujo a la elaboración de una serie de normas y recomendaciones internacionales que buscan mitigar el uso y el efecto perjudicial del aislamiento carcelario.

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (SMR) se adoptaron por primera vez en 1957, y se revisaron en 2015 como las Reglas Nelson Mandela aprobadas por unanimidad por la Asamblea de las Naciones Unidas. Las SMR constituyen el marco internacional clave para el tratamiento de los reclusos.

Otras normas y recomendaciones internacionales, como United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-Custodial Sanctions for Women Offenders (the Bangkok Rules), United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty o las observaciones del Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, respaldan y completan las Reglas Nelson Mandela.

El abuso del régimen de aislamiento carcelario puede incluir un aislamiento carcelario indefinido o prolongado (definido como período de aislamiento solitario sobre 15 días), pero también puede incluir castigo corporal o colectivo, reducción de la comida o agua del recluso o ponerlo en una celda oscura o constantemente iluminada. El abuso del aislamiento carcelario de estas maneras puede constituir una forma de tortura o malos tratos, y como tal debe prohibirse de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y la ética médica.

La AMM y sus miembros reiteran su firme posición de larga data que condena cualquier forma de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y reafirman el principio básico de que los médicos nunca deben participar o tolerar la tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante.

## RECOMENDACIONES

1. Dado el impacto perjudicial del aislamiento carcelario, que puede resultar en una forma de tortura o malos tratos, la AMM y sus miembros piden la implementación de las Reglas Nelson Mandela y otras normas y recomendaciones internacionales asociadas, con el fin de proteger los derechos humanos y la dignidad de los reclusos.

2. La AMM y sus miembros enfatizan en particular el respeto de los siguientes principios:

   - A la luz de las graves consecuencias que puede tener el aislamiento carcelario en la salud física y mental (incluido un mayor riesgo de suicidio o autolesión), debe imponerse sólo en casos excepcionales como último recurso y sujeto a revisión independiente, y por el tiempo más breve posible. La autoridad que impone el aislamiento carcelario debe actuar de acuerdo con reglas y regulaciones claras en cuanto a su uso.
   - Todas las decisiones sobre aislamiento carcelario deben ser transparentes y reguladas por ley. El uso del aislamiento carcelario debe estar limitado por ley. El detenido debe ser informado de la duración del aislamiento, determinándose dicha duración antes de que se lleve a cabo la medida. Los reclusos en aislamiento carcelario tienen derecho a apelar.
   - El aislamiento carcelario no debe exceder un período de 15 días consecutivos. Sacar al recluso del aislamiento solitario por un tiempo muy limitado con la intención de ponerlo en aislamiento carcelario de nuevo inmediatamente para burlar las reglas sobre la duración, también debe estar prohibido.

### Prohibiciones del uso del aislamiento carcelario

3. El aislamiento carcelario prolongado o indefinido debe ser prohibido, ya que equivale a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes[1].

4. Se debe prohibir el aislamiento carcelario a niños, jóvenes (como lo define la legislación nacional), mujeres embarazadas, mujeres con un post parto de hasta seis meses, mujeres con bebés y madres lactantes, así como a reclusos con problemas de salud mental, ya que el aislamiento a menudo provoca una exacerbación grave de afecciones previas de salud mental.

5. Se debe prohibir el uso de aislamiento carcelario en el caso de los reclusos con discapacidades físicas u otras afecciones médicas en las que éstas se verían agravadas por tales medidas.

6. Cuando los niños y los jóvenes deben ser separados para garantizar su seguridad o la seguridad de los demás, esto debe llevarse a cabo en un entorno sin aislamiento carcelario con recursos adecuados para satisfacer sus necesidades, incluido el aseguramiento del contacto humano y actividad regular deliberados.

**Condiciones del aislamiento carcelario**

7. La dignidad humana de los reclusos en aislamiento carcelario siempre debe respetarse.

8. Los reclusos en aislamiento deben tener un contacto humano regular, actividad y estímulos ambientales, incluidos ejercicios diarios en el exterior. Al igual que todos los reclusos, no deben ser sometidos a condiciones físicas y mentales extremas.

9. Los reclusos que han estado en aislamiento carcelario deben tener un período de ajuste, incluido un examen médico, antes de liberarlos. Esto nunca debe ser superior al período de encarcelamiento.

**Función de los médicos**

10. La función del médico es proteger, defender y mejorar la salud física y mental del recluso, no infligir un castigo. Por lo tanto, los médicos nunca deben participar en ninguna etapa del proceso de decisión que tenga como resultado el aislamiento carcelario, que incluya declarar a una persona "apta" para soportar el aislamiento carcelario o participar de ninguna manera en su implementación. Esto no impide que los médicos realicen visitas regulares a los que están en aislamiento carcelario y presten atención médica y tratamiento cuando sea necesario o que expresen su preocupación cuando encuentren un deterioro en la salud de la persona.

11. La prestación de atención médica debe llevarse a cabo según la necesidad médica o la solicitud del recluso. Los médicos deben tener garantizado el acceso diario a los reclusos en aislamiento carcelario, por iniciativa propia. Se debe otorgar un acceso más frecuente si los médicos lo consideran necesario.

12. Los médicos que trabajan en las cárceles deben poder ejercer con total independencia clínica de la administración de la prisión. Para mantener esa independencia, los médicos que trabajan en las cárceles deben ser empleados y administrados por un organismo separado del sistema penitenciario o de justicia penal.

13. Los médicos sólo deben dar medicamentos o tratamientos que son médicamente necesarios y nunca deben recetar medicamentos o tratamientos con la intención de permitir un período de aislamiento más prolongado.

14. La atención médica siempre debe prestarse en un entorno que respete la privacidad y la dignidad de los reclusos. Los médicos que trabajan en cárceles están sujetos a los códigos y principios de la ética médica, como lo estarían en cualquier otro lugar.

15. Los médicos deben informar a los responsables de la revisión de las decisiones sobre aislamiento cualquier inquietud sobre el impacto que el aislamiento solitario tiene en la salud y el bienestar de un preso individual. Si es necesario, deben hacer una recomendación clara de que la persona sea sacada del aislamiento, y esta recomendación debe ser respetada y aplicada por las autoridades penitenciarias.

16. Los médicos tienen el deber de considerar las condiciones en aislamiento carcelario y

de plantear inquietudes a las autoridades si creen que son inaceptables o podrían equivaler a un trato inhumano o degradante. Debe haber mecanismos claros en cada sistema para permitir a los médicos informar tales inquietudes.

[1] Rule 43 SMR

# DECLARACIÓN SOBRE LA SALUD MÓVIL

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

La salud móvil (msalud) es una forma de salud electrónica (esalud) para la que no existe una definición fija. Se ha descrito como una práctica médica y de salud pública con el apoyo de dispositivos móviles, como los teléfonos móviles, aparatos de monitoreo de pacientes, asistentes digitales personales (PDAs) y otros dispositivos destinados a ser utilizados con dispositivos móviles. Incluye servicios de voz y mensajería corta, aplicaciones (apps) y el uso del sistema de posicionamiento global (GPS).

Se deben implementar políticas y resguardos suficientes para regular la recopilación, almacenamiento, protección y procesamiento de la información de los usuarios de la salud móvil, en especial la información sobre salud. Los usuarios de la msalud deben ser informados sobre cómo su información personal es recopilada, almacenada, protegida y procesada y se debe obtener su consentimiento antes de entregarla a terceros, por ejemplo investigadores, gobiernos o compañías de seguros.

El monitoreo y la evaluación de la salud móvil deben implementarse con cuidado a fin de evitar la desigualdad en el acceso a estas tecnologías. Cuando sea apropiado, los servicios sociales y de salud deben facilitar el acceso a las tecnologías de msalud como parte de las ofertas básicas y se deben tomar todas las precauciones necesarias para garantizar la seguridad y la privacidad de la información. El acceso a las tecnologías de la salud móvil no debe ser negado a nadie en base a sus recursos económicos o falta de conocimientos técnicos.

Las tecnologías de salud móvil cubre una gran variedad de funciones. Pueden ser utilizadas para:

- promocionar la salud (estilos de vida), como aplicaciones en las que los usuarios introducen las calorías ingeridas o sensores de movimiento que hacen un seguimiento del ejercicio.
- servicios que necesitan los conocimientos de los médicos, como los SMS que envían consejos a las embarazadas o sensores portables para monitorear las

enfermedades crónicas como la diabetes. Las tecnologías de salud móvil con frecuencia cumplen con la definición de dispositivo médico y pueden incluir olvidos con riesgos y regulaciones con todas sus consecuencias.

La salud móvil también puede utilizarse para el envío de información entre los profesionales de la salud, por ejemplo, proporcionar a los médicos una red gratis de acceso a teléfonos móviles en lugares de pocos recursos.

Los avances tecnológicos y la creciente prevalencia y asequibilidad de los dispositivos móviles ha producido un aumento exponencial en la cantidad y variedad de los servicios de salud móvil, tanto en los países desarrollados como en los emergentes. Al mismo tiempo, este sector relativamente nuevo y que evoluciona con rapidez sigue en gran parte sin regulaciones, lo que puede tener consecuencias potenciales para la seguridad del paciente.

La salud móvil tiene el potencial de proporcionar y desarrollar más aún los servicios de salud existentes al aprovechar la mayor prevalencia de los dispositivos móviles a fin de facilitar el acceso a la atención médica, mejorar el autocontrol del paciente, permitir las interacciones electrónicas entre pacientes y sus médicos y disminuir potencialmente los costos de salud. Existen variaciones regionales y demográficas importantes en el uso potencial y los beneficios de la salud móvil. El uso de ciertos servicios de msalud puede ser más apropiado en algunos lugares que otros.

Por lo general, las tecnologías de la salud móvil incluyen la medición o el ingreso manual de información fisiológica, de estilo de vida, de actividad y medioambiental, a fin de cumplir con su objetivo principal. La gran cantidad de información que se genera de esta manera también ofrece un amplio espectro para la investigación en la prestación de atención médica eficaz y la prevención de enfermedades. No obstante, este uso secundario de la información personal también tiene un gran potencial de mal uso y abuso que muchos usuarios de los servicios de salud móvil desconocen.

La expansión de los servicios de msalud ha sido estimulada en gran medida por el mercado y muchas tecnologías se han desarrollado de manera descoordinada y experimental, como también sin la consideración apropiada de los aspectos de la protección y seguridad de la información o seguridad del paciente. A menudo es imposible que los usuarios sepan si la información difundida a través de la salud móvil proviene de una fuente médica fiable. Los principales desafíos que enfrenta el mercado de salud móvil son la calidad de las tecnologías de msalud y si su uso ayuda finalmente a que los pacientes o médicos logren el objetivo inicial.

En la actualidad falta una regulación y evaluación completas de la eficacia, calidad y

rentabilidad de las tecnologías y servicios de la salud móvil, lo que tiene consecuencias para la seguridad del paciente. Estos factores son cruciales para la integración de los servicios de la msalud en la prestación de atención médica regular.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM reconoce el potencial de la salud móvil para complementar las maneras tradicionales de administrar salud y prestar atención médica. Aunque la salud móvil puede ofrecer ventajas para los pacientes que de otra manera no pueden tener acceso a los servicios de un médico, no es universalmente apropiada, ni tampoco siempre es una forma ideal de diagnóstico y opción de tratamiento. Cuando se disponga de un tratamiento en persona, casi siempre es más ventajoso para el paciente.

2. La motivación del desarrollo de la msalud debe ser la necesidad de eliminar las deficiencias en la prestación de atención médica o mejorar la calidad de la atención.
3. La AMM insta a los pacientes y médicos a tener mucho discernimiento cuando usen la salud móvil y ser conscientes de los potenciales riesgos y consecuencias.

4. Se debe hacer una clara distinción entre las tecnologías de la msalud usadas para objetivos de estilo de vida y las que necesitan el conocimiento médico de los profesionales y cumplen con la definición de dispositivos médicos. Este último debe ser regulado apropiadamente y los usuarios deben poder verificar la fuente de información entregada. Esta información debe ser clara, fiable y no técnica, por ende comprensible para todos.
5. El trabajo concertado debe mejorar la interoperabilidad, confiabilidad, funcionalidad y seguridad de las tecnologías de la salud móvil, por ejemplo a través de la elaboración de normas y esquemas de certificación.

6. Las autoridades competentes con conocimientos médicos apropiados deben realizar evaluaciones completas e independientes de manera regular a fin de evaluar la funcionalidad, limitaciones, integridad de información, seguridad y privacidad de las tecnologías de salud móvil. Esta información debe estar disponible para el público.

7. La salud móvil solo puede ser una contribución positiva para mejorar la atención, si los servicios se justifican médicamente. Cuando se reúna evidencia de la utilidad clínica, los resultados deben ser publicados en revistas revisadas por los pares y ser reproducibles.
8. Se deben establecer modelos de reembolso adecuados en consulta con las

asociaciones médicas nacionales y los proveedores de salud, a fin de asegurar que los médicos reciban una compensación apropiada por su participación en las actividades de salud móvil.

9. Se debe establecer un marco legal claro para identificar las posibles responsabilidades en el uso de tecnologías de salud móvil.

10. Los médicos que utilicen las tecnologías de la salud móvil para prestar atención médica deben tomar en cuenta las normas éticas estipuladas en la Declaración de la AMM sobre los Principios Directivos para el uso de la Telesalud para la Prestación de Atención Médica.

11. Es importante considerar los riesgos del uso excesivo e inapropiado de las tecnologías de salud móvil y el posible impacto psicológico que puede tener en los pacientes.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# EL EL BIENESTAR DE LOS MÉDICOS

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

l bienestar del médico se refiere a la optimización de todos los factores que afectan a la salud biológica, psicológica y social y prevenir o tratar las enfermedades crónicas agudas que sufren los médicos, incluidas las enfermedades mentales, discapacidades y heridas derivadas de los peligros del trabajo, el estrés laboral y el agotamiento.

El bienestar del médico podría tener un impacto positivo en la atención del paciente, pero se necesita más investigación. Por lo tanto, la profesión debe instar y apoyar la investigación continua sobre la salud del médico. La evidencia ya existente debe ser implementada en políticas y en la práctica. Aunque los médicos tienden a tener hábitos de salud más sanos, es esencial mejorar su salud como una manera para favorecer la salud de toda la población .

Los médicos y los estudiantes de medicina en todas las etapas de sus carreras están expuestos a experiencias positivas y también a una variedad de factores estresantes y lesiones en el trabajo. La profesión médica debe tratar de identificar y revisar las políticas y prácticas que contribuyen a estos factores estresantes y colaborar con las AMNs para elaborar políticas y prácticas que la protejan. Como todos los seres humanos, los médicos tienen enfermedades y también tienen obligaciones familiares y otros compromisos fuera de sus vidas profesionales que deben ser consideradas.

Una de las razones por la cual los médicos tardan en buscar ayuda es la preocupación por la confidencialidad y sentirse cómodo como enfermo en el rol del paciente. También tienen sentimientos de responsabilidad con sus pacientes y son sensibles a las expectativas externas sobre su salud. Por lo tanto, a los médicos se les debe asegurar el mismo derecho de confidencialidad que cualquier otro paciente cuando busque y siga un tratamiento. Puede ser necesario que el sistema de salud proporcione medidas especiales para la atención de médicos-pacientes, a fin de mantener su derecho a la privacidad y confidencialidad. La prevención, asistencia temprana e intervención deben estar disponibles separadas de todo proceso disciplinario.

## AMENAZAS, BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA EL BIENESTAR DEL MÉDICOS

### Roles profesionales y expectativas

La profesión médica a menudo atrae a personas con un fuerte sentido del deber. El completar con éxito los largos e intensos requisitos educacionales confiere a los médicos

un alto grado de respeto y responsabilidad en sus comunidades.

Con estos altos niveles de respeto y responsabilidad, los médicos están sujetos a altas expectativas de parte de sus pacientes y la opinión pública. Estas expectativas pueden contribuir a dar prioridad a la atención de otros por sobre la de ellos y a sentimientos de culpa y egoísmo por ocuparse de su propio bienestar.

Existe una relación directa entre las prácticas de salud preventivas de los médicos y los pacientes. Esta relación debe instar a los sistemas de salud a apoyar y evaluar mejor los efectos que tiene en los pacientes mejorar la salud de los médicos y de los estudiantes de medicina.

**Ambiente de trabajo**

Las condiciones de trabajo, incluidas la carga y las horas de trabajo, afectan la motivación, satisfacción del trabajo, vida personal y salud psicológica de los médicos durante sus carreras.

Con frecuencia los médicos son percibidos como inmunes a las lesiones y enfermedades cuando atienden a sus pacientes y la salud en el trabajo y los programas de seguridad pueden ser ignorados. Los médicos que son empleados por organizaciones pequeñas o que son independientes pueden tener incluso mayores riesgos de enfermedades laborales y pueden no tener acceso a la salud y programas de seguridad que tienen los grandes establecimientos de salud.

Como consecuencia de sus deberes profesionales, los médicos y los medicos en formación de postgrado a menudo se ven enfrentados a situaciones emocionalmente difíciles y traumáticas, incluidos el sufrimiento, lesiones y muerte de pacientes. Los médicos también pueden estar expuestos a peligros físicos, como radiación, ruido, ergonomía deficiente y riesgos biológicos, como el VIH, TB y hepatitis.

Algunos sistemas de salud pueden aumentar el estrés por las jerarquías y la competencia inherentes a ellos. Los médicos en formación de postgrado y los estudiantes de medicina pueden ser víctimas de acoso y discriminación durante su formación médica. Debido a su posición en la jerarquía médica, pueden sentirse indefensos frente a estos comportamientos.

La autonomía del médico es uno de los indicadores más importantes de su satisfacción. Las crecientes presiones regulatorias externas, como la rentabilidad y preocupaciones sobre las consecuencias de informar errores médicos, pueden tener una influencia indebida en las decisiones médicas y disminuir la autonomía del médico.

**Enfermedad**

Aunque los profesionales médicos reconocen que es preferible identificar y tratar una enfermedad temprano, los médicos con frecuencia ocultan sus propias enfermedades y pueden seguir trabajando sin solicitar ayuda hasta que ya no son capaces de cumplir con sus tareas. Existen varios obstáculos potenciales para que un médico enfermo pida ayuda: negación, confidencialidad, aversión al rol de paciente, cobertura de la práctica, miedo a

medidas disciplinarias y pérdida potencial de privilegios de la práctica, pérdida de pago en base a su desempeño y la eficiencia del autocuidado. Debido a estos obstáculos, los médicos a menudo son reacios a consultar a colegas o a sí mismos para obtener tratamiento.

Las enfermedades pueden incluir problemas mentales y de conducta, problemas de salud, agotamiento, comunicación y problemas interpersonales, problemas físicos y cognitivos y trastornos por consumo de sustancias. Estas enfermedades y problemas se pueden superponer y ocurrir durante la vida profesional desde la formación médica básica hasta la jubilación. Es importante reconocer la continuidad del bienestar del médico, desde una salud óptima hasta dolencias menores, enfermedades debilitantes

El abuso de sustancias puede perturbar la vida personal del médico y también puede afectar de manera importante su capacidad para tratar a sus pacientes. El fácil acceso a los medicamentos puede contribuir al riesgo de que el médico abuse de las drogas recreativas y medicamentos con prescripción. La asistencia antes del deterioro en el lugar de trabajo protege a los médicos, sus credenciales profesionales y sus pacientes.

Una mejor promoción del bienestar, estrategias de prevención e intervenciones tempranas pueden ayudar a mitigar la gravedad de las enfermedades mentales y físicas, y ayudar a disminuir la incidencia de suicidios en los médicos, médicos en formación de postgrado y estudiantes de medicina.

## RECOMENDACIONES

La Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas nacionales (AMNs) reconozcan y cuando sea posible aborden de manera activa lo siguiente:

1. En colaboración con las escuelas de medicina y los lugares de trabajo, las AMNs reconocen su obligación de proporcionar educación en todos los niveles sobre el bienestar del médico. Las AMNs deben promover la investigación para establecer las mejores prácticas que promuevan la salud del médico y determinan el impacto del bienestar del médico en la atención del paciente.

2. El apoyo al bienestar del médico debe darse dentro y fuera del lugar de trabajo. El apoyo puede incluir, aunque no está limitado a, derivación para tratamiento médico, asesoramiento, redes de apoyo, programas de salud para médicos reconocidos, rehabilitación laboral y programas de prevención primaria, incluida la formación en resistencia, estilos de vida sanos y la gestión de casos.

3. Las AMNs deben reconocer el fuerte y consistente lazo entre las prácticas de salud personal de los médicos y los pacientes para así proporcionar otra importante razón para que los sistemas de salud promuevan la salud del médico.

4. Los programas de salud de los médicos pueden ayudar a todos los médicos a ayudarse proactivamente a través de estrategias de prevención y pueden ayudar a los médicos enfermos por evaluación, referencia al tratamiento y seguimiento. Los programas y recursos para ayudar a promover una salud psicológica positiva deben

estar a disposicion de todos los médicos que están en riesgo. Se debe disponer de identificación e intervención tempranas y arreglos especiales para la atención de médicos-pacientes para proteger la salud de los médicos. Fomentar una cultura compasiva y tolerante es muy importante para una derivación e intervención temprana exitosa.

5. Los médicos en riesgo de abusar del alcohol o drogas deben tener acceso a un tratamiento médico confidencial apropiado y un completo apoyo profesional. Las AMNs deben promover programas para ayudar a que los médicos vuelvan a sus prácticas con una supervisión adecuada al término de los programas de tratamiento. Se debe realizar más investigación para determinar las mejores prácticas para prevenir el abuso de substancias de los médicos y médicos en formación de postgrado.

6. Los médicos tienen derecho a tener condiciones de trabajo que los ayuden a limitar el riesgo de agotamiento y que les permitan cuidar de su salud personal, con un equilibrio entre sus compromisos profesionales y sus vidas y responsabilidades privadas. Las condiciones de trabajo óptimas incluyen un máximo seguro y razonable de horas de trabajo consecutivas y totales, descanso adecuado entre los turnos y cantidad apropiada de días no trabajados. Las organizaciones pertinentes deben abordar de manera constructiva la autonomía profesional y los problemas de equilibrio entre trabajo y vida privada y hacer participar a los médicos en la toma de decisiones sobre sus trabajos. Las condiciones de trabajo no deben poner en riesgo la seguridad de los pacientes o los médicos y por último, los médicos deben participar para establecer las condiciones de trabajo óptimas.

7. Los lugares de trabajo deben promover condiciones de estilos de vida sanos, incluido el acceso a opciones alimentarias saludabes, ejercicio, orientación sobre alimentación y apoyo para dejar de fumar.

8. Los médicos, los médicos en formación de postgrado y los estudiantes de medicina tienen derecho a trabajar en un entorno libre de acoso y violencia. Esto incluye libre de maltrato verbal, sexual y físico.

9. Los médicos, los médicos en formación de postgrado y los estudiantes de medicina tienen derecho a un lugar de trabajo colaborativo y seguro. Los lugares de trabajo deben promover el trabajo en equipos interdisciplinarios, la comunicación entre los médicos y sus lugares de trabajo debe ser en un marco de cooperación y respeto.

10. El personal médico debe recibir formación para reconocer, manejar y comunicar con personas potencialmente violentas. Los establecimientos de salud deben tomar medidas contra la violencia, incluido el riesgo de violencia rutinaria, en especial en los lugares con tratamiento de salud mental y departamentos de urgencias. El personal que es víctima de violencia o que informa de violencia deben recibir el apoyo de la dirección y asesoría médica, psicológica y legal.

11. Las escuelas de medicina y los hospitales en donde se imparte enseñanza deben tener servicios confidenciales para los médicos en formación de postgrado y estudiantes de medicina y crear conciencia y tener acceso a dichos programas. Los lugares de trabajo deben considerar ofrecer consultas médicas a los médicos en

formación de postgrado, a fin de identificar cualquier problema de salud al comienzo de la formación médica.

12. El apoyo para todos los médicos en los lugares de trabajo debe ser de fácil acceso y confidencial. Los médicos que evalúan y tratan a sus colegas no deben informar sobre ningún aspecto de la atención médico-paciente de ninguna manera, al igual que para sus pacientes que no son médicos.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL APOYO A LA SALUD DE LOS NIÑOS DE LA CALLE

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

La AMM reconoce que tener niños que viven en las calles es inaceptable en una sociedad, aunque este fenómeno es difícil de evitar en muchas comunidades del mundo.

La AMM intenta crear conciencia en la sociedad civil y médica sobre el papel fundamental que tiene el contacto médico para mejorar la situación de los niños de la calle. Al respecto, es importante que el primer contacto con los niños de la calle esté basado en la confianza. Por lo tanto, junto a otros profesionales de la salud y asistentes sociales, el contacto médico debe ser considerado como un primer paso para volver a sociabilizar a los niños de la calle al crear confianza entre el médico y el niño de la calle. Una vez que esto se logra, puede seguir un enfoque más multidisciplinario y multidimensional para mejorar el bienestar de los niños de la calle.

La infancia y la adolescencia son el período inicial de un largo proceso físico, mental, cultural y social.

La buena salud de la juventud determina la salud de la población de mañana.

La juventud contribuye a la cohesión social y que constituye la riqueza de un país.

Abordar los determinantes sociales de salud es esencial para lograr la igualdad en materia de salud. Los determinantes sociales que llevan a la aparición y crecimiento del fenómeno de “niños de la calle” son variados y complejos.

Por el impacto negativo para la salud de los niños que viven en la calle, en cuanto a los riesgos adicionales para la salud a los que están expuestos estos niños y la falta de acceso a la salud y prevención, los niños de la calle son en particular más vulnerables a las enfermedades agudas y lesiones traumáticas. Además, la atención preventiva y la continuidad de la atención para los niños de la calle no existen debido al frecuente traslado.

La salud de los niños se mantiene crítica y ha empeorado por la crisis mundial financiera y económica que contribuye a rupturas familiares, sociales, sanitarias y educacionales.

Los niños pueden ser víctimas de discriminaciones por sexo, origen étnico, idioma, religión, opinión política, discapacidad, clase social o migración de poblaciones. Los niños de la calle son especialmente vulnerables al abuso, violencia, explotación y manipulación,

incluido el tráfico.

La realidad del niño de la calle, tanto a nivel nacional como internacional, a menudo es casi desconocida, difícil de cuantificar y evaluar.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM condena firmemente las violaciones de los derechos de los niños que viven en la calle e infringen estos derechos, en especial la discriminación y la estigmatización y su exposición al abuso, violencia, explotación y manipulación, incluido el tráfico.

2. La AMM insta a los gobiernos a abordar los factores que llevan a que los niños vivan en la calle y a adoptar medidas para implementar toda la legislación aplicable y sistemas de protección para disminuir las consecuencias para la salud de los niños de la calle. Las autoridades nacionales tiene la obligación de prestar atención médica a todos los niños y cuando sea necesario, apoyar su vuelta a un entorno de vida adecuado para los niños.

3. Disminuir las consecuencias para la salud incluye no solo el tratamiento directo de los asuntos de salud, sino también la protección de los niños de la calle de riesgos para la salud, como exposición a drogas, infección VIH, tabaquismo y alcohol.

4. La AMM insta a los gobiernos, asociaciones médicas nacionales y profesionales de la salud a que tomen más conciencia de la amplitud del fenómeno y organicen campañas de prevención y sensibilización. Estos niños deben poder acceder a toda la gama de la protección de salud o social necesarias

5. La AMM insta a todas las asociaciones médicas nacionales a trabajar con todos sus homólogos jurídicos, gobiernos, profesionales de la salud y autoridades públicas para asegurarse que los derechos fundamentales de los niños, población particularmente vulnerable que necesita ser protegida, y en especial que el acceso a la atención médica y a la educación. El derecho a la alimentación y a la vivienda deben ser garantizados y toda forma de discriminación o de explotación deben estar prohibidas.

6. La AMM condena toda determinación abusiva de la edad por investigaciones clínicas o para clínicas insuficientemente fiables. Los adolescentes deben gozar de su estatus de menores hasta que sean adultos, tal como lo reconoce la Convención Internacional de la ONU sobre los Derechos del Niño.

7. La AMM insta a los médicos a estar atentos y aportar todo el apoyo necesario para la prestación de atención médica adecuada y completa a los “niños de la calle”. Los médicos deben estar conscientes de que la ausencia de domicilio fijo es un problema generalizado. Deben saber cuáles son las personas en la calle en sus propias comunidades y se insta a que establezcan una relación de confianza entre el médico y los niños de la calle para que participen en programas de ayuda social y defensa.

8. La AMM afirma que se debe hacer todo lo posible para que todos los niños, en particular los sin hogar, tengan acceso a un entorno psicoafectivo adaptado y equilibrado, en el que sus derechos, incluido el derecho a la salud, sean respetados.

# DECLARACIÓN DEL AMM
# SOBRE
# LOS AGENTES QUÍMICOS PARA CONTROL DE DISTURBIOS

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

Ha existido preocupación por mucho tiempo sobre el uso de armas químicas. A pesar de esta preocupación, el gas venenoso fue usado mucho durante la Primera Guerra Mundial, lo que llevó al Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) a pedir el término de su uso en febrero de 1918.

Esto dio paso al Protocolo de Ginebra de 1925, la Convención sobre Armas Biológicas y Tóxicas de 1972 (BTWC) y la Convención sobre Armas Químicas de 1993 (CWC).

Solo 6 países en el mundo no han firmado ni ratificado la CWC, dos más la han firmado, pero no ratificado todavía. Esto hace que sea una convención aceptada casi universalmente.

Las convenciones prohíben la creación, producción y almacenamiento de armas químicas además de su uso en las guerras y piden medidas para desmantelar o destruir las reservas existentes. Sin embargo, la CWC permite el uso de agentes químicos específicos en el cumplimiento de la legislación nacional, incluidas las situaciones de control de disturbios, lo que implica que los gobiernos podrían tener reservas de ciertos agentes. Incluso los agentes químicos para control de disturbios no pueden ser utilizados en guerras, la exclusión ha tomado el estatus de legislación habitual, que permite su uso solo en jurisdicciones interiores o nacionales.

Aunque existe mucho interés académico y militar en lo que a menudo se llama armas no letales, la frecuencia de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso de armas no son criterios que se consideren en la prohibición. Un enfoque escalonado basado en los grados del poder letal de armas específicas es contrario al espíritu de ambas convenciones.

En situaciones de disturbios públicos masificados y sublevaciones políticas u otras, lamentablemente los gobiernos pueden optar por usar agentes químicos para el control de disturbios en un contexto interno. Aunque esto no entra en conflicto con los principios de la CWC, su empleo todavía puede dar paso a desafíos médicos, legales y éticos específicos.

Aunque la finalidad de los agentes químicos de control es hacer que mantenerse en la manifestación sea desagradable e impracticable, no se espera que causen directamente lesiones o muertes. Al igual que todos los otros agentes, la manera en que se usen determina la concentración a la que las personas estén expuestas. La posibilidad de tomar medidas, como irse del lugar, para disminuir su exposición también puede tener un

impacto. Es reconocido que los determinantes individuales, incluidas la salud en general y la edad, afectarán la respuesta de la persona a la exposición al agente.

El uso de agentes químicos, como el gas lacrimógeno, en un lugar cerrado pequeño expone a las personas a concentraciones mucho más altas que las recibidas normalmente durante disturbios, lo que aumenta el nivel de una grave morbilidad y potencialmente la muerte.

El mal uso de los agentes químicos para el control de disturbios, que produce graves lesiones o las muertes de los manifestantes, que exponen de manera excesiva a las personas o que se utilizan para oprimir las manifestaciones pacificas, puede llevar a una violación de los derechos humanos de las personas involucradas, en especial del derecho a la vida (artículo 3), el derecho a la libertad de expresión (artículo 19) y el derecho a reunión pacífica (artículo 20) de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Se advierte a los gobiernos que autorizan el almacenamiento y uso de dichos agentes químicos por parte de la policía y los servicios de seguridad que podrían tener resultados fatales por su uso. Los gobiernos deben asegurarse que sean utilizados de manera que reduzcan al mínimo la posibilidad de causar una grave morbilidad y mortalidad.

La AMM reconoce que el uso inapropiado de los agentes químicos para el control de disturbios pone en riesgo las vidas de los objetivos y las personas cercanas, lo que puede implicar potencialmente la violación de sus derechos humanos , en particular el derecho a la vida, el derecho a la libertad de expresión y de reunión pacífica, como se estipula en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

En caso de usar agentes químicos para control de disturbios, la AMM insta a los Estados a hacerlo de manera de reducir a mínimo el riesgo de lesiones graves a las personas y prohibir su uso en presencia de poblaciones vulnerables, como niños, ancianos o embarazadas.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM insiste en que los agentes químicos para control de disturbios nunca deben ser usados en lugares cerrados en los que sus concentraciones químicas puedan alcanzar niveles peligrosos y donde las personas no puedan salir de las áreas con altas concentraciones del agente químico.

2. La AMM insiste en que los gobiernos proporcionen una formación a la policía y otros servicios de seguridad sobre el uso seguro y legal de los agentes químicos para control de disturbios, a fin de reducir al mínimo el riesgo de lesiones cuando sean utilizados. Esto debe incluir la rápida evacuación de toda persona que aparentemente sufra con el alto nivel de exposición, no dirigirlos a las personas y no utilizar el agente químico de manera excesiva.

3. La AMM insiste en que los Estados sancionen a las personas que utilicen mal los agentes químicos para control de disturbios y que deliberadamente ponen en peligro la vida y la seguridad humana al utilizar los agentes químicos. Este mal uso que provoca graves lesiones físicas o muertes de personas debe ser investigado por

expertos independientes.

4. La AMM pide el acceso irrestricto y protegido del personal de salud para que pueda cumplir con su deber de attender a los heridos, como lo estipula la "Declaración de la AMM sobre la protección del personal de salud en situaciones de violencia".

5. La AMM recomienda que, debido a importantes dificultades y riesgos para la salud y la vida asociados con el uso de los agentes químicos para control de disturbios, los Estados deben evitar utilizarlos en cualquier circunstancia.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las culturas, el sexo de una persona es asignado al nacimiento de acuerdo a las principales características sexuales físicas. Se espera que las personas se identifiquen con su sexo asignado (identidad de género) y se comporten conforme a normas culturales específicas que están fuertemente asociadas con esto (expresión de género). La identidad de género y la expresión de género forman el concepto de "género".

Hay personas que experimentan diferentes manifestaciones de género que no están asociadas típicamente con el sexo asignado a su nacimiento. El término "transgénero" se refiere a personas que tienen una incongruencia de género, que se define como un marcado desajuste entre su género y el sexo asignado al nacimiento.

Aunque se admite que este es un problema ético complejo, la AMM reconoce el papel crucial que tiene el médico al aconsejar y atender a los transgéneros y sus familias sobre los tratamientos deseados. La AMM espera que esta declaración sirva de guía en las relaciones médico-paciente y que promueva una mejor formación que permita que los médicos aumenten sus conocimientos y sensibilidad sobre los transgéneros y los problemas únicos de salud que tienen.

En el espectro de transgéneros hay gente que, a pesar de tener un sexo distintivo y anatómicamente identificable, busca cambiar sus características sexuales primarias y secundarias y su género completamente, a fin de vivir como una persona del sexo opuesto (transexual). Otros optan por identificar su género fuera de la clasificación de sexo/género masculino o femenino (genderqueer). El término genérico "transgénero" representa un intento de describir a estos grupos sin estigmatizar o caracterización patológica. También se utiliza como un término de autoidentificación positiva. Esta declaración no aborda explícitamente a las personas que solo se visten en un estilo o manera asociadas con el sexo opuesto (por ejemplo, los travestis) o personas que nacen con aspectos físicos de ambos sexos, con muchas variaciones (intersexuales). Sin embargo, existen travestis e intersexuales que se identifican como transgéneros. El ser travesti o intersexual no excluye que una persona sea transgénero. Por último, es importante señalar que transgénero se refiere a la identidad de género y debe considerarse de manera independiente de la orientación sexual de una persona.

Aunque ser transgénero no implica ninguna deficiencia mental, los transgéneros pueden necesitar orientación para ayudarlos a comprender su género y abordar los complejos asuntos sociales y relacionales que los afectan. El Manual de Diagnóstico y Estadísticas

de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos (DSM-5) utiliza el término "disforia de género" para clasificar a las personas que sufren angustia clínica importante debido a la incongruencia de género.

La evidencia sugiere que el tratamiento hormonal o las intervenciones quirúrgicas pueden ser beneficiosas para las personas con una disforia de género pronunciada y prolongada que buscan cambiar de sexo. Sin embargo a los transgéneros a menudo se les niega el acceso a una atención apropiada y asequible (por ejemplo, hormonas, cirugías, atención mental) debido, entre otras cosas, a las políticas de los seguros de salud y a los programas de beneficios de la seguridad social o por falta de competencia clínica y cultural entre los proveedores de salud. Es más probable que los transgéneros renuncien a la atención médica por miedo a la discriminación.

Los transgéneros con frecuencia tienen desventajas profesionales y sociales y sufren una discriminación directa e indirecta, como también violencia física. Además de no tener los derechos civiles, la legislación antidiscriminatoria que protege a otros grupos minoritarios puede que no incluya a los transgéneros. Sufrir desventajas y discriminación puede tener un impacto negativo en la salud física y mental.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM enfatiza que todos tienen derecho a determinar su propio género y reconoce la diversidad de posibilidades a este respecto. La AMM llama a los médicos a respetar el derecho de cada persona a la autoidentificación de su género.

2. La AMM afirma que la incongruencia de género no es sí un trastorno mental, aunque puede producir incomodidad y angustia, lo que se denomina disforia de género (DSM-5).

3. La AMM afirma que, por lo general, todo procedimiento o tratamiento de salud relacionado con el estado de transgénero de una persona, por ejemplo intervenciones quirúrgicas, terapia hormonal o psicoterapia, requiere el consentimiento informado y explícito del paciente expresado libremente.

4. La AMM pide que se haga todo lo posible para que una atención médica individualizada, multiprofesional, interdisciplinaria y asequible (incluida la logopedia, tratamiento hormonal, intervenciones quirúrgicas y salud mental) esté disponible para toda persona que tenga incongruencia de género, a fin de reducir o evitar una disforia de género pronunciada.

5. La AMM rechaza explícitamente toda forma de tratamiento coercitivo o modificación forzada de comportamiento. La atención médica para los transgéneros aspira a que las personas transgénero tengan la mejor calidad de vida. Las asociaciones médicas nacionales deben tomar medidas para identificar y combatir las barreras a esta atención médica.

6. La AMM pide una formación apropiada de expertos para los médicos en todas las etapas de sus carreras para que reconozcan y eviten prácticas discriminatorias y para que presten una atención médica apropiada y sensible a los transgéneros.

7. La AMM condena toda forma de discriminación, estigmatización y violencia contra las personas transgénero y pide medidas legales adecuadas que protejan sus derechos civiles. Como modelo, el médico debe utilizar sus conocimientos médicos para combatir los prejuicios en esta materia.

8. La AMM reafirma su posición sobre que ninguna persona, independientemente de su sexo, etnia, posición socio-económica, estado médico o discapacidad debe ser sometida a una esterilización permanente forzada (Declaración de la AMM sobre Esterilización Forzada). Esto también incluye la esterilización como condición para rectificar el sexo registrado en los documentos oficiales después de una reasignación de género.

9. La AMM recomienda que los gobiernos nacionales mantengan un interés continuo en los derechos a la salud de los transgéneros, a través de una investigación de los servicios de salud a nivel nacional y que utilicen estos resultados en la elaboración de políticas de salud y médicas. El objetivo de ser un sistema de salud receptivo que atienda a cada transgénero para identificar las mejores opciones de tratamiento para esa persona.

# DECLARACIÓN DEL AMM
# SOBRE
# LA DEFICIENCIA DE LA VITAMINA D

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

La vitamin D tiene un rol importante en el metabolismo del calcio y de los huesos. Los valores normales son 75-100 nmol/L (30-40 ng/ml). La deficiencia de la vitamin D se da si los niveles de suero de la hidroxivitamina D son menores a 50nmol/L (20 ng/ml), una insuficiencia de 50-75 nmol/L (20-30 ng/ml).

Los estudios demuestran que la vitamina D es esencial también para la salud y el bienestar general. En el cuerpo, la vitamina D es producida durante la exposición al sol y en menor grado por el consumo de alimentos.

La vitamin D existe en dos formas:: vitamina D3 (colecalciferol en seres humanos y otros mamíferos) y vitamina D2 (ergocalciferol en plantas), pero las dos se metabolizan de manera similar. La vitamina D3 es más activa que la vitamina D2.

La concentración de suero del metabolito hepático de la vitamina D3, la 25-hidroxivitamina D, es considerada el mejor marcador biológico del estado de la vitamina D.

La deficiencia de la vitamina D es un problema de salud importante en el mundo. Se estima que cerca de un tercio de la población tiene una concentración de suero más baja de vitamina D

Muchos estudios han demostrado que la deficiencia de vitamina D está relacionada con el crecimiento, y desarrollo insuficiente. Puesto que los receptores de la vitamina D tienen una amplia distribución de tejidos, la deficiencia de la vitamina D está asociada con trastornos musculoesqueléticos (osteoporosis), caídas, fracturas, trastornos autoinmunes, diabetes mellitus tipo 2 cáncer, trastornos cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos. Los grupos de alto riesgo los constituyen los niños de corta edad, ancianos y embarazadas. Los factores más importantes que contribuyen la deficiencia de a vitamina D son la poca exposición al sol, dieta de mala calidad, disponibilidad de alimentos enriquecidos y uso de suplementos.

## RECOMENDACIONES

Debido a la deficiencia de vitamina D generalizada, es deseable enfocar la atención en medidas preventivas adecuadas en las poblaciones a riesgo. Para determinar los niveles de

la vitamina D sólo se necesita un examen de sangre, un suplemento oral es un método de tratamiento simple. Por lo general, no se recomienda la exposición al sol porque puede aumentar el riesgo de cáncer de la piel.

La Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas:

- Respalden la investigación continua en vitamina D y sus metabolitos
- Informen a los médicos sobre la ciencia evolutiva de la vitamina D y su impacto en la salud (documentos, folletos, afiches).
- Insten a los médicos a considerar la medición de las concentraciones de suero de la 25 hidroxivitamina D en los pacientes con riesgo de deficiencia de vitamina D.
- Monitoreen el desarrollo de las recomendaciones dietéticas para la vitamina D.

# NORMAS PARA LAS INTERVENCIONES MEDIÁTICAS PROMOCIONALES DE LOS MÉDICOS

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

Los medios de comunicación pueden tener diversas funciones en la comunicación médica. Los médicos, como profesionales y expertos, pueden contribuir a mejor salud pública al entregar a la opinión pública información correcta sobre salud. Los medios de comunicación son un canal por el cual los médicos pueden entregar su contribución a la sociedad al aprovechar las intervenciones mediáticas de manera positiva.

Sin embargo, el aumento de ejemplos de algunos médicos que aparecen con frecuencia en los medios de comunicación para recomendar tratamientos no probados o productos y que utilizan estas intervenciones con fines comerciales causan mucha preocupación. El público acepta fácilmente estas recomendaciones infundadas de algunos médicos y pueden crear expectativas irreales. La confusión y desilusión posteriores pueden perjudicar la relación médico-paciente.

Esto es más grave en algunos países donde existen sistemas de medicina differentes, incluida la medicina alternativa.

## RECOMENDACIONES

La AMM recomienda las siguientes normas sobre las intervenciones mediáticas de los médicos, a fin de evitar que los médicos participen en actividades comerciales que comprometan su ética profesional y para contribuir a la seguridad del paciente a través de la entrega de información precisa, oportuna y objetiva.

### Entrega de información médica precisa y objetiva probada científicamente

Cuando aparezca en los medios de comunicación, el médico debe entregar información objetiva y basada en evidencia y no recomendará procedimientos o productos médicos que no hayan sido probados médicamente.

El médico no utilizará expresiones que puedan promover expectativas irreales en los pacientes o inducir a error al público sobre la función y el efecto de los procedimientos médicos, medicamentos u otros productos.

El médico debe presentar información importante, incluidos los posibles efectos secundarios y riesgos, cuando explique los procedimientos médicos, medicamentos u otros productos.

**No abusar de los medios de comunicación con fines publicitarios**

El médico no debe recomendar productos específicos al presentar de manera específica o destacar intencionalmente el nombre o marca de un producto.

El médico será prudente con las intervenciones personales en programas de telecompras. El médico no debe recibir participación financiera de los productos vendidos.

El médico no participará en intervenciones mediáticas de productos que sean peligrosos para el ser humano o el medio ambiente.

**Mantener la integridad profesional**

El médico no pedirá o recibirá beneficios económicos por intervenciones mediáticas, a parte de la remuneración habitual por su aparición.

El médico no proporcionará beneficios económicos al personal de los medios de comunicación para asegurar sus intervenciones mediáticas.

El médico no participará de ninguna manera en la promoción, venta o publicidad de productos comerciales y no utilizará afirmaciones falsas o exageradas sobre sus cualificaciones, como, antecedentes académicos , experiencia profesional, especialidad médica y licencia médica como especialista en beneficio del interés económico de cualquier entidad comercial.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

El mundo está experimentando una extensión de la longevidad a un ritmo rápido sin precedentes. Durante el siglo pasado, unos 30 años se han agregado al promedio mundial de la esperanza de vida al nacer (EVN) – con un mayor aumento esperado en el futuro. En 2050, la EVN se espera que alcance los 74 años, con un número cada vez mayor de países que alcanzan los 80 años y más. En 1950 el número total de personas de más de 80 fue de 14 millones – para el año 2050 se estima que ascenderá a 384 millones, un aumento de 26 veces. La proporción de ancianos se verá más que duplicada, de 10% en 2015 a 22% del total de la población en 2050. Estos aumentos son muy variables, muchas de las comunidades más pobres en todos los países y un mayor porcentaje de la población en los países más pobres han tenido poco incremento en cuanto a esperanza de vida en este período.

El aumento de la longevidad también se ha producido junto a una disminución del número de niños, adolescentes y adultos jóvenes, ya que cada vez más países experimentan tasas de fecundidad total por debajo del nivel de reemplazo, lo que eleva el promedio de edad en dichos países.

Los desafíos del envejecimiento en los países en desarrollo se ven complicados por el hecho de que no siempre existe la infraestructura básica. En algunos casos, las poblaciones de los países en desarrollo envejecen más rápido que la implementación de infraestructuras.

La longevidad es sin duda el mayor logro de la sociedad del siglo 20, pero podría convertirse en un problema importante para el siglo 21. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, educación permanente, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida mientras las personas envejecen». Esta definición presupone una perspectiva del ciclo vital cuando los determinantes que influyen en el envejecimiento activo operan durante toda la vida de un individuo. Estos son los determinantes sociales de la salud e incluyen determinantes conductuales (estilos de vida), los determinantes personales (no sólo los factores hereditarios que son, en general, responsables de más del 25% de las posibilidades de envejecer bien, sino también las características psicológicas), el entorno físico donde se vive, así como los determinantes sociales y económicos. Todos ellos actúan de forma individual sobre las perspectivas de envejecimiento activo, pero también interactúan entre sí: cuanto más interactúan y se superponen, mayor será la

probabilidad de un envejecimiento individual activamente. El género y la cultura son determinantes transversales que influyen en todos los demás.

## PRINCIPIOS GENERALES

### Gastos médicos

Existe una fuerte evidencia de que las enfermedades crónicas aumentan el uso (y costos) de los servicios de salud en lugar de la edad per se.

Sin embargo, las enfermedades crónicas y discapacidades son cada vez más frecuentes con la edad avanzada – por lo tanto, el uso de la atención médica y el gasto van en aumento a la par con la edad.

En muchos países, el gasto en atención médica para las personas mayores se ha incrementado en los últimos años a medida que más intervenciones y las nuevas tecnologías se han hecho disponibles para los problemas comunes en la edad avanzada.

### Efecto del Envejecimiento en los Sistemas de Salud

Los sistemas de salud se enfrentan a dos retos en la revolución de la longevidad: la prevención de las enfermedades crónicas y la discapacidad y la entrega de atención de alta calidad y rentable que es apropiada para personas, sea cual sea su edad.

En las regiones menos desarrolladas, la carga de la enfermedad en la vejez es mayor que en las regiones más desarrolladas.

### Consideraciones Especiales de Salud

Las principales enfermedades que contribuyen a la discapacidad en todas las regiones son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, los trastornos musculoesqueléticos y las enfermedades neurológicas y mentales, incluidas las demencias. Algunas enfermedades comunes en la edad avanzada son especialmente incapacitantes y requieren la detección y tratamiento precoz.

Las enfermedades crónicas comunes entre las personas mayores incluyen enfermedades prevenibles a través de comportamientos saludables o intervenciones de estilo de vida y los servicios de salud preventivos eficaces – típicamente enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y muchos tipos de cáncer. Otras enfermedades están más estrechamente vinculadas a los procesos de envejecimiento y no se entienden lo suficientemente bien como para evitarlas – como la demencia, la depresión y algunos trastornos musculoesqueléticos y neurológicos.

Mientras que la investigación podría conducir eventualmente a la prevención eficaz de la discapacidad o el tratamiento, la gestión temprana es clave para controlar la discapacidad o mantener la calidad de vida.

Las personas mayores pueden ser más vulnerables a los efectos de accidentes dentro y fuera de casa. Esto incluye riesgos cuando se trabaja con maquinaria como vehículos en redes viales, pero también los riesgos al manipular otros equipos potencialmente peligrosos. Puesto que las personas mayores siguen trabajando, estos riesgos deben ser

evaluados y gestionados. Los que se lesionan pueden tener una recuperación complicada por otras vulnerabilidades médicas y comorbilidades.

**Consideraciones para los Profesionales de la Salud**

La atención médica para las personas de edad avanzada por lo general requiere una variedad de profesionales que trabajan como un equipo articulado.

Por lo general, no se enfatizan lo suficiente en los programas de pregrado la educación y la formación de los profesionales de la salud para abordar y administrar las enfermedades comunes en las personas mayores.

**Reducción del impacto en la atención médica**

Un continuo integral de servicios de salud debe ser aprobado con urgencia cuando la edad de la población aumenta. Debe incluir la promoción de salud, prevención de enfermedades, tratamientos de curación, rehabilitación, manejo y prevención de la caída, y el cuidado paliativo.

Diferentes tipos de agentes que prestan atención ofrecen estos servicios, a partir de uno mismo y la familia / atención informal – a veces en forma voluntaria – a los proveedores e instituciones basadas en la comunidad.

**Creación de Sistemas de Salud Optimos**

La cobertura universal de salud debe proporcionarse idealmente a todos, incluidas las personas de edad avanzada.

La gran mayoría de los problemas de salud puede y debe tratarse a nivel comunitario. Con el fin de proporcionar la atención comunitaria óptima y la garantía de coordinación de la atención a lo largo del tiempo, es muy importante fortalecer los servicios de la Atención Primaria de Salud (APS).

A fin de fortalecer la APS para promover el envejecimiento activo, hay principios de la OMS basados en la evidencia para la APS según la edad en tres áreas que deben ser considerados: información / educación / comunicación / capacitación, sistemas de gestión de la salud y el medio ambiente físico.

El sector salud debe instar a los sistemas de salud a apoyar todas las dimensiones de la atención proporcionada a las personas a medida que envejecen, dada la importancia de la salud para asegurar la calidad de vida.

**Especificidades de la atención médica**

La mayoría de los sistemas de salud formales se han desarrollado con énfasis en " cuidados intensivos o atención catastrófica» de una población mucho más joven, a menudo centrada en las enfermedades transmisibles o lesiones. Los sistemas de salud deben enfatizar otras necesidades, en especial el manejo de las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo, cuando traten a las personas mayores.

Los servicios de cuidados intensivos son esenciales para las personas de todas las edades, pero no están enfocados para mantener a la gente sana o para proporcionar el apoyo y

atención necesaria para gestionar las enfermedades crónicas. Es necesario un cambio de paradigma que evite el tratamiento de enfermedades crónicas como si fueran enfermedades agudas.

Las condiciones médicas de mayor edad a menudo se producen de forma simultánea a los problemas sociales y ambos deben ser considerados por los profesionales de la salud en la prestación de la atención médica. Los médicos, en particular los especialistas, deben tener en cuenta que los pacientes de edad avanzada pueden tener otras enfermedades crónicas concurrentes o comorbilidades que interactúan entre ellas y que los tratamientos no deben producir complicaciones prevenibles e involuntarias.

Cuando se inicia un tratamiento farmacológico para las enfermedades crónicas con un paciente de edad avanzada, el médico por lo general debe comenzar con (dosis) bajas e ir lento (aumentando las dosis) para satisfacer las necesidades específicas del paciente.

Si el paciente no puede tomar sus propias decisiones, debido a la alta prevalencia de problemas de la memoria y cognitivos en la vejez, los médicos que tratan a pacientes de edad avanzada deben comunicarse con la familia, y con frecuencia con el cuidador formal, para explicarles mejor el estado de salud del paciente y específicamente qué medicamentos darle, para evitar complicaciones.

Al considerar las diferentes opciones terapéuticas, los médicos siempre deben tratar de conocer los deseos del paciente y reconocer que para algunos la calidad de vida será más importante que los potenciales resultados de intervenciones más agresivas.

**Educación y Capacitación para los Médicos**

Todos los médicos deben estar capacitados adecuadamente para diagnosticar y tratar los problemas de salud de las personas mayores, lo que implica la incorporación del envejecimiento en el plan de estudios de medicina.

Se debe prestar atención médica secundaria a las personas mayores si es necesario. Debe ser integral, con consideración de los aspectos psicosociales y también ambientales. Los médicos también deben ser conscientes de los riesgos de maltrato de ancianos y de las medidas a adoptar cuando se identifica o se sospecha el maltrato. (Véase la Declaración de Hong Kong sobre Maltrato de Ancianos).

Todos los médicos, en particular los médicos generales, debe tener acceso a la información y realizar una formación para identificar y evitar la polifarmacia y las interacciones de drogas que puede ser más común en pacientes de edad avanzada.

La educación médica continua sobre temas relativos a los pacientes que envejecen se debe enfatizar para ayudar a los médicos a diagnosticar, tratar y manejar adecuadamente la complejidad de la atención de una población que envejece.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS CIBERATAQUES A LA SALUD Y OTRA INFRAESTRUCTURA VITAL

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

Los avances en la tecnología de la información (IT) moderna han permitido mejoras en la prestación de atención médica y siguen ayudando a la fluidez del trabajo de los médicos, del mantenimiento de registros médicos a la atención de pacientes. Al mismo tiempo, la implementación de nueva infraestructura IT más sofisticada tiene sus desafíos y riesgos, incluida los ciberataques y el robo de información.

Las amenazas a la seguridad cibernética son una realidad lamentable en la era de la información y comunicación digital. Los ataques a la infraestructura vital y patrimonio esencial de interés público, como los utilizados en energía, suministro de alimentos y agua, telecomunicaciones, transporte y salud, van en aumento y representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de los ciudadanos.

Con la proliferación de los registros médicos electrónicos y los sistemas de facturación, el sector de la salud se ha convertido en un área susceptible para las intrusiones cibernéticas y blanco principal de los delincuentes cibernéticos. Las instituciones de salud y los asociados comerciales, de la más pequeña consulta privada a los más grandes hospitales, son vulnerables no solo para el robo, alteración y la manipulación de registros electrónicos médicos y financieros de los pacientes, sino que también a intrusiones en sofisticados sistemas, cada vez más frecuentes, que pueden poner en peligro la capacidad para atender a pacientes y responder a urgencias médicas. Especialmente desconcertante es la amenaza al derecho fundamental del paciente a la privacidad y seguridad de su información. Además, la reparación del daño causado por los ciberataques puede implicar costos importantes.

La información del paciente también necesita protección porque con frecuencia incluye información personal sensible que puede ser utilizada por delincuentes para tener acceso a cuentas bancarias, robar identidades u obtener recetas médicas de manera ilegal. Por esta razón, tiene mucho más valor en el mercado negro que sólo la información sobre tarjetas de crédito. Las alteraciones o el abuso de la información del paciente puede ser perjudicial para la salud, seguridad y situación material de los pacientes. En algunos casos, las violaciones incluso pueden tener consecuencias que pongan en peligro la vida.

Los procedimientos y estrategias de seguridad actuales en el sector de la salud por lo

general no han seguido el ritmo del volumen y la magnitud de los ciberataques. Si no se protegen adecuadamente, los sistemas de información de los hospitales, los sistemas de administración de consultas médicas o sistemas de control de aparatos médicos pueden ser blancos para los delincuentes cibernéticos. Los programas de imágenes en radiología, sistemas de videoconferencias, cámaras de vigilancia, dispositivos móviles, impresoras, encaminadores y sistemas de video digitales utilizados para el monitoreo en línea y procedimientos remotos son sólo algunas de las infraestructuras de tecnología de la información que pueden ser intervenidas.

A pesar de este peligro, muchas organizaciones e instituciones de salud no tienen los recursos financieros (la disponibilidad para tenerlos) y las competencias administrativas o técnicas y el personal necesarias para detectar o evitar los ciberataques. También pueden no comunicar adecuadamente la gravedad de las amenazas cibernéticas internamente y a los pacientes y asociados externos.

**RECOMENDACIONES**

1. La AMM reconoce que los ciberataques a los sistemas de salud y otra infraestructura vital representan un problema transfronterizo y una amenaza para la salud pública. Por lo tanto, insta a los gobiernos, legisladores y operadores de salud y otra infraestructura vital a través del mundo a trabajar con las autoridades competentes en seguridad cibernética en sus respectivos países y colaborar internacionalmente, a fin de anticipar y defenderse de estos ataques.

2. La AMM insta a las asociaciones médicas nacionales a crear conciencia entre sus miembros, las instituciones de salud y los interesados en el sector sobre la amenaza de los ciberataques y apoyar una estrategia de tecnología de la información en salud eficaz y consistente para proteger la información médica sensible y asegurar la privacidad y la seguridad del paciente.

3. La AMM recalca el alto riesgo de intrusiones cibernéticas y otros robos de información que enfrenta el sector de la salud e insta a las instituciones médicas a implementar y mantener sistemas integrales para evitar las intrusiones en seguridad, incluido pero no limitado a ofrecer una formación para asegurar que los empleados cumplan con las prácticas óptimas de gestión de información y para mantener la seguridad de los dispositivos informáticos.

4. En caso de robo de información, las instituciones de salud deben implementar sistemas de respuesta probados, incluido pero no limitado a notificar y ofrecer servicios de protección a las víctimas y poner en marcha procesos para corregir errores en los registros médicos producidos por el uso malicioso de la información robada. Se pueden considerar pólizas de seguros contra el robo de información como medida de precaución para sufragar los costos de una potencial intrusión cibernética.

5. La AMM llama a los médicos, como guardianes de la seguridad del paciente y la confidencialidad de la información, a ser conscientes del desafío singular que representan los ciberataques a su capacidad para ejercer su profesión y a tomar todas las medidas necesarias citadas para proteger la información del paciente, su seguridad

y otra información vital.

6. La AMM recomienda que los currículos de educación médica de pre y post grado incluyan información completa sobre cómo los médicos puedan aprovechar al máximo la IT y los sistemas de comunicaciones electrónicas y asegurar todavía la protección de la información y mantener los más altos estándares de conducta profesional.

7. La AMM reconoce que los médicos y otros profesionales de la salud puede que no siempre tengan acceso a los recursos (incluso financieros), infraestructura y conocimientos necesarios para crear sistemas de defensa a prueba de fallas y destaca la necesidad de que los organismos públicos y también privados apropiados los apoyen para superar estas limitaciones.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS CIBERATAQUES A LA SALUD Y OTRA INFRAESTRUCTURA VITAL

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCION

Como lo hace notar la 65ª Asamblea General de la AMM de Durban en 2014, los médicos en el mundo están conscientes que la contaminación atmosférica por los combustibles fósiles reduce la calidad de vida para cientos de millones de personas en el planeta, lo que produce una importante carga de enfermedades, pérdidas económicas y costos para los sistemas de salud.

Según información de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012, la contaminación atmosférica causó aproximadamente 7 millones de muertes, uno de ocho del total de los decesos (OMS, 2014).

El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) indica que el crecimiento global económico y poblacional, que se sustenta en un creciente uso del carbón, sigue siendo la causa más importante de los aumentos de las emisiones de dióxido de carbón. Estas emisiones son el principal componente de la cantidad de gases de efecto invernadero (GHG) por combustibles fósiles producidos por el ser humano, a pesar de la adopción de políticas de mitigación del cambio climático (IPCC, 2014).

La carga de enfermedades producidas por el cambio climático será distribuida en forma diferente por el mundo y mientras afectará a todos, las poblaciones más marginales serán las más vulnerables a los impactos del cambio climático y tienen la menor capacidad de adaptación.

## ANTECEDENTES

En muchas ciudades con gran población en el mundo, el polvo fino que se puede medir en el aire es hasta 50 veces más alto de lo recomendado por la OMS. El alto volumen de transporte, energía generada con carbón y contaminación causada por equipos de construcción están entre los factores que contribuyen a la contaminación (WMA, SMAC 197, Contaminación del Aire, Declaración de la AMM sobre la Prevención de la contaminación del aire por las emisiones de los vehículos 2014).

La evidencia en todo el mundo demuestra que los efectos del cambio climático y los eventos extremos en el clima tienen impactos importantes y a veces devastadores en la salud del ser humano. 14 de los 15 años más calurosos registrados han ocurrido en los primeros 15 años de este siglo (Organización Mundial de Meteorología 2014). Los más

vulnerables – incluidos los niños, ancianos, gente con enfermedades cardiacas o pulmonares y los que viven en la pobreza – tienen más alto riesgo por estos cambios.

La AMM nota la descripción de cambio climático de la Comisión Lancet como la "mayor amenaza para la salud humana del siglo 21" y que el acuerdo de París en la COP21 sobre clima hace un llamamiento a los gobiernos "cuando adopten medidas sobre el cambio climático" a "respetar promover y considerar sus respectivas obligaciones con los derechos humanos (y) el derecho a la salud".

Como la AMM estipula en la Declaración de Delhi sobre Salud y Cambio Climático: "aunque los gobiernos y las organizaciones internacionales son responsables de establecer regulaciones y legislaciones para mitigar los efectos del cambio climático y ayudar a sus poblaciones a adaptarse a él, la Asociación Médica Mundial, a nombre de sus asociaciones médicas nacionales y sus médicos miembros, siente la obligación de alertar sobre las consecuencias del cambio climático para la salud y sugerir soluciones. La AMM y las AMNs deben crear acciones prácticas concretas para mitigar y adaptarse al cambo climático" (AMM 2009).

## RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la AMM recomienda que sus AMNs y todas las organizaciones de salud:

1. Sigan informando a los científicos de la salud, las empresas, la sociedad civil y gobiernos sobre los beneficios para la salud y la economía de la reducción de los gases a efecto de invernadero y promuevan la incorporación de la evaluación del impacto para la salud sus costos y en las políticas económicas.

2. Insten a los gobiernos a adoptar estrategias que enfaticen regulaciones y normas ambientales estrictas que motiven a las compañías de energía a cambiar a fuentes de combustibles renovables.

3. Comiencen un proceso de transferencia de sus inversiones de empresas, cuando sea posible sin daños, de energía basada principalmente en combustibles fósiles a las que produzcan energía de fuentes renovables.

4. Se esfuercen por invertir en compañías que respeten los principios ambientales estipulados en el Pacto Mundial de las Naciones Unidas (www.unglobalcompact.org) y se abstengan de realizar inversionse en compañías que no cumplen con la legislación y convenios aplicables sobre la responsabilidad ambiental.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS CONSIDERACIONES ETICAS EN LOS CURSOS DE MEDICINA EN EL MUNDO

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCIÓN

Los estudiantes de medicina participan cada vez más en experiencias educacionales en el mundo, a las que se les llama "cursos de medicina en el extranjero" (IMEs). Estas tienen una duración corta, menos de un año, y a menudo se realizan en lugares de pocos recursos, en países de ingresos bajos y medios.

Aunque los IMEs pueden proporcionar una experiencia valiosa, estos deben considerar los riesgos potenciales para la comunidad que los recibe, la organización que los auspicia y el estudiante. Los cursos exitosos aseguran beneficios mutuos para todas las partes y se basan en un entendimiento acordado de los conceptos, incluido la no maleficencia y la justicia.

Las normas éticas publicadas, como la Ethics and Best Practice Guidelines for Training Experiences in Global Health por el grupo de trabajo sobre Ethics Guidelines for Global Health Training (WEIGHT), piden a las instituciones auspiciadoras (universidades y organizaciones que facilitan los cursos) comprometerse en asociaciones sustentables con las instituciones que reciben estudiantes y las comunidades locales. Se pide también a todas las partes que colaboren para elaborar normas profesionales para los cursos de medicina.

A su vez, los estudiantes que participen en IMEs deben respetar los principios éticos pertinentes estipulados en los documentos éticos de la AMM, incluida la Declaración de Ginebra, el Código Internacional de Etica Médica de la AMM y la Declaración sobre el Uso Profesional y Etico de las Redes Sociales.

## RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la AMM recomienda lo siguiente:

1. Las instituciones auspiciadoras deben trabajar con los establecimientos que reciben y las comunidades locales a fin de elaborar normas profesionales y éticas sobre las mejores prácticas para los cursos de medicina. Ambas instituciones deben participar activamente en la elaboración de normas. La institución auspiciadora debe evaluar el curso propuesto con dichas normas antes de aprobarlo.

2. Estas normas deben ser apropiadas al contexto local y ratificar la creación de

asociaciones sustentables de beneficio mutuo y justo, la salud de los pacientes y de la comunidad local deben ser prioritarias. Estas deben tomar en cuenta las normas de mejor práctica, ya disponibles en muchos países.

3. Las normas deben considerar la seguridad del paciente y de la comunidad como prioridad absoluta y describir los procesos que aseguren el consentimiento informado, la confidencialidad del paciente, la privacidad y la continuidad de la atención, como se estipula en el Código Internacional de Etica Médica de la AMM.

4. Las normas también deben describir los procesos para proteger la seguridad y la salud del estudiante y destacar las obligaciones con las instituciones auspiciadora y que reciben estudiantes para asegurar una supervisión adecuada del estudiante en todo momento. Las instituciones deben considerar medios para enfrentar las posibles catástrofes naturales, inestabilidad política y exposición a enfermedades. Se debe disponer de servicios de urgencia.

5. Las instituciones auspiciadoras y que reciben estudiantes tienen la responsabilidad de asegurar que las IMEs sean bien planificadas, incluido como mínimo una información apropiada antes de partir, formación en cultura e idiomas y evitar explícitamente toda actividad que se pueda explotar, servicios lingüísticos si es necesario y una introducción y orientación suficientes en la institución que recibe. Se debe planificar una sesión de evaluación después de la partida del estudiante a su regreso, incluida la revisión de situaciones éticas vividas y la prestación de ayuda médica y emocional apropiada necesaria.

6. Se espera que el estudiante tenga información y una evaluación por la experiencia para que pueda recibir crédito académico. El estudiante debe tener la oportunidad de evaluar la calidad y utilidad de la experiencia.

7. Los estudiantes deben ser plenamente informados de su responsabilidad de seguir las instrucciones entregadas por los supervisores locales y tratar al personal local y pacientes con respeto.

8. Las normas y los procesos deben ser revisadas y actualizadas regularmente a medida que las instituciones auspiciadoras y que reciben estudiantes ganen más experiencia entre ellas.

9. Las asociaciones médicas nacionales deben elaborar una mejor práctica para los cursos internacionales de medicina y favorecer su adopción como estándares por los organismos de acreditación nacionales o regionales, cuando sea posible, y su implementación en las instituciones auspiciadoras y que reciben estudiantes.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA OBESIDAD INFANTIL

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCION

La obesidad infantil es una enfermedad grave y una preocupación importante de salud pública que afecta a muchos niños. La obesidad infantil es una epidemia creciente y un desafío para los países desarrollados y en vías de desarrollo. Debido a su prevalencia en aumento y su impacto inmediato y a largo plazo en la salud, incluida la predisposición a la diabetes y las anomalías cardiovasculares, la obesidad infantil debe ser considerada como un problema serio de salud pública. El aumento de la obesidad infantil se puede atribuir a varios factores:

- Estudios recientes indican que la publicidad dirigida a los niños tiene una gran influencia en las tendencias en compras y preferencias alimenticias de los hogares en todo el mundo. Las ofertas especiales, reducciones de precios a corto plazo, otras promociones de precios y publicidad en las redes sociales y medios tradicionales tienen todos una función para aumentar la demanda del producto.

- Muchas publicidades están en conflicto con las recomendaciones nutricionales de los organismos médicos y científicos. La publicidad en televisión de alimentos y bebidas con poco o sin valor nutricional con frecuencia es difundida en horarios de muchos telespectadores niños y está destinada a promover el deseo de consumir estos productos aunque no se tenga hambre. La publicidad aumenta la respuesta emocional de los niños a los alimentos y explota su confianza. Estos métodos y técnicas son utilizados en los medios de comunicación no tradicionales, como redes sociales, juegos de video y sitios destinados a niños.

- La selección de comidas poco sanas, un estilo de vida sedentario y la falta de ejercicio contribuyen a la obesidad infantil. El sedentarismo es la característica más preponderante en el mundo occidental hoy en día. Muchos niños pasan más tiempo que nunca frente a las pantallas y muy raramente realizan actividades físicas.

- Las corporaciones y conglomerados internacionales que producen alimentos y bebidas no siempre están sujetos a reglamentaciones regionales que regulan el etiquetado de los alimentos. La preocupación por las ganancias pueden ser a expensas de su responsabilidad corporativa por el medio ambiente y los problemas de salud pública.

- Los productos que contienen gran cantidad de azúcar, grasa y sal agregadas pueden ser adictivos, en especial cuando se combinan con potencionadores de sabor. En algunos países, no todos los ingredientes están sujetos a etiquetado y los fabricantes a menudo se niegan a comunicar información sobre los métodos utilizados para aumentar al máximo el consumo de sus productos. Los gobiernos deben exigir que todos los ingredientes de los alimentos y bebidas aparezcan claramente en las etiquetas, incluidos aquellos exclusivos destinados a aumentar el consumo del producto.

- Las disparidades socioeconómicas también tienen correlación con las crecientes tasas de obesidad infantil. La relación entre vivir en la pobreza y la obesidad infantil temprana sigue afectando de manera negativa la salud en la vida adulta[1]. La exposición a la contaminación ambiental, exámenes médicos esporádicos, acceso insuficiente a alimentos nutritivos y actividad física limitada producen obesidad y otras enfermedades crónicas que son más frecuentes en niños que viven en la pobreza.

**RECOMENDACIONES**

1. Es necesario un programa completo para evitar y abordar la obesidad en todos los segmentos de la sociedad, con un énfasis específico en los niños. Este enfoque debe incluir iniciativas sobre precios y disponibilidad de alimentos nutritivos, acceso a la educación, publicidad y comercialización, información, etiquetado y otras áreas específicas a regiones y países. Se recomienda un enfoque similar al del tabaco en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

2. Los estudios internacionales enfatizan la importancia de adoptar un enfoque integrado de la educación y la promoción de la salud. La inversión en educación es clave para disminuir al mínimo la pobreza, mejorar la salud y proporcionar beneficios económicos.

3. La educación de calidad en un marco formal de la edad de 2-3 años, combinada con actividades de enriquecimiento para los padres y un suministro suficiente de alimentos y bebidas nutritivos, puede ayudar a disminuir el porcentaje de obesidad en adolescentes y reduce las consecuencias para la salud a lo largo de la vida. La inclusión de comidas y sabores sanos a temprana edad parecen ser factores positivos en la prevención de la obesidad infantil.

4. Los gobiernos deben invertir en educación relacionada con la elaboración del menú, compra de alimentos incluido un presupuesto, almacenamiento y preparación, de modo que la gente esté mejor preparada para planificar el consumo de alimentos.

5. Los gobiernos deben tratar de regular la disponibilidad de alimentos y bebidas con poco valor nutritivo, a través de una serie de métodos incluido el precio. Se debe prestar atención a la disponibilidad de establecimientos que venden alimentos de poco valor nutritivo cerca de los colegios. Los gobiernos deben tratar de convencer a los fabricantes de reformular los productos, a fin de reducir sus efectos generadores de obesidad. Cuando sea posible, los gobiernos y las autoridades locales deben tratar de administrar la densidad de dichos establecimientos en el área.

6. Los gobiernos deben considerar aplicar impuestos a los alimentos no nutritivos y bebidas azucaradas y utilizar las ganancias adicionales percibidas para financiar la investigación y los estudios epidemiológicos, destinados a evitar la obesidad infantil y disminuir el riesgo de enfermedad.

7. Los ministerios de salud y de educación deben regular las comidas y bebidas que son vendidas y servidas en los establecimientos educacionales y de salud.

8. Dada la relación probada entre la duración del consumo de los medios y los efectos adversos para el peso de los niños, la AMM recomienda que la publicidad de los productos que no son nutritivos esté restringida durante la programación de televisión y otras formas de información destinadas a los niños. Los reguladores deben saber que los niños ven programas de televisión destinados a adultos y deben asegurarse que la legislación y reglamentación también restrinjan la publicidad de estos programas.

9. Los gobiernos deben trabajar con expertos en salud independientes para producir una guía sólida sobre alimentos y nutrición, sin participación de la industria alimentaria.

10. Los gobiernos y las autoridades locales deben subsidiar y promover actividades sanas a sus ciudadanos, incluido el poner a disposición espacios seguros para caminar, andar en bicicleta y otras formas de actividad física.

11. Los padres tienen una responsabilidad fundamental en incentivar la participación deportiva de sus hijos. Los colegios deben incluir actividades físicas en sus rutinas diarias. La participación en deportes debe ser posible para todos independientemente de su situación económica.

12. Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar o elaborar normas y reglamentos para asegurar que reflejen los conocimientos actuales de la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil.

13. Las asociaciones médicas nacionales deben hacer ver a la opinión pública el problema de la obesidad infantil y destacar la necesidad de luchar contra la prevalencia creciente de la obesidad y su carga para la salud y la economía.

14. Las clínicas y las organizaciones de salud deben emplear a profesionales con formación apropiada para ofrecer clases y consultas sobre la selección de las cantidades adecuadas de alimentos y bebidas nutritivos y lograr niveles óptimos de actividad física para los niños. También deben asegurarse que sus establecimientos sean ejemplares en la entrega de opciones de comida sana.

15. Los establecimientos educacionales deben emplear a profesionales con formación apropiada que enseñen los estilos de vida sanos desde una edad temprana y permitan que todos los niños, cualquiera sea su estrato social, practiquen actividades físicas regulares.

16. Los médicos deben aconsejar a los padres y niños cómo llevar una vida sana y enfatizar su importancia, deben identificar lo más pronto posible la obesidad en sus pacientes, en especial los niños. Deben derivar a los pacientes con obesidad a los servicios apropiados en cuanto sea posible y realizar seguimientos regulares.

17. Los médicos y los profesionales de la salud deben recibir educación sobre la evaluación nutricional, la prevención y tratamiento de la obesidad. Esto se puede realizar con el reforzamiento de las actividades de EMC enfocadas en la medicina nutricional.

[1] WHO Commission on Social Determinants of Health (Closing the Gap in a Generation) 2008

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA INTIMIDACIÓN Y EL ACOSO EN LA PROFESIÓN

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCION

1. La intimidación en el trabajo ha sido reconocida como un factor estresante importante en el trabajo desde principios de los años ochenta.

2. La intimidación en el trabajo es una conducta no razonable e inapropiada hacia un trabajador o un grupo de trabajadores que crea un riesgo para la salud y la seguridad. Por definición, la intimidación es una conducta que se repite durante el tiempo y sucede como parte de un patrón de conducta, en lugar de un solo episodio. La conducta no razonable es lo que una persona razonable en las mismas circunstancias consideraría como no razonable. Incluye un comportamiento que intimida, ofende, victimiza, amenaza, degrada, insulta o humilla. La intimidación puede ser de una forma psicológica, social y física. No es la intención del autor, sino la percepción de la víctima lo que es clave para determinar si ha ocurrido una intimidación.

3. El acoso es una conducta no deseada o desagradable que hace sentir a una persona humillada, intimidada u ofendida. El acoso puede estar relacionado con la etnia, género, orientación sexual, discapacidad u otros factores, como si una persona se ha quejado.

4. Por lo general, los empleadores tienen el deber legal de asegurar la salud, seguridad y bienestar de sus empleados. Esto incluye identificar la intimidación y el acoso y tomar medidas para eliminarlos y evitarlos. Por lo general, loa empleados deben cuidar su propia salud y seguridad al igual que las de los otros que pueden verse afectados por su conducta en el lugar de trabajo.

5. En los últimos años, la intimidación y el acoso ha sido más reconocidos en la profesión médica, existe evidencia de que un comportamiento perturbador, inapropiado y el acoso ocurren en el lugar de trabajo médico. La investigación internacional ha demostrado que el acoso en la profesión de la salud no está asociado con una especialidad o un sexo. Al parecer el acoso está generalizado y se da en todas las especialidades y en todos los niveles de antigüedad, aunque es justo afirmar que cuando hay acoso es más común que sea de un empleado más antiguo sobre uno más reciente. La naturaleza jerárquica de la medicina y el desequilibrio de poder inherente asociado a esto crea una cultura de intimidación y acoso que en algunos casos se convierte en pasiva e institucionalizada.

6. El acoso laboral puede tener efectos perjudiciales, como menos satisfacción en el

trabajo, depresión, ansiedad y ausentismo, lo que tiene un impacto en la retención del personal y la calidad de la atención de pacientes.

## RECOMENDACIONES

7. La AMM condena la intimidación y el acoso en toda circunstancia. Considera además que crear conciencia del comportamiento inapropiado, perturbador y del acoso en la profesión médica es un paso importante para eliminar el problema. La AMM estima que es un problema de profesionalismo e insta a las asociaciones médicas nacionales (AMNs), escuelas de medicina, empleadores, y colegios médicos a establecer e implementar políticas contra la intimidación y el acoso.

8. La AMM recomienda que las AMNs reconozcan y cuando sea posible aborden activamente lo siguiente:

   8.1 El acoso en el lugar de trabajo de la salud es un comportamiento contrario a la ética profesional y destructivo que no debe ser tolerado.

   8.2 Se deben tomar medidas para enfrentar, informar y eliminar el acoso a todo nivel.

   8.3 Los espectadores también tienen la responsabilidad de tomar medidas.

   8.4 Pueden existir barreras importantes para que los médicos jóvenes denuncien el acoso de colegas más antiguos, por ejemplo el miedo a progresar en sus carreras.

   8.5 El profesionalismo no es sólo cómo tratamos a nuestros pacientes, sino cómo tratamos a los colegas. El actuar de manera profesional significa también estar atento y listo a intervenir por el bien de todos.

   8.6 El acoso es contrario a la ética profesional, contradice los fundamentos de la profesión y crea preocupación para estar preparado al ejercicio profesional.

   8.7 La salud necesita buenos equipos. Al eliminar el acoso se asegura un ambiente de grupo más seguro y mayor seguridad para los pacientes.

   8.8 La administración es responsable de mantener un buen ambiente de trabajo y abordar todas las señales de acoso. Debe existir una tolerancia cero frente al acoso.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LOS CONFLICTOS ARMADOS

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Los deberes del médico en tiempos de conflicto armado están establecidos en la Declaración de la AMM sobre los Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de emergencia y las Regulaciones de la AMM en Tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia.

2. Los médicos deben instar a los políticos, gobiernos y otros que tienen el poder a ser más conscientes sobre las consecuencias, incluido el impacto en la salud, de sus decisiones en el inicio o continuación de un conflicto armado.

3. Los conflictos armados perjudican la salud de las personas y las poblaciones, al igual que la infraestructura importante, incluidos los establecimientos de salud, la vivienda, redes de agua potable y alcantarillado. También llevan a una degradación del medio ambiente. Esta destrucción de infraestructura importante puede tener consecuencias adversas para la salud, como la desnutrición y enfermedades infecciosas o transmitidas por el agua, como el cólera y la tifoidea. La guerra también destruye la infraestructura laboral, incluidas las fábricas, centros de producción y la agricultura. Reparar la infraestructura dañada no se puede realizar hasta el cese del conflicto.

4. Las guerras comienzan por muchas razones diferentes. Los esfuerzos para evitar los conflictos a menudo son insuficientes e inadecuados, los líderes de los países puede que no busquen todas las alternativas. Siempre es deseable evitar la guerra y buscar soluciones constructivas.

5. Es esencial que los que afirman que una guerra es una “guerra justa” entiendan que esto es una circunstancia rara y extrema que no debe ser sobredimensionada. El concepto de “guerra justa” no debe utilizarse para legitimar la violencia.

6. Es probable que la guerra y otras formas de conflicto armado empeoren el sufrimiento de los más pobres y contribuya a producir una gran cantidad de personas desplazadas internamente y refugiados.

7. Durante los conflictos, los médicos deben tratar de influenciar a las partes, a fin de aliviar el sufrimiento de las poblaciones.

## RECOMENDACIONES

8. La AMM considera que los conflictos armados siempre deben ser el último recurso. Los médicos y las AMNs deben alertar a los gobiernos y actores no gubernamentales sobre las consecuencias humanas de la guerra.

9. Los médicos deben instar a los políticos, gobiernos y otros que tienen el poder a ser más conscientes sobre las consecuencias de sus decisiones en relación con el conflicto armado.

10. La AMM reconoce que los conflictos armados siempre causarán muchísimo sufrimiento humano. Los Estados y otras autoridades, incluidos los actores no gubernamentales que entran en un conflicto armado, deben aceptar la responsabilidad por las consecuencias de sus acciones y estar preparados para responder por ellas, incluso ante tribunales de justicia y cortes internacionales y recomienda que las autoridades reconozcan y cooperen para asegurar que esto suceda.

11. La AMM reconoce que el impacto de los conflictos armados será más importante para las mujeres y poblaciones vulnerables, incluidos los niños, jóvenes, ancianos y los más pobres de la sociedad. Los médicos deben tratar de asegurar que la asignación de los recursos de salud no tenga un impacto discriminatorio.

12. Los médicos deben recordar continuamente a las personas en el poder la necesidad de proporcionar estos servicios esenciales a las personas en las zonas afectadas y perturbadas por el conflicto.

13. Una vez terminado el conflicto, se debe dar prioridad a reconstruir la infraestructura esencial necesaria para tener una vida saludable, incluidos vivienda, alcantarillado, suministro de agua potable y alimentos, seguido del restablecimiento de oportunidades de educación y trabajo.

14. La AMM exige que las partes del conflicto respeten el Derecho Humanitario y no utilicen los establecimientos de salud como cuarteles militares ni dirijan sus ataques a instituciones, personal y vehículos de salud, respeten el Derecho Humanitario Internacional (DHI) establecido, ni restrinjan el acceso de los heridos y pacientes a la salud, como se estipula en la Declaración de la AMM sobre la Protección del personal de salud en situaciones de violencia.

15. Los médicos deben cooperar con los organismos de ayuda y otros, a fin de tratar de asegurar que las partes protejan la integridad de las familias y cuando sea posible alejar a la gente del peligro directo e inmediato.

16. Los médicos deben ser conscientes de la probable prevalencia del síndrome de estrés postraumático (SEPT) y otros problemas psicológicos y psicosomáticos post conflicto y prestar una atención y tratamiento apropiados a los combatientes y civiles.

17. Los médicos, incluidos los especialistas forenses, deben ayudar a las familias a asegurarse que los esfuerzos para identificar a los desaparecidos y muertos no sean utilizados por los servicios de seguridad.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EL CANNABIS MEDICINAL

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Cannabis es el término genérico utilizado para designar los preparados psicoactivos de la planta Cannabis sativa que crece de forma silvestre en muchas partes del mundo y que es conocida con otros nombres como "marihuana", "dagga", "hierba", "pot", "hachís", o "cáñamo".

2. El cannabis para uso medicinal se refiere al consumo de cannabis y sus componentes, naturales o sintéticos, para tratar una enfermedad o aliviar los síntomas, bajo supervision profesional; sin embargo, no existe una definición aceptada.

3. El cannabis recreacional se refiere al consumo de cannabis para alterar el estado mental, de manera que cambia las emociones, percepciones y sentimientos independientemente de la necesidad médica.

4. Esta declaración de la AMM busca fijar una posición sobre la legalización del cannabis para uso medicinal y destacar los efectos adversos relacionados con el consumo recreacional.

5. El consumo recreacional de cannabis es un problema de salud y social importante en todo el mundo. El cannabis es la droga ilícita más consumida en el planeta. La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de 147 millones de personas, 2,5% de la población mundial, consume cannabis, en comparación con el 0,2% que consume cocaína y el 0,2% que utiliza opiáceos.

6. La AMM condena el consumo recreacional de cannabis debido a los graves efectos nocivos para la salud, como un mayor riesgo de psicosis, accidentes de vehículos motorizados fatales, dependencia, también déficits en aprendizaje verbal, memoria y atención. El consumo de cannabis antes de los 18 años duplica el riesgo de trastorno psicótico. El inquietante aumento de disponibilidad de cannabis o de sus formas en alimentos, como dulces y "concentrados", que son muy atractivos para los niños y adolescentes, requiere una intensa vigilancia y control policial.

7. Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar las estrategias destinadas a prevenir y disminuir el consumo recreacional de cannabis.

8. Evidencia para consumo de cannabis con fines medicinales

8.1 Los Cannabinoides son componentes químicos del cannabis sativa que contienen las mismas características estructurales, algunas actúan sobre los receptores cannabonoides de las células del cuerpo humano. Conceptualmente, los cannabinoides que activan estos receptores (1) presentes en el cuerpo humano como cualquier otro neurotransmisor endógeno, (2) presentes en forma natural en la planta de cannabis (fitocannabonoides) y (3) son preparados farmacéuticos que tienen cannabinoides sintéticos (como Delta9-Tetrahidrocannabinol, conocido como dronabinol (de marca Marinol), o un compuesto relacionado, nabilone (Cesamet), o extractos de fitocannabonoides (nabiximols Sativex).

8.2 Entre los fitocannabinoides está presente en forma natural el cannabis sativa, el Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el principal cannabinoide bioactivo y el elemento psicoactivo esencial , mientras que el cannabidiol (CBD) es el segundo más abundante. Al CBD le faltan propiedades psicoactivas, pero puede tener propiedades analgésicas y anticonvulsivas.

8.3 Se piensa que el sistema endocannabinoide es un mediador de los efectos psicoactivos del cannabis y tiene incidencia en una variedad de procesos fisiológicos, incluido el apetito, sensación de dolor, estado de ánimo y memoria. El importante potencial terapéutico médico y farmacológico de influenciar el sistema endocannabinoide ha sido reconocido ampliamente.

8.4 Los beneficios medicinales del cannabis informados en la literatura científica son debatidos ampliamente a nivel mundial. El cannabis ha sido utilizado para el tratamiento de la espasticidad grave en la esclerosis múltiple, dolor crónico, náuseas y vómitos debidos a los citotóxicos y pérdida de apetito y caquexia asociadas al SIDA. Las pruebas sugieren que ciertos canabinoides son eficaces en el tratamiento del dolor crónico, en particular como una alternativa o complemento al uso de opiáceos cuando el desarrollo de tolerancia a los opiáceos y el retiro se pueden evitar. La evidencia que respalda el uso de cannabis con fines medicinales es de calidad baja a moderada e inconsistente. La inconsistencia puede ser atribuida parcialmente a la prohibición del cannabis. Su clasificación como substancia illegal en algunos países ha limitado una investigación clínica segura y de alta calidad.

8.5 Los efectos nocivos a corto plazo del uso de cannabis están bien documentados. Sin embargo, los efectos nocivos a largo plazo no se entienden tan bien, en particular el riesgo de dependencia y enfermedad cardiovascular. Existe también una preocupación importante por la salud pública en las poblaciones vulnerables, como los adolescentes y mujeres embarazadas y en lactancia.

8.6 A pesar de la poca evidencia de los beneficios médicos, el cannabis para uso medicinal ha sido legalizado en algunos países. En otros países, el cannabis medicinal está prohibido o todavía en fase de debate.

9. Los profesionales médicos se ven enfrentados a un dilema médico-legal cuando

tratan de encontrar un equilibrio entre su responsabilidad ética ante los pacientes que consideran que el cannabis es una terapia eficaz y el cumplimiento de la legislación vigente. Este dilema se puede manifestar con pacientes que pueden beneficiarse médicamente con el consumo de cannabis y a los que es posible que no, pero presionan a los profesionales médicos para que se los prescriba.

## RECOMENDACIONES

10. Investigación sobre el cannabis

10.1 A la luz de la evidencia científica de baja calidad sobre los efectos de salud y la eficacia terapéutica del cannabis, es necesaria una investigación más rigurosa con muestras más grandes, antes de que los gobiernos decidan, sí o no, legalizar el cannabis medicinal con fines médicos. El comparador debe incluir los estándares de tratamiento existentes. Se debe respaldar la ampliación de dicha investigación. La investigación también debe examinar las consecuencias de salud pública, sociales y económicas del consumo de cannabis.

10.2 Los gobiernos pueden considerar la revisión de la legislación que regula el acceso y posesión de cannabis de máxima calidad para permitir una investigación científica bien elaborada, a fin de ampliar la base científica de las pruebas para los efectos en la salud y los beneficios terapéuticos del cannabis.

11. En los países donde el cannabis está legalizado con fines medicinales, se deben aplicar los siguientes requisitos:

11.1 Requisitos para los productores y los productos :

11.1.1 El suministro de los productos a base de plantas de cannabis para tratamiento debe hacerse conforme a la Convención Unica de la ONU sobre Estupefacientes del 30 de marzo de 1961, incluidas las reglas de la Convención sobre producción, comercio y distribución. Así es esencial que el cannabis incluido en los productos suministrados para tratamiento médico debe ser proporcionado y administrado de acuerdo con los requisitos de la Convención.

11.1.2 Los requisitos deben establecer que las plantas de cannabis cumplan con las exigencias de calidad apropiadas para cultivo y estandarización. Los productos de las plantas de cannabis deben tener una indicación (intervalo) específica de los ingredientes, incluido el contenido de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidol (CBD) y una indicación de la intensidad de éstos.

11.2 Requisitos para la prescripción y dispensación del cannabis medicinal:

11.2.1 El cannabis medicinal debe ser prescrito por un médico/profesional de acuerdo con el mejor nivel de evidencia y los marcos reguladores locales.

11.2.2 Se recomienda comenzar el tratamiento con medicamentos convencionales aprobados antes de utilizar productos con cannabis en el tratamiento.

11.2.3 Cada médico debe ser responsable de la decisión sobre el tratamiento con productos de cannabis, según la mejor evidencia disponible y las indicaciones específicas registradas en el país.

11.2.4 El cannabis con fines medicinales sólo debe ser dispensado por una farmacia o por dispensadores autorizados dentro del marco regulador del país.

11.2.5 Se deben implementar medidas de control eficaces para impedir el consumo ilegal del cannabis medicinal .

11.2.6 Son necesarios sistemas de vigilancia de salud pública para monitorear la prevalencia del consumo del cannabis y las tendencias en los patrones de consumo.

12. Al considerar las políticas y la legislación sobre el cannabis, los gobiernos, las AMNs, legisladores y otros operadores en salud deben enfatizar y examinar los efectos para la salud y los efectos terapéuticos en base a pruebas, al mismo tiempo reconocer diversos factores de contexto, como la capacidad de regulación, rentabilidad, valores de sociedad, circunstancias sociales del país y el impacto de salud pública en la población en general.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# LA COOPERACIÓN DE LAS ASOCIACIONES MÉDICAS NACIONALES DURANTE O DESPUÉS DE UN CONFLICTO

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. A través de la historia, han existido casos de conflictos políticos en los que los médicos y los organismos profesionales que los representan han adoptado y reforzado las políticas de sus respectivos gobiernos en violación de las normas de ética médica. También ha habido casos de médicos que deliberadamente han participado en actividades delictuales y se han involucrado en ideologías contrarias a la ética. Incluso en la actualidad, los conflictos morales y políticos en curso pueden llevar a los médicos y sus organizaciones representativas a sobrepasar los límites éticos.

2. Para evitar que ocurran estas infracciones al comportamiento ético, los médicos y sus organizaciones representativas tienen la responsabilidad de posicionarse por sobre los conflictos nacionales, para promover el apoyo profesional mutuo y fundamentar sus acciones en las más altas normas de ética médica, incluida la principal obligación del médico con la salud de cada paciente.

3. Todas las asociaciones médicas nacionales y sus miembros tienen la obligación de defender la ética de la medicina, demostrar su honestidad y honradez al enfrentar los conflictos nacionales históricos y presentes, como también preservar las lecciones aprendidas de toda forma de conducta contraria a la ética. Esto incluye mantener un claro compromiso con los derechos humanos, rechazar explícitamente la discriminación racial, religiosa, sexual, de orientación sexual y de toda otra forma y enfrentar en forma activa los fracasos morales de la profesión médica.

4. Los médicos tienen obligaciones profesionales y éticas que van más allá de los intereses étnicos y nacionales. Las asociaciones médicas tienen una función que cumplir en la reducción de la brecha entre los diferentes grupos, en base a sus códigos de ética médica comunes, independientemente de su origen político, religioso, étnico y social. La expriencia médica, representada en las asociaciones médicas, podría constituir un agente poderoso para restablecer el respeto por los derechos humanos en general en tiempos de guerra u otros conflictos.

**RECOMENDACIONES**

5. La Asociación Médica Mundial insta a las asociaciones médicas nacionales a:

5.1 Reunirse regularmente para mantener la amistad y la cooperación.

5.2 Tomar la iniciativa de invitar a colegas de asociaciones médicas de países en conflicto a reuniones, con la intención de restablecer el contacto y la cooperación entre las asociaciones.

5.3 Participar en un intercambio significativo de experiencias y conocimientos con la comunidad médica regional y global, a fin de mantener los más altos niveles de normas éticas y atención médica.

5.4 Asegurar que todas las generaciones de médicos, incluidas las que no han participado en ninguna mala conducta, tengan conciencia de la importancia vital de la ética médica y de las graves consecuencias de su infracción. Esto se puede lograr al incluir estos principios como parte de la formación ética básica (véase la Resolución de la AMM sobre la Inclusión de la ética médica y los derechos humanos en el currículo de las escuelas de medicina del mundo) y continuar a lo largo de las carreras de los médicos.

5.5 Reconocer su obligación de trabajar entre ellas y con otras autoridades competentes para mantener la memoria viva de cualquier desviación de la ética médica o violaciones de derechos humanos, a fin de evitar que sucedan nuevamente.

5.6 Promover el mantenimiento y aumento de relaciones constructivas en la profesión médica, incluso después de lamentables conflictos pasados o presentes. Para lograr esto, es especialmente importante tener una comunicación continua en un ambiente de camaradería profesional.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# LAS EPIDEMIAS Y PANDEMIAS

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La historia demuestra que pueden aparecer nuevas enfermedades y las antiguas vuelven a presentarse de manera impredecible. El rápido movimiento mundial de personas y productos hace que las infecciones se propaguen por el planeta a una velocidad sin precedentes, lo que plantea un desafío para que los sistemas de salud respondan de manera oportuna. Por lo tanto, reconocer rápidamente y reaccionar de modo apropiado ante estas epidemias o pandemias debe ser una preocupación internacional, con una comunicación y colaboración eficaces entre los países.

2. Las epidemias pueden ser causadas por una variedad de agentes infecciosos con diferentes métodos de transmisión. Estas enfermedades pueden ser autolimitantes, pueden tener algunos síntomas obvios o consecuencias graves de corta o larga duración. Las patologías menores son a veces mortales para ciertas personas vulnerables. Esto incluye a los ancianos, los niños y los que tienen la inmunidad comprometida.

3. La inversión en los sistemas de salud aumentará la capacidad de detectar y contener eficazmente los brotes raros o inhabituales. Es necesario contar con un sistema de salud pública fuerte para detectar, investigar y responder a todas las epidemias. Un programa de vigilancia global más eficaz mejorará la respuesta a las enfermedades infecciosas y permitirá la detección temprana y la identificación de nuevas enfermedades. Las epidemias y pandemias tienen el potencial de propagarse con más rapidez en los países donde los sistemas de salud pública tienen sistemáticamente pocos recursos y no están desarrollados con suficiencia.

## RECOMENDACIONES

### La OMS y los Gobiernos Nacionales

4. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene la responsabilidad de coordinar la respuesta internacional a las epidemias y pandemias. Tiene fases definidas que permiten un enfoque intensificado para la planificación de la preparación y la respuesta ante la evolución de la epidemia. La AMM recomienda:

4.1 La OMS debe asegurar que toda la información pertinente sobre el desarrollo de las enfermedades infecciosas y su propagación sea recopilada, incluido el trabajo con organismos voluntarios y actores no estatales, también gobiernos nacionales y locales que siguen la situación en zonas donde la documentación puede ser limitada. Es esencial contar con un sistema mundial de recopilación de información y vigilancia para rastrear las enfermedades infecciosas y sus consecuencias.

4.2 La OMS debe colaborar estrechamente con los centros de control de enfermedades en Atlanta y Europa (CDC y ECDC), Centros Nacionales para el Control de Enfermedades y otros organismos de salud pública regionales para examinar los informes de cambios de modelos patológicos y declarar epidemias y pandemias tan pronto como sean identificadas. La aparición y la identificación pueden tener tiempos distintos.

4.3 La OMS y otros deben trabajar con los gobiernos nacionales y los grupos internacionales de gobierno para coordinar las respuestas ante las enfermedades infecciosas emergentes y las que vuelven a manifestarse.

4.4 La OMS debe colaborar con las asociaciones médicas nacionales y otras autoridades de salud para asegurarse que las directrices clínicas precisas y oportunas estén disponibles para los médicos y el personal de salud.

4.5 Cuando las infecciones aparezcan o se vuelvan a manifestar, la OMS y otros organismos de la ONU deben asegurarse que la información fácil de comprender sea puesta a disposición de toda la gente en la zona afectada y en el idioma local, en colaboración con los gobiernos y otros asociados. Se debe incluir información sobre la prevención de enfermedades, con la de las prácticas óptimas sobre higiene y control de infecciones.

4.6 Cuando las enfermedades produzcan defectos congénitos, los gobiernos deben proporcionar apoyo a las familias afectadas.

4.7 Se debe crear un grupo de especialistas en salud pública que pueda ofrecer apoyo durante una emergencia de salud y que obtenga el respaldo de todos los gobiernos nacionales.

Ellos y otros médicos deben estar preparados para ayudar en el control de epidemias, según su experiencia.

**Asociaciones médicas nacionales (AMNs)**

5.1 Las AMNs deben identificar claramente sus responsabilidades durante una epidemia, incluido el alcance de su participación en el proceso de planificación nacional de epidemias. Estas responsabilidades deben incluir la comunicación de información vital a la opinión pública y especialmente a los profesionales de la salud.

5.2 Cuando corresponda, las AMNs deben proponer formación y de apoyo clínico a los médicos y las asociaciones médicas regionales que trabajan con instituciones

de salud pública y educacionales.

5.3 Las AMNs deben estar preparadas a solicitar un financiamiento adecuado del personal de la salud y para una epidemia.

**Médicos**

6.1 Los médicos deben tener la información suficiente sobre los riesgos de transmisión, el control de infecciones y gestión de enfermedades crónicas paralelas durante una epidemia.

6.2 Puesto que los médicos son los primeros en responder, deben participar en la planificación de las epidemias y en todas las etapas de la respuesta a la epidemia a nivel local

6.3 Los médicos deben tomar todas las medidas necesarias para proteger su propia salud y la de su personal y compañeros.

6.4 Los médicos deben ayudar en la recopilación de la información primaria para monitorear las epidemias, con la debida consideración de la confidencialidad y la protección de las personas vulnerables.

# DECLARACIÓN SOBRE LA FUNCIÓN DEL MÉDICO EN LA PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN EN LAS ADOPCIONES

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La Convención de la UNICEF sobre los Derechos del Niño hace un llamamiento en su Artículo 21 para que haya un proceso transparente y adecuado de adopción en el que el interés superior del niño sea la consideración primordial.

2. El Convenio de La Haya relativo a la protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional (El Convenio de Adopción de La Haya) establece salvaguardias para velar por que las adopciones internacionales se realicen teniendo en cuenta el interés superior del niño. Sus principios deben formar la base para las prácticas mundiales en materia de adopciones internacionales.

3. Los médicos pueden estar en contacto con los niños que van a ser adoptados, con los padres y/o los tutores legales de esos niños, así como con los padres que van a adoptar a un niño. Dado que los médicos afrontan las consecuencias de la explotación en el proceso de la adopción, su papel es capital al buscar velar por que se respeten los derechos de los niños, especialmente el Artículo 21 de la Convención de la UNICEF sobre los Derechos del Niño. Es necesaria la concienciación profesional del proceso legal de adopción para proteger los derechos y salud de los niños.

## RECOMENDACIONES

4. La AMM condena cualquier forma de explotación en las prácticas de adopción de niños. Entre las prácticas inaceptables cabe mencionar los actos delictivos, la trata de niños y los delitos sexuales.

5. La AMM insta a las Asociaciones Médicas Nacionales, y a los médicos, a que participen activamente para impedir la explotación en las prácticas de adopción.

6. Se debe educar a los médicos acerca de la naturaleza e importancia que reviste su papel durante el proceso de adopción. Los médicos deben adquirir más conocimientos acerca de las prácticas explotadoras existentes en materia de

adopciones, y deben saber asimismo cuáles son los recursos que les pueden ayudar a identificar y hacer frente a las necesidades de las víctimas.

7. Los médicos que tienen contacto con las familias que están adoptando a menores, las deben alentar vivamente a que verifiquen que las prácticas de adopción cumplen con todos los requisitos normativos y legales de su jurisdicción.

8. La AMM respalda la idea de proporcionar información a las familias –cuando estas están pensando en adoptar- acerca de la existencia de redes que podrían dedicarse a la explotación en sus prácticas de adopción, especialmente cuando las adopciones tienen lugar a través de diferentes jurisdicciones legales.

9. Los médicos que tienen razones justificables para sospechar que un paciente niño o adulto pudiera estar involucrado en una práctica explotadora de adopción, deben notificar a las autoridades pertinentes esas razones, de conformidad con las normativas nacionales.

10. Los médicos deben tener conocimientos de la existencia de herramientas que les pueden ayudar a identificar a miembros de la familia de los niños adoptados, incluida la identificación mediante pruebas de ADN.

11. La AMM alienta todas aquellas actividades científicas y profesionales que puedan servir para respaldar los esfuerzos que realizan las autoridades locales para impedir la explotación en las prácticas de adopción.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# LOS MEDICAMENTOS BIOSIMILARES

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

1. La expiración de las patentes para productos bioterapéuticos originales ha llevado a la creación y aprobación de copias, llamadas "medicamentos biológicos similares" o "biosimilares" que son muy similares a un medicamento biológico aprobado previamente, conocido como medicamento de referencia o de origen.

2. En vista de que los biosimilares son producidos en organismos vivos, pueden existir algunas diferencias menores con respecto al medicamento de referencia, ya que la variabilidad menor es una característica de todos los medicamentos biológicos. La fabricación de los biosimilares por lo general es más compleja que elaboración de las moléculas químicas. Por esto, la substancia activa en el biosimilar final puede tener un grado inherente de menor variabilidad. Los innovadores bilógicos también tienen una variabilidad inherente entre lotes y por esta razón 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. Aunque los genéricos son intercambiables, los biosimilares no siempre lo son.

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 Administración de Alimentos y Drogas (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 es posible obtener una eficacia similar a la del producto de referencia 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 y los profesionales de la salud prefieran los medicamentos originales, incluso cuando puede que no sean apropiados para un paciente o en situaciones en las que no demuestren una equivalencia clínica adecuada a un producto biológico original. La decisión de prescribir biosimilares o cambiar a los pacientes de medicamentos de referencia a los biosimilares la deben tomar los médicos tratantes, no las compañías de seguros de salud.

**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 luchar para asegurar que el médico mantenga su autonomía para dispensar un producto biológico.

4. Cuando sea apropiado, las asociaciones médicas nacionales deben ejercer presión para impedir que las compañías aseguradoras y los fondos de salud requieran la intercambiabilidad y para regulaciones de seguridad del intercambio de los medicamentos biosimilares cuando esté permitido.

5. Los médicos deben asegurarse que el historial médico del paciente incluya con exactitud el medicamento biosimilar que se prescribe y usa.

6. Los médicos no deben prescribir un medicamento biosimilar a los pacientes que ya utilizan satisfactoriamente un fármaco de origen, al menos que se haya demostrado y establecido claramente la equivalencia clínica y que se haya informado de manera adecuada a los pacientes y que éstos hayan otorgado su consentimiento. No debe haber una sustitución entre los biosimilares y otros medicamentos sin considerar la autorización del médico.

7. Los médicos deben tratar de mejorar su comprensión sobre las distinciones entre productos biosimilares muy similares al producto de origen o intercambiable con él, informar sobre los medicamentos biosimilares y su intercambiabilidad y promover un etiquetado claro de éstos.

8. Los médicos deben mantenerse alerta e informar al fabricante, al igual que a través de las vías reguladoras designadas, todo evento adverso que sufran los pacientes que utilizan medicamentos biológicos originales o biosimilares.

# DECLARACIÓN SOBRE LA ELABORACIÓN Y PROMOCIÓN DE UNA LIBRETA DE SALUD MATERNA E INFANTIL

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

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 Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGs). Las disminuciones de la proporción de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal y de mortalidad de menores de cinco años son metas importantes a lograr en los Objetivos de Desarrollo Sustentable (SDGs).

La libreta de salud maternal e infantil (MCH) es un librito completo guardado en casa diseñado para proporcionar información de salud pertinente e incluir registros de salud de la madre y el niño. La MCH incluye registros de salud e información sobre el embarazo, parto, períodos neonatal e infantil y crecimiento y vacunas del hijo. La MCH apoya la integración de servicios maternos, neonatales y de salud infantil. La MCH no sólo trata la educación de salud, sino que pertenece a las familias y las mujeres.

En 1948, Japón fue el primer país en el mundo en elaborar y distribuir la libreta de salud materna e infantil (MCH) para proteger y mejorar la salud y el bienestar de la madre y del hijo.

Existen ahora aproximadamente 40 versiones en países de la libreta MCH, todas adaptadas a la cultura local y el contexto socio-económico. Existe una variedad de libretas y material educacional sobre la MCH en muchos países. El uso de las libretas MCH ha contribuido a mejorar los conocimientos de las madres sobre temas de salud materna e infantil y a cambiar las conductas durante el embarazo, el parto y el período post parto.

La libreta 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 libreta MCH. La libreta por sí sola no ha demostrado que mejore los indicadores de salud. Los beneficios aumentan al máximo cuando las mujeres y los niños tienen acceso a servicios de salud pertinentes, en base a la información registrada en la libreta. El beneficio de la libreta debe compartirse a nivel mundial.

En Japón, se está adoptando progresivamente una libreta digital. También se espera

utilizarla de manera que proteja la confidencialidad de la información de salud del paciente. Algunas escuelas primarias y guarderías solicitan las libretas MCH en el proceso de admisión, lo que presiona a los padres y médicos a modificar las respuestas a las preguntas en la libreta.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM recomienda que las asociaciones miembros constituyentes insten a las autoridades de salud y las instituciones de salud a proporcionar información sobre salud materna e infantil accesible y fácil de comprender. La libreta MCH o su equivalente puede ser una herramienta importante para mejorar la continuidad de la atención y el beneficio de la promoción de la salud para las madres, los recién nacidos y los niños.

2. La AMM recomienda que las asociaciones miembros constituyentes y los profesionales médicos promuevan la adaptación a la realidad local y la utilización de la libreta MCH o equivalentes para que nadie quede atrás en los SDGs, en especial los analfabetos, familias migrantes, refugiados, minorías, gente en zonas de pocos recursos y remotas.

3. Al utilizar la libreta MCH o documento similar, 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. Se debe utilizar exclusivamente para mejorar la salud y el bienestar de las madres, recién nacidos y niños. No debe ser usada en los procesos de admisión de las escuelas.

4. Las asociaciones miembros constituyentes deben promover la investigación local para evaluar la utilización de las libretas MCH o sus equivalentes y presentar recomendaciones para mejorar la calidad de la atención a nivel local.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# IGUALDAD DE GÉNERO EN LA MEDICINA

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

1. 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 igualdad de género. Esta declaración propone mecanismos para identificar y abordar las barreras que causan discriminación entre los géneros.

2. 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.

3. Esto ofrece oportunidades para adoptar medidas, incluido lo siguiente:

   - Mayor énfasis en un equilibrio apropiado entre trabajo y vida de familia, y apoyar el desarrollo profesional del médico.
   - Estímulo y realización de las mujeres en puestos a nivel académico, directivo y de gestión.
   - 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.

4. 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.

## RECOMENDACIONES

### Mayor presencia de mujeres en el mundo académico, directivo y funciones de gestión

5. 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.

7. Las AMNs deben presionar para lograr políticas sobre educación médica y trabajo igual para los géneros.

8. 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**

9. 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 expectativas de la sociedad sobre los roles de género que deben abordarse para solucionar el problema. Los empleadores en salud pueden mostrar liderazgo y ayudar a enfrentar este desequilibrio al:

   - Asegurar que las mujeres que toman una licencia de maternidad puedan tener acceso a todos sus derechos.
   - Introducir programas que insten a los hombres y también a las mujeres a tomar una licencia parental, de modo que las mujeres puedan continuar sus carreras y los hombres puedan pasar un tiempo importante con sus familias.

10. 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.

11. 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.

12. Es necesario investigar más los horarios de trabajo alternativos y las oportunidades de 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 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 todos los médicos y estudiantes de medicina un acceso igualitario a oportunidades de empleo,

educación y formación en medicina.

**Embarazo y paternidad**

15. Debe ser ilegal que los empleadores pregunten a los postulantes sobre embarazos o planificación familiar en relación con el trabajo.

16. 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.

17. Las doctoras embarazadas deben tener las mismas oportunidades de formación en el perfeccionamiento de postgrado.

18. Los padres deben tener el derecho a permisos parentales sin consecuencias negativas para su empleo y oportunidades de formación o de carrera.

19. Los padres deben tener derecho a volver al mismo puesto después de la licencia parental, sin temor a despido.

20. 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.

21. 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.

22. Los lugares de trabajo deben contar con instalaciones adecuadas para las mujeres que amamantan, incluidas zonas designadas para amamantar, extraerse la leche y almacenarla, que sean tranquilos, higiénicos y privados.

**Cambios en la cultura de organización**

23. 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.

24. 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**

25. 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 negativas, prejuicios o normas y valores caducos de parte de las organizaciones y las personas.

26. Las AMNs deben instar a los gobiernos a invertir en investigación para identificar los factores que llevan a las mujeres y los hombres 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.

27. 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.

# DECLARACIÓN SOBRE EL TURISMO DE SALUD

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## 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 y legislación 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 electivo 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. 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 las imágenes de diagnóstico 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.

# DECLARACIÓN
# SOBRE
# EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

1. La AMM considera que la salud y el bienestar dependen de los determinantes sociales de la salud (SDH), las 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 e indicadores que se han elaborado para medir su progreso también serán medidas útiles del impacto que las acciones tienen en el mejoramiento de los SDH y en particular en la disminución de las desigualdades en salud.

2. Esta declaración se basa en la política de la AMM sobre los Determinantes Sociales de la Salud como está establecida en la Declaración de Oslo y en los principios básicos de la ética médica de la Declaración de Ginebra.

3. La AMM reconoce los importantes esfuerzos realizados por la ONU con la adopción el 25 de septiembre de 2015 de la resolución "Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Developmet". 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 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 2030. La AMM nota que sólo el objetivo SD3 es claramente sobre salud, muchos de los objetivos tienen elementos importantes de salud.

5. 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. 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.

6. 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.

## PRIORIDADES DE POLÍTICAS

7. Reconocimiento de la salud en todas las políticas y los determinantes sociales de la salud/ enfoque de toda la sociedad.

8. Ambitos de políticas que son esenciales para lograr el SDG3, incluyen:

   - 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

9. 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.

10. La AMM se compromete a respaldar la implementación de los otros tres acuerdos globales sobre el proceso de desarrollo sostenible:

    - La Agenda de acción Addis Ababa como el mecanismo que proporcionará el apoyo final para la agenda 2030.
    - El Acuerdo de París es el 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 2ºC por sobre los niveles pre industriales.
    - 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 el gobierno local, el sector privado y otros actores.

## RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS

11. La AMM se compromete a trabajar con otras organizaciones intergubernamentales, incluidas la ONU la OMS, organizaciones de profesionales de la salud y otros interesados en la implementación y el seguimiento de esta agenda y los acuerdos internacionales relacionados y para armonización de políticas y defensa.

12. La AMM se compromete a colaborar con las asociaciones miembros constituyentes para apoyar su trabajo a nivel regional y nacional y con sus gobiernos en la implementación de la agenda 2030.

13. La AMM recomienda que las AMNs elaboren estrategias sobre la recopilación de información, implementación, aumento de capacidad y defensa para incrementar la coherencia de políticas y aumentar al máximo la implementación de la agenda 2030 a niveles nacional y global.

14. La AMM también recomienda que las AMNs colaboren con bancos de desarrollo, ONGs, organizaciones intergubernamentales y otros interesados que también trabajan para implementar la agenda 2030, en especial en sus propios países.

15. La AMM 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.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# INTELIGENCIA AUMENTADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial (IA) es la capacidad que tiene una máquina para simular un comportamiento inteligente, calidad que permite que una entidad funcione apropiadamente y con anticipación en consideración de su entorno. El término AI cubre una gama de métodos, técnicas y sistemas. Los ejemplos comunes de sistemas de IA incluyen, entre otros, el procesamiento de lenguaje natural (PNL), la visión artificial y el aprendizaje automático. En la atención médica, como en otros sectores, las soluciones de IA pueden incluir una combinación de estos sistemas y métodos.

(Nota: un glosario de términos aparece como un apéndice a esta declaración).

En salud, el término más apropiado es "inteligencia aumentada", concepto alternativo que refleja con mayor precisión el propósito de tales sistemas porque están destinados a coexistir con la toma de decisiones humana [1]. En consecuencia, lo que continúa en esta declaración IA se refiere a inteligencia aumentada.

Un sistema de IA que utiliza el aprendizaje automático emplea un algoritmo programado para aprender («algoritmo de aprendizaje») a partir de los datos denominados «datos de capacitación». El algoritmo de aprendizaje luego ajustará automáticamente el modelo de aprendizaje automático basado en los datos de capacitación. Un «sistema de aprendizaje continuo» actualiza el modelo sin supervisión humana a medida que se presentan nuevos datos, mientras que los «aprendices bloqueados» no actualizarán automáticamente el modelo con datos nuevos. En la atención médica, es importante saber si el algoritmo de aprendizaje está finalmente bloqueado o si continúa aprendiendo una vez implementado en la práctica clínica para evaluar la calidad, la seguridad y el sesgo de los sistemas. Es fundamental ser capaz de rastrear la fuente de los datos de capacitación para comprender el riesgo asociado con la aplicación de un sistema de IA de atención médica a personas cuyas características personales son significativamente diferentes a las del conjunto de datos de capacitación.

La IA de atención médica generalmente describe métodos, herramientas y soluciones cuyas aplicaciones se centran en entornos de atención médica y atención al paciente. Además de las aplicaciones clínicas, existen muchas otras aplicaciones de los sistemas de IA en la atención médica, incluidas las operaciones comerciales, la investigación, la administración de la atención médica y la salud de la población.

Los conceptos de inteligencia artificial y aprendizaje automático han interesado

rápidamente a las organizaciones de salud, pero a menudo no existe una definición clara de la terminología utilizada. Muchos consideran la IA como una panacea tecnológica, sin embargo, la realización de sus promesas puede presentar desafíos, debido a la supervisión regulatoria en desarrollo para garantizar la seguridad y la eficacia clínica, la falta de estándares ampliamente aceptados, los problemas de responsabilidad, la necesidad de leyes y regulaciones claras que rijan el uso de datos y la falta de comprensión compartida de la terminología y las definiciones.

Algunos de los usos más prometedores de los sistemas de inteligencia artificial para la salud incluyen un análisis predictivo, medicina de precisión, diagnóstico por imágenes de enfermedades y apoyo a las decisiones clínicas. Los avances en estas áreas están en marcha y la inversión en IA ha aumentado en los últimos años [2]. En la actualidad, los sistemas de IA para la salud comienzan a proporcionar valor en el reconocimiento de patrones, procesamiento de lenguaje natural y aprendizaje en profundidad. Los sistemas de aprendizaje automático están diseñados para identificar errores de datos sin perpetuarlos. Sin embargo, los sistemas de IA para la salud no reemplazan la necesidad de la relación médico-paciente. Tales sistemas aumentan la atención médica proporcionada por el médico y no la reemplazan.

Los sistemas de IA para la salud deben ser transparentes, reproducibles y generar confianza entre el personal de salud y los pacientes. Los sistemas se deben enfocar en las necesidades de los usuarios. La facilidad de empleo y su eficacia deben ser evaluados por participantes que reflejan necesidades similares y patrones de práctica de los usuarios finales y los sistemas deben funcionar de manera eficaz con las personas. Los médicos estarán más dispuestos a aceptar sistemas de IA si pueden ser integrados o mejorar sus esquemas de prácticas y también mejorar la atención de los pacientes.

## Oportunidades

La IA para la salud puede ofrecer un conjunto de herramientas de transformación a los médicos y los pacientes y tiene el potencial de que la atención médica sea más segura y más eficaz. La automatización de los procesos hospitalarios y administrativos podría mejorar la productividad de los médicos. El uso de la extracción de datos para producir información útil y exacta en el momento adecuado puede mejorar los registros de salud electrónicos y el acceso a la información pertinente del paciente. Los resultados de la extracción de datos también puede entregar evidencia para las tendencias que pueden servir para informar sobre la asignación de recursos y las decisiones de utilización. Puede haber mejores diagnósticos y tratamientos si se analiza toda la información conocida de un paciente. También existe el potencial de mejorar la experiencia del paciente, la seguridad del paciente y el cumplimiento del tratamiento.

Las aplicaciones de la IA para la salud en la educación médica incluyen la educación médica continua, simulaciones de capacitación, asistencia al aprendizaje el acompañamiento de los estudiantes de medicina y residentes y puede proporcionar herramientas de evaluación objetiva de las competencias. Estas aplicaciones ayudarían a personalizar la educación médica y facilitar el aprendizaje independiente individual o grupal.

A parte de los médicos, hay varios interesados y responsables de políticas que participan en la evolución de la IA en la atención médica. Esto incluye a las asociaciones médicas, empresas, gobiernos y la industria tecnológica. Los médicos tienen una oportunidad sin precedentes de informar e influir de manera positiva en los debates que se dan actualmente sobre la IA. Los médicos deben involucrarse de forma dinámica en estos intercambios para asegurar que sus opiniones sean escuchadas e incorporadas a esta tecnología de rápido desarrollo.

**Desafíos**

Los desarrolladores y reguladores de los sistemas de inteligencia artificial para la salud deben garantizar la divulgación adecuada y tener en cuenta los beneficios, las limitaciones y el alcance del uso apropiado de dichos sistemas. A su vez, los médicos tendrán que comprender los métodos y sistemas para basarse en la recomendación clínica. Los estudiantes de medicina y los médicos en ejercicio deben ser informados sobre las posibilidades y limitaciones de los sistemas de IA para la salud, ya que su participación es esencial para la buena evolución del sector. Los sistemas de IA siempre deben ser conformes a los valores profesionales y a la ética de la profesión médica.

La protección de la confidencialidad, control y propiedad de los datos del paciente es fundamental en la relación médico-paciente. El anonimato de los datos no proporciona una protección suficiente a la información del paciente cuando es suficiente tres puntos de información, que pueden poner en riesgo la privacidad de los datos del paciente, a los algoritmos de aprendizaje por las máquinas para identificar a una persona en un inmenso y complejo conjunto de información. Las expectativas actuales de los pacientes en cuanto a la confidencialidad de su información personal deben abordarse y desarrollar nuevos modelos que incluyan el consentimiento y la gestión de datos. Se exploran soluciones técnicas viables para mitigar estos riesgos, que serán importantísimas para adoptar el uso de sistemas de IA para la salud.

La estructura y la integridad de la información son los mayores desafíos que deben enfrentarse cuando se diseñen los sistemas de IA para la salud. El conjunto de información en el que los sistemas de aprendizaje automático se basan es creado por humanos y puede ser sesgado y tener errores. Es por eso que estos conjuntos de información normalizarán errores y las predisposiciones inherentes a su constitución. Las minorías se pueden encontrar en desventaja porque hay menos información disponible sobre las poblaciones minoritarias. Otra consideración en el diseño es cómo se evaluará un modelo en su exactitud, lo que incluye un análisis muy cuidadoso de la información y su relación con el conjunto de datos usados para evaluar los algoritmos.

La generalización de los sistemas de IA presenta importantes desafíos sobre cuestiones de responsabilidad. A medida que los modelos de supervisión nuevos y existentes desarrollan sistemas de IA para la salud, los desarrolladores de tales sistemas generalmente tendrán el mayor conocimiento de los riesgos y estarán mejor posicionados para mitigar el riesgo. Como resultado, los desarrolladores de sistemas de IA para la salud y aquellos que exigen el uso de dichos sistemas deben ser responsables de los eventos adversos que resulten de un mal funcionamiento o una imprecisión en la producción. Los médicos a menudo se ven frustrados con el uso de registros de salud electrónicos. Los sistemas diseñados para

respaldar la atención médica prestada en equipo y los modelos sobre el flujo de tareas. Además de los factores humanos en el diseño y desarrollo de los sistemas de IA para la salud, se debe dar una consideración significativa al despliegue apropiado del sistema. No todos los sistemas se pueden implementar en todas las configuraciones, debido a las variaciones de la fuente de datos.

Ya se trabaja para avanzar en la prestación y la supervisión de la atención médica con utilización de IA, incluidas las normas de atención, los derechos de propiedad intelectual, los procedimientos de certificación o las regulaciones gubernamentales y los aspectos éticos y jurídicos.

## RECOMENDACIONES

1. Que la AMM:

- Reconozca el potencial para mejorar los resultados de los pacientes y la satisfacción profesional de los médicos mediante el uso de IA para la salud, siempre que se ajusten a los principios de la ética médica, la confidencialidad de los datos de los pacientes y la no discriminación.
- Apoye el proceso de establecer prioridades para la IA para la salud.
- Inste a la revisión del currículo médico y a tener oportunidades educacionales para los pacientes, médicos, estudiantes de medicina, administradores de salud y otros profesionales de salud, a fin de promover una mayor comprensión de los diversos aspectos, positivos y negativos, de la IA para la salud.

2. La AMM insta a sus organizaciones miembros a:

- Encontrar oportunidades para incluir la perspectiva del médico en ejercicio en el desarrollo, diseño, validación e implementación de la IA para la salud.
- Abogar por la participación directa del médico en el desarrollo y gestión de la IA para la salud y por una supervisión apropiada gubernamental y profesional de los productos y servicios de la IA para que sean seguros, eficaces, equitativos, éticos y accesibles.
- Abogar por que todos los sistemas de IA para la salud sean transparentes, reproducibles y sean confiables por el personal de salud y los pacientes.
- Abogar por la primacía de la relación médico-paciente cuando se desarrollan e implementan sistemas de AI para la salud.

## APENDICE

## GLOSARIO DE TERMINOS UTILIZADOS EN LA INTELIGENCIA AUMENTADA PARA LA SALUD

El algoritmo es un conjunto de instrucciones detalladas y ordenadas que son seguidas por un computador para resolver un problema matemático o para completar un proceso informático.

La inteligencia artificial consiste en una serie de métodos computacionales utilizados para producir sistemas que realizan tareas que muestran un comportamiento inteligente que no se puede distinguir del comportamiento humano.

La inteligencia aumentada (IA) es una conceptualización de la inteligencia artificial que se centra en el papel de asistencia de la inteligencia artificial, y enfatiza que su diseño mejora la inteligencia humana en lugar de reemplazarla.

La visión computacional es un campo científico interdisciplinario que trata sobre cómo se puede hacer que los computadores obtengan un alto nivel de comprensión a partir de imágenes digitales o videos y busque automatizar las tareas que puede realizar el sistema visual humano.

La extracción de datos es un subcampo interdisciplinario de informática y estadística cuyo objetivo general es extraer información (con métodos inteligentes) de un conjunto de datos y transformar la información en una estructura comprensible para su uso posterior

El aprendizaje automático (AA) es el estudio científico de algoritmos y modelos estadísticos que utilizan los sistemas informáticos para realizar con eficacia tareas específicas con una mínima interacción humana y sin usar instrucciones explícitas, mediante el aprendizaje de datos e identificación de patrones.

El procesamiento del lenguaje natural (PLN) es un subcampo de ciencias de la computación, ingeniería de la información e inteligencia artificial relacionada con las interacciones entre las computadoras y los lenguajes humanos (naturales), en particular, cómo programar los computadores para procesar y analizar grandes cantidades de datos en lenguaje natural.

Los datos de capacitación se utilizan para formar un algoritmo; generalmente consiste en un cierto porcentaje de un conjunto de datos general junto con un conjunto de pruebas. Como regla general, cuanto mejor sean los datos de capacitación, mejor será el rendimiento del algoritmo. Una vez que un algoritmo es formado en un conjunto de capacitación, generalmente se evalúa en un conjunto de prueba. El conjunto de capacitación debe estar etiquetado o enriquecido para aumentar la confianza y precisión de un algoritmo.

---

[1] Para fines de esta Declaración, el término «IA de atención médica» se refiere a los sistemas que enriquecen el trabajo de los médicos, pero no lo reemplazan.

[2] CB Insights. The Race for AI: Google, Baidu, Intel, Apple in a Rush to Grab Artificial Intelligence Startups. https://www.cbinsights.com/research/top-acquirers-ai-startups-ma-timeline/.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE AZÚCARES LIBRES

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENTs) son las causas principales de muerte en el mundo. Cada año 40 millones de personas mueren por ENT[1]. Las causas más comunes de estas enfermedades son una dieta mal equilibrada e inactividad física. Un alto nivel de consumo de azúcares libres ha sido asociado con las ENTs por su relación con la obesidad y una mala calidad de alimentación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de azúcares libres que el fabricante, el cocinero o el consumidor agrega a los alimentos y bebidas, tiene como resultado un aporte de energía excesivo que a su vez puede llevar a cambios paralelos en el peso corporal.

La OMS define los azúcares libres como "toda azúcar agregada durante la fabricación y preparación de alimentos y también el azúcar presente en la miel, jarabes, jugos de fruta y concentrados de fruta".

El azúcar esta disponible de manera generalizada y su consumo mundial a aumentado en cerca de 130 a 178 millones de toneladas en la última década4.

El exceso del consumo de azúcares libres, en particular en forma de bebidas azucaradas, amenaza la calidad de los nutrientes de la dieta al contribuir a la densidad energética general, pero sin agregar nutrientes específicos. Esto puede producir un aumento de peso no saludable e incrementa el riesgo de enfermedad dental, obesidad y ENTs. Las bebidas azucaradas se definen como todo tipo de bebidas que contienen azúcares libres (monosacáridos y disacáridos), incluidas las gaseosas, jugos de frutas o verduras y concentrados líquidos y en polvo, agua con sabor, bebidas energéticas y para deportistas, té y café listos para consumo y leche con sabor.

La Organización Mundial de la Salud recomienda disminuir el consumo de azúcar a un nivel que incluya 5% del aporte energético total (que corresponde a cerca de 6 cucharaditas diarias) y no exceder 10% del aporte de energía total[2].

La elasticidad de los precios de las bebidas azucaradas, según un metaanálisis publicado en EE.UU. es de -1,21, lo que significa que para cada 10% de aumento de precio de las bebidas azucaradas hay una disminución de 12.1% en el consumo. Un ejemplo de elasticidad de los precios que ha tenido buenos resultados es el de México, donde el consumo de bebidas azucaradas disminuyó después de aplicar un impuesto al azúcar.

Los datos y la experiencia de todo el mundo demuestran que un impuesto sobre el azúcar funciona mejor como parte de un conjunto integral de intervenciones para tratar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas. Tales intervenciones incluyen regulaciones de publicidad de alimentos, etiquetado de alimentos, campañas educativas y subsidios para alimentos saludables.

## RECOMENDACIONES

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) y sus miembros constituyentes:
   - Piden a los gobiernos nacionales disminuir la asequibilidad de bebidas sin azúcar y azucaradas por medio de un impuesto al azúcar. Los ingresos fiscales recaudados deben utilizarse para la promoción de la salud y los programas preventivos de salud pública destinados a reducir la obesidad y las ENTs en sus países.
   - Instan a los fabricantes de alimentos a avisar claramente en las etiquetas si sus productos contienen azúcar e instan a los gobiernos a que dichas etiquetas sean obligatorias.
   - Instan a los gobiernos a regular estrictamente la publicidad de los alimentos y bebidas que contienen azúcar dirigidos especialmente a los niños.
   - Instan a los gobiernos nacionales a restringir las bebidas y productos azucaradas que tienen un alto concentrado de azúcares libres, en las instituciones educacionales y de salud y reemplazarlas por alternativas más saludables.
2. Los miembros constituyentes de la AMM y sus médicos miembros deben trabajar con las partes interesadas en el país para:
   - Abogar por alimentos sostenibles sanos con un contenido de azúcares libres bajo 5% de todo el consumo de energía.
   - Promocionar programas educativos de nutrición sobre cómo preparar comidas sanas con alimentos sin azúcar agregada.
   - Iniciar o apoyar campañas sobre hábitos alimenticios saludables para disminuir el consumo de azúcar.
   - Abogar por un enfoque intersectorial, multidisciplinario e integral para reducir el consumo de azúcares libres.

[1] WHO Key Fact Sheet, June 2017

[2] WHO Guideline: Sugars Intake for Adults and Children 2015

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA TODOS

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

La constitución de la OMS estipula que "la extensión a todas las personas de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y relacionados es esencial para alcanzar el más alto grado de salud". El acceso a información de salud relevante, confiable, imparcial, actualizada y basada en evidencia es crucial para el público, los pacientes y el personal de salud en todos los aspectos de la salud, incluida (entre otros) la educación para la salud, la elección informada y el desarrollo profesional, seguridad y eficacia de los servicios de salud, y política de salud pública.

La falta de acceso a la información de salud es la principal causa de morbilidad y mortalidad, en especial en los países con ingresos bajos y medios y los grupos vulnerables en todos los países.

La información sobre atención médica sólo es útil si es relevante, apropiada, oportuna, actualizada, comprensible y precisa. Cubre un amplio espectro de temas y se refiere a enfermedades, tratamientos, servicios, así como a la promoción y preservación de la salud.

La alfabetización en salud es un factor clave para entender cómo funcionan los servicios de salud y cómo usarlos. Los profesionales de la salud necesitan acceso a capacitación y apoyo adecuados para comunicarse con los pacientes con un bajo nivel de alfabetización en salud o con aquellos que tienen dificultades para entender la información sobre la salud, por ejemplo, debido a una discapacidad.

A nivel mundial, miles de niños y adultos mueren inútilmente porque no reciben intervenciones básicas para salvarles la vida. Algunas intervenciones pueden estar disponibles localmente, pero que sólo no se realizan debido a indecisión, atrasos, diagnósticos equivocados y tratamientos incorrectos. La falta de intervenciones básicas para salvar vidas afecta más a las personas vulnerables socio-económicamente.

En el caso de niños con diarrea aguda, por ejemplo, el malentendido generalizado entre los padres que piensan que se deben evitar los fluidos y en el personal de salud que deben administrarles antibióticos, en lugar de la terapia de rehidratación oral contribuye a miles de muertes innecesarias diarias en el mundo.

Los gobiernos tienen la obligación moral de asegurar que el público, los pacientes y el personal de salud tengan acceso a la información sobre salud que necesitan para proteger su propia salud y la de las personas bajo su responsabilidad. Esta obligación incluye

entregar educación adecuada, en forma y contenido, para identificar y utilizar dicha información de manera eficaz.

El público, los pacientes y el personal de salud necesitan un acceso fácil y confiable a información médica relevante y basada en evidencia como parte de un proceso de aprendizaje a lo largo del ciclo de vida para mejorar la comprensión y tomar decisiones informadas y conscientes sobre su salud, opciones de atención médica y atención médica que reciben. Estos grupos necesitan información en el idioma correcto, en un formato y nivel técnico que sea comprensible para ellos, con los servicios pertinentes señalizados según corresponda. Esto debe tener en cuenta las características, costumbres y creencias de la población a la que se dirige, y se debe establecer un proceso de retroalimentación. El público, los pacientes y las familias necesitan información que sea apropiada para su contexto y situación específica, que puede cambiar con el tiempo. Necesitan orientación sobre cuándo y cómo tomar decisiones importantes sobre la salud, que generalmente se toman mejor cuando hay tiempo para considerar, comprender y discutir el tema en cuestión.

Satisfacer las necesidades de información del público, los pacientes y del personal de salud es un requisito previo para lograr una cobertura universal de salud de calidad y los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU (SDGs). “Objetivo 3.8 SDG de la ONU: la cobertura universal de salud busca específicamente que todas las personas tengan servicios de salud básicos de calidad y acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos”. Par lograr esto se requiere el empoderamiento del público y los pacientes y del personal de salud con la información de salud que necesitan para reconocer y asumir sus derechos y responsabilidades a fin de acceder, utilizar y proporcionar servicios apropiados para evitar, diagnosticar y controlar las enfermedades.

El desarrollo y la disponibilidad de la información de salud importante en base a evidencia depende de la integridad del sistema global de información de salud, que incluye a investigadores, editores, revisores sistemáticos, productores de contenido de usuarios finales (incluidos editores académicos, educadores en salud, periodistas y otros), profesionales de la información, responsables políticos, profesionales de la salud de primera línea y representantes de los pacientes entre otros.

## RECOMENDACIONES

Reconociendo esto, la Asociación Médica Mundial y sus miembros constituyentes, a nombre de sus miembros médicos, apoyarán y se comprometen a tomar las siguientes medidas:

1. Promover iniciativas para mejorar el acceso a la información oportuna y actual de salud en base a evidencia para los profesionales de la salud, pacientes y público, a fin de apoyar la adopción apropiada de decisiones, cambios en los estilos de vida, comportamiento favorable a la atención médica y mejorar la calidad de la atención, de este modo defender el derecho a la salud.

2. Promover estándares de buenas prácticas y ética que deben cumplir los proveedores de información, garantizando información confiable y de calidad que se produce con la

participación de médicos, otros profesionales de la salud y representantes de pacientes.

3. Apoyar la investigación para identificar las facilidades y los obstáculos para la disponibilidad de la información de salud, incluidos los medios para mejorar la producción y la divulgación de información en base a evidencia al público, pacientes y profesionales de la salud, y también las medidas para aumentar los conocimientos sobre salud y la capacidad de encontrar e interpretar dicha información.

4. Asegurarse que los profesionales de la salud tengan acceso a información en base a evidencia sobre diagnóstico y tratamiento de enfermedades, incluida una información objetiva sobre los medicamentos. Se debe prestar una atención particular a los que trabajan en atención primaria en países de ingresos bajos y medios.

5. Combatir los mitos y la información falsa en materia de salud a través de evidencia clínica y científica validadas, e instando a los medios a informar responsablemente sobre temas de salud. Esto incluye el estudio de las creencias relacionadas con la salud que se derivan de las diferencias culturales o sociológicas. Esto mejorará la efectividad de las actividades de promoción de la salud y permitirá que la difusión de información de salud se dirija adecuadamente a diferentes segmentos de la población.

6. Instar a los gobiernos a reconocer su obligación moral de tomar medidas para mejorar la disponibilidad y uso de información de salud en base a evidencia. Esto incluye:

   - recursos para seleccionar, compilar, integrar y canalizar información y conocimiento validados científicamente. Esto debe adaptarse para estar dirigido a varios destinatarios diferentes;
   - medidas para aumentar la disponibilidad de información médica para el personal de salud y los pacientes en los centros de salud;
   - aprovechar la tecnología moderna de la comunicación y las redes sociales;
   - políticas que apoyan los esfuerzos para aumentar la disponibilidad y el uso de información confiable de salud.

7. Instar a los gobiernos a proporcionar apoyo político y financiero necesario para la función de la OMS de asegurar el acceso a información autorizada y estratégica sobre asuntos que afectan la salud de las personas, según el programa general de trabajo de la OMS para el período 2019-23.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA EDAD DE LOS SOLICITANTES DE ASILO MENORES NO ACOMPAÑADOS

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

## INTRODUCCIÓN

Los desplazamientos de poblaciones que produce la guerra, la violencia o la persecución tiene amplias consecuencias para toda la comunidad mundial. Los refugiados – es decir las personas que han sido obligadas a huir de sus respectivos países de origen por estas razones – por lo general deben someterse a procedimientos rigurosos para determinar su situación legal, conforme a la legislación nacional del país en el que solicitan asilo.

Una cantidad creciente de refugiados están en la categoría de menores no acompañados, que se definen como personas menores de 18 años que han sido separados o han huido de sus países de origen sin sus familias. En vista de su singular vulnerabilidad, los refugiados menores no acompañados son elegibles para protecciones especiales, como se establece en la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, que estipula que los intereses superiores del niño deben ser la principal consideración en todas las etapas del ciclo del desplazamiento.

Dadas las diferencias en cómo los adultos y los menores no acompañados son procesados y protegidos cuando solicitan asilo, los países que los reciben tienen interés en verificar la edad de los solicitantes fuera del contexto de los procedimientos penales. Sin embargo, algunos solicitantes de asilo no tienen acceso a la documentación que confirme su edad o vienen de países que no cuentan con un registro central de nacimientos. En los casos en que existe duda de si un solicitante de asilo es un niño o un adulto, por ejemplo, si la autenticidad de la documentación disponible es cuestionada o si existen razones para creer que el aspecto físico del solicitante sugiere una discrepancia entre la edad informada y la edad actual, las autoridades competentes pueden recurrir a métodos médicos o no médicos para evaluar la edad del solicitante.

La evaluación médica de la edad realizada por profesionales médicos puede ser con rayos X del maxilar, la mano o la muñeca; IRM de la rodilla o la tomografía computarizada de la clavícula o el examen de las características secundarias del sexo para determinar la etapa de pubertad del solicitante. Sin embargo, han surgido preocupaciones éticas sobre estos y otros tipos de exámenes, ya que pueden poner en peligro la salud de los examinados y transgredir la privacidad y la dignidad de los jóvenes que ya pueden estar muy traumatizados[1]. Además, existe evidencia contradictoria sobre la exactitud y la fiabilidad de los métodos médicos disponibles para la evaluación de la edad, lo que puede generar importantes márgenes de error[2]. Por ejemplo, algunos estudios disponibles no parecen

tomar en cuenta los potenciales atrasos en la maduración esquelética causada por la desnutrición, este solo factor puede llevar a una clasificación errónea de la edad de los solicitantes de asilo[3]. Las evaluaciones comparativas son obstaculizadas además por una falta de imágenes estándares de ciertas regiones del mundo y una representación limitada de la de la información de referencia sobre evaluación de la edad, la mayor parte fue recopilada en base a poblaciones europeas y de américa del norte.[4]. Una evaluación imprecisa de la edad de la persona puede tener importantes consecuencias administrativas, éticas, psicológicas y otras que son trascendentales, incluidas las potenciales violaciones de los derechos del niño.

Las siguientes recomendaciones se aplican de manera explícita y exclusiva a casos fuera del contexto del sistema de justicia penal.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM reconoce que a veces es necesario evaluar la edad de solicitantes de asilo para asegurarse que todos los menores no acompañados reciban las protecciones que les confiere el derecho internacional y nacional.

2. La AMM recomienda que las evaluaciones médicas de la edad sólo se realicen en casos excepcionales y después que se hayan agotado todos los métodos no médicos. La AMM reconoce que los métodos no médicos, por ejemplo, interrogar a los niños sobre episodios traumáticos, también pueden tener un impacto negativo y por lo tanto deben realizarse con mucho cuidado. Cada caso debe evaluarse cuidadosamente en base a la totalidad de las circunstancias y la preponderancia de la evidencia disponible.

3. La AMM afirma que en los casos en que la evaluación médica de la edad es inevitable, la salud, la seguridad y la dignidad del joven solicitante de asilo debe ser la más alta prioridad. Los exámenes físicos deben ser realizados por un médico cualificado con experiencia apropiada en exámenes pediátricos, conforme a las más estrictas normas de ética médica, en cumplimiento de los principios de proporcionalidad, de los estándares de consentimiento informado previo y en consideración de las sensibilidades culturales y religiosas y las posibles barreras idiomáticas. Siempre se debe informar al solicitante de asilo que el examen se realiza como parte del procedimiento de la evaluación de edad y no para prestar atención médica.

4. La AMM subraya que se debe evitar todo método médico que pueda incluir un riesgo para la salud del solicitante, por ejemplo, examen radiológico sin indicación médica, o que transgreda la dignidad o privacidad de solicitantes de asilo potencialmente ya traumatizados, por ejemplo, los exámenes genitales, debe ser evitado.

5. La AMM enfatiza que los certificados médicos que indiquen los resultados de los exámenes de evaluación médica de la edad deben incluir información sobre la exactitud y fiabilidad de los métodos utilizados y sobre los márgenes de error pertinentes.

6. La AMM insta a los miembros constituyentes a elaborar o promover normas interdisciplinarias internacionalmente aceptadas que describan la base científica, al igual que los principios éticos y legales o reguladores de la evaluación médica de la

edad del solicitante de asilo, incluidos los posibles riesgos para la salud y el impacto psicológico de los procedimientos específicos.

7. La AMM enfatiza que en los casos en que no se puedan resolver o confirmar con absoluta certeza las dudas sobre la edad un solicitante de asilo, toda duda restante debe interpretarse a favor del solicitante de asilo.

---

[1] Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2016): Stellungnahme "Medizinische Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen. Deutsches Ärzteblatt 2016; A1-A6. / German Medical Association's Central Ethics Committee: Statement on Medical Age Assessment of Unaccompanied Minor Refugees.

[2] Separated Children in Europe Programme (2012): Position Paper on Age Assessment in the Context of Separated Children in Europe. Online http://www.separated-children-europe-programme.org/separated_children/good_practice/index.html. Last accessed 03.07.2018

[3] Sauer PJJ, Nicholson A, Neubauer D, On behalf of the Advocacy and Ethics Group of the European Academy of Paediatrics (2016): Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated. European Journal of Pediatrics 175, (3): 299-303.

[4] Aynsley-Green et al. (2012): Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control. British Medical Bulletin 2012; 102: 39.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE EDICIÓN DEL GENOMA HUMANO

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

La edición del genoma, posible gracias a avances científicos recientes, puede generar inserciones y supresiones focalizadas en el ADN e incluso puede ofrecer una precisión suficiente para modificar un par con base simple en el genoma de un organismo. La investigación científica básica sobre la edición del genoma ahora es una realidad en los laboratorios a nivel mundial.

La edición del genoma también avanza rápidamente, con ensayos clínicos en curso para la prevención y el tratamiento de diversas enfermedades. Estos ensayos, actualmente en sus primeras etapas, involucran células somáticas (células no reproductivas) y no se anticipa que introduzcan cambios genéticos que se traduzcan en descendencia o en células de la línea germinal (reproductiva).

Aunque la edición del genoma tiene un gran potencial para mejorar la vida humana, la tecnología plantea preocupaciones de seguridad, éticas, legales y sociales, en particular en un entorno en el que las regulaciones y la orientación ética están más retrasadas que los avances tecnológicos.

Las preocupaciones de seguridad de la edición del genoma incluyen el riesgo de efectos pleiotrópicos involuntarios o imprevistos fuera del objetivo (ediciones en el lugar equivocado), modificaciones no deseadas en el objetivo (ediciones imprecisas) y mosaicismo (cuando sólo algunas células llevan la edición) y respuestas inmunológicas anormales.

Los problemas éticos de la edición del genoma incluyen la inquietud de que el uso de la edición puede progresar a usos para fines no terapéuticos y de fortalecimiento, en lugar de objetivos terapéuticos, es decir, mejorar la salud o curar enfermedades. También existe la preocupación de que las modificaciones germinales puedan crear clases de individuos definidos por la calidad de su genoma modificado y dar paso posiblemente a la eugenesia, lo que podría exacerbar las desigualdades sociales o ser utilizado de manera coercitiva.

El efecto de los cambios epigenómicos es impredecible y existe inquietud sobre cómo afectará esto a los sistemas biológicos saludables existentes, incluidas las interacciones con otras variantes genéticas y las normas sociales. Una vez introducidas en la población humana, las alteraciones genéticas serían difíciles de eliminar y no permanecerían dentro de una sola comunidad o país. Los efectos podrían permanecer inciertos para muchas

generaciones posteriores, durante ese tiempo las modificaciones perjudiciales podrían dispersarse por toda la población.

Las cuestiones legales incluyen proporcionar claridad para la gestión de riesgos y la asignación de deberes y responsabilidades, particularmente cuando las modificaciones pueden pasar a las generaciones posteriores. También existen riesgos, tanto legales como éticos, involucrados en la proliferación de kits CRISPR (repeticiones palindrómicas cortas agrupadas y espaciadas regularmente) no validados que permiten a las personas realizar la edición de genes de forma independiente en un entorno doméstico.

A nivel social, los debates giran en torno a la preocupación de que el acceso a la edición del genoma beneficiosa será desigual (por ejemplo, sólo los ricos tendrán acceso) y que aumentará las disparidades existentes en salud y atención médica.

La AMM reafirma los principios estipulados en la Declaración de Reikiavik sobre las consideraciones éticas del uso de la genética en la salud, Declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas de las bases de salud y los biobancos y la Declaración de Helsinki y presenta las siguientes recomendaciones:

## RECOMENDACIONES

1. La edición del genoma humano, como cualquier otra intervención médica, debe ser implementada conforme a evidencia apropiada recopilada por medio de estudios de investigación bien realizados y aprobados éticamente.

2. Cuando se considere el uso de células germinales para la investigación, la edición de la línea germinal debe permitirse sólo dentro de un marco ético y legal separado, distinto del marco ético y legal aplicado a la edición del genoma somático.

3. Los gobiernos deben:

   - Crear marcos regulatorios sólidos y aplicables para la edición del genoma en sus propios países.
   - Instar al desarrollo continuo de un consenso internacional, basado en la ciencia y la ética, para determinar aplicaciones terapéuticas permisibles de la edición del genoma germinal.

4. Los miembros constituyentes de la AMM deben:

   - Conocer los avances en investigación en medicina genómica e informar a sus miembros sobre los avances científicos en la edición del genoma.
   - Abogar por la investigación para comprender (i) los beneficios y riesgos de la edición del genoma humano y (ii) Los aspectos sociopolíticos, éticos y legales de la edición de la línea germinal humana y iii) la necesidad de la participación del médico en la edición terapéutica del genoma.
   - Establecer y promover las pautas éticas para la edición del genoma para sus miembros, teniendo en cuenta las perspectivas sociales, el consenso profesional, las leyes y regulaciones nacionales y estándares internacionales.

- Abogar por la elaboración de leyes y regulaciones apropiadas para la edición del genoma de acuerdo con las normas y estándares internacionales y nacionales.
- Abogar por el acceso igualitario de los pacientes a la tecnología, cuando la edición del genoma humano sea segura y efectiva.

5. Los médicos deben:

- Informarse sobre los aspectos técnicos, legales, éticos y sociales de la edición del genoma.
- Familiarizarse con los marcos éticos internacionales y locales que regulan la edición del genoma.
- Seguir todas las normas éticas de la investigación aprobadas en estas áreas, incluido el consentimiento informado apropiado.

# DECLARACIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA HIPERTENSIÓN Y LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión es el factor de riesgo más importante para la muerte cardiovascular a nivel mundial. Representa más muertes por enfermedades cardiovasculares que cualquier otro factor de riesgo modificable. Más de la mitad de las personas que mueren de enfermedad coronaria y de infarto tenían hipertensión. "A medida que las poblaciones envejecen, adoptan estilos de vida más sedentarios y aumentan su peso corporal, la prevalencia de la hipertensión en todo el mundo seguirá aumentando".

La hipertensión no controlada es una causa importante de infarto y otras afecciones crónicas comórbidas, como insuficiencia renal, insuficiencia renal, pérdida de visión o deterioro cognitivo leve. Debido a que la hipertensión puede ser asintomática, a menudo puede no diagnosticarse.

En 2010, la hipertensión surgió como el principal factor de riesgo para la carga de enfermedad en todas las regiones del mundo. Además, la presión arterial sistólica elevada (PAS) es el principal riesgo de salud mundial. El Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención de enfermedades no transmisibles exige una reducción del 25% en la prevalencia de presión arterial elevada para 2025.

### *Prevalencia*

La prevalencia mundial de la hipertensión ha crecido significativamente en las últimas cuatro décadas y la mayoría de las personas con hipertensión no logran un control óptimo.

Es preocupante la creciente disparidad en la prevalencia de hipertensión entre los países de ingresos altos y bajos/medios. Casi el triple de personas con hipertensión viven en países de ingresos bajos/ medios (1.04 mil millones) que en países de altos ingresos. Los países de bajos ingresos en el sur de Asia, África subsahariana y Europa central y oriental se ven particularmente afectados. Además, la prevalencia de presión arterial elevada fue más alta en ciertas regiones de África para ambos sexos.

### *Factores de riesgo*

Los factores de riesgo de hipertensión son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Los factores de riesgo incluyen lo siguiente:

- Estilo de vida/alimentación: la falta de opciones de alimentos saludables, la falta de acceso a vecindarios seguros para hacer ejercicio y los hábitos de vida poco saludables pueden aumentar el riesgo de hipertensión. Los hábitos de vida poco saludables incluyen los patrones de alimentación poco saludables, como comer demasiado sodio y alimentos altamente procesados, beber demasiado alcohol y estar físicamente inactivo.
- Edad: la presión arterial (PA) tiende a aumentar con la edad. Sin embargo, el riesgo de hipertensión está aumentando en niños y adolescentes, posiblemente debido al aumento en el número de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad.
- Situación socioeconómica: en los países de altos ingresos, la mayor carga absoluta de la enfermedad de hipertensión se encuentra en los grupos de edad de 60 años y mayores, mientras que en los países de ingresos bajos/medios, la mayor carga absoluta está en los grupos de mediana edad, como 40 a 59 años. La prevalencia estandarizada por edad de la hipertensión es mayor en los países de ingresos bajos/medios que en los países de ingresos altos.
- Sexo: antes de los 55 años, los hombres son más propensos que las mujeres a desarrollar hipertensión. Después de los 55 años, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de desarrollarlo.
- Genética/Historia familiar: La investigación ha identificado muchas variaciones genéticas asociadas con pequeños aumentos en el riesgo de desarrollar hipertensión. Algunas personas están genéticamente predispuestas a la sensibilidad al sodio en la alimentación.

***Medición precisa de la presión arterial***

La medición precisa de la PA, tanto en el entorno clínico como en el hogar, es esencial para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. En muchos países, las pautas clínicas nacionales recomiendan cómo lograr una medición precisa de la PA y ofrecen recomendaciones de mejores prácticas.

***Consecuencias de las políticas***

Las políticas y acciones a nivel mundial, nacional y local son necesarias para reconocer y combatir la hipertensión. Se necesita mucho esfuerzo en todo el mundo para mejorar la conciencia, el tratamiento y el control de todas las poblaciones. Las pautas actuales para diagnosticar y tratar la hipertensión, y la orientación basada en la evidencia sobre la importancia de una medición adecuada de la PA, ofrecen pilares para las políticas nacionales sobre la medición y el control de la PA. La implementación puede tener un progreso significativo hacia la disminución de la prevalencia de hipertensión a nivel mundial y mejorar los resultados de los pacientes. Para abordar los factores de riesgo para la hipertensión, las políticas también deben incluir los factores socioeconómicos, estilos de vida y alimenticios que contribuyen a la aparición de la enfermedad.

**RECOMENDACIONES**

1. La Asociación Médica Mundial recomienda a los gobiernos nacionales:

- Reconocer la hipertensión como el factor de riesgo más importante para las enfermedades cardiovasculares y la muerte.
- Declarar que el control de la hipertensión es una prioridad nacional de salud.
- Apoyar campañas para aumentar la conciencia pública sobre la hipertensión, incluido el reconocimiento de la naturaleza generalizada y asintomática y los riesgos de contribuir al desarrollo de enfermedades graves.
- Implementar recursos adecuados para mejorar la conciencia, el diagnóstico, la medición y el manejo de la hipertensión.
- Formular estrategias específicas para países que aborden los factores de riesgo para la hipertensión y aboguen para mejorar la conciencia, el diagnóstico, la medición y el manejo.
- Promover las recomendaciones adoptadas por la AMM estipuladas en la Declaración sobre Disminución del consumo de sal en la alimentación.

2. La Asociación Médica Mundial recomienda a sus miembros constituyentes:

- Abogar a nivel internacional, nacional y local para promover el conocimiento de la hipertensión, estilos de vida saludables y el acceso del paciente al diagnóstico y tratamiento de la hipertensión, incluidos los medicamentos. Esto incluye apoyar el concepto de que los determinantes sociales de la salud son parte de la prevención de la enfermedad de hipertensión.
- Reconocer y apoyar las pautas y estrategias nacionales para medir la PA con precisión.
- Apoyar el intercambio de investigación, información, herramientas y otros recursos sobre hipertensión entre los equipos de atención médica y los pacientes.
- Apoyar la elaboración de planes de estudios médicos que respondan a las necesidades sociales de hipertensión con un enfoque en la capacitación de atención primaria basada en la comunidad y las habilidades de medición y manejo de la PA.
- Promover la investigación de las causas, los mecanismos y el tratamiento eficaz de la hipertensión.
- Abogar por la disponibilidad sostenida de medicamentos antihipertensivos.

3. La Asociación Médica Mundial recomienda que los médicos:

- Enfaticen los factores de riesgo para la hipertensión y las maneras de mitigarlos, con especial atención a la prevención y tratamiento en las poblaciones de alto riesgo.
- Enfaticen la atención en equipo para ayudar a prevenir, y cuando haya sido diagnosticada por un médico, tratar la hipertensión.
- Implementen las mejores prácticas y técnicas de medición de la PA, incluida la capacitación y el perfeccionamiento de todos los miembros del equipo de salud.
- Promuevan el cumplimiento del tratamiento de la hipertensión del paciente, facilitando el autocontrol continuo de la PA del paciente y su participación en la atención del paciente.

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y LA LUCHA CONTRA LOS DELITOS RELACIONADOS CON LOS TRASPLANTES

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCIÓN

En 2017 se realizaron casi 140.000 trasplantes de órganos sólidos en el mundo. Aunque es una cifra impresionante, esta actividad apenas cubre el 10% de las necesidades globales de trasplantes. La disparidad entre la oferta y la demanda de órganos ha llevado a la emergencia de delitos relacionados con los trasplantes tales como la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos.

Estos delitos violan los derechos humanos fundamentales y plantean graves riesgos para la salud tanto individual como pública. Se desconoce el verdadero alcance de los delitos relacionados con los trasplantes, pero se estima que entre el 5% y el 10% de los trasplantes a nivel mundial tienen lugar en el contexto del comercio internacional de órganos, que a menudo implica el turismo de trasplantes a destinos donde las leyes contra la venta y compra de órganos humanos son inexistentes o están mal aplicadas. La trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos también puede darse dentro de los límites de una jurisdicción determinada, sin incluir viajes para trasplantes. En todos los casos, los sectores más vulnerables de la población a menudo se convierten en víctimas de explotación y coacción.

Preocupada por la creciente demanda de órganos y por las prácticas poco éticas emergentes en el campo, la Organización Mundial de la Salud ha llamado a los gobiernos y a los profesionales de la salud a buscar la autosuficiencia en el trasplante, a través de estrategias dirigidas a disminuir la carga de enfermedades tratables con trasplante y estrategias para aumentar la disponibilidad de órganos, maximizar la donación de los fallecidos y garantizar la protección de los donantes vivos. El progreso hacia la autosuficiencia en el trasplante es consistente con el establecimiento de acuerdos de cooperación oficiales entre los países a fin de intercambiar órganos o facilitar el acceso de los pacientes a programas de trasplantes que no existen en sus países. Los acuerdos entre países deben estar basados en los principios de justicia, solidaridad y reciprocidad.

El progreso hacia la autosuficiencia en el trasplante es la mejor estrategia a largo plazo para prevenir los delitos relacionados con los trasplantes.

La característica distintiva de los delitos relacionados con los trasplantes es la necesaria participación de los profesionales de la salud. Es precisamente esto lo que ofrece la

oportunidad única para prevenir y combatir estos delitos. Los profesionales de la salud son clave en la evaluación de potenciales parejas de donantes vivos y receptor, siendo también los que atienden a pacientes desesperados y vulnerables en riesgo de involucrarse en actividades ilícitas de trasplante. Además, debido a que los pacientes que reciben un trasplante requieren atención especializada a largo plazo, los médicos deben enfrentarse al desafío que supone prestar asistencia a los pacientes que han recibido un órgano a través de medios ilícitos cuando descubren redes de tráfico.

Organizaciones internacionales tales como el Consejo de Europa, la Unión Europea y Naciones Unidas, así como plataformas profesionales internacionales, han elaborado tratados, resoluciones y recomendaciones para luchar conjuntamente contra los delitos relacionados con los trasplantes.

La AMM enfatiza la responsabilidad de los médicos en la prevención y la lucha contra la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos y el importante papel que desempeñan los médicos y otros profesionales de la salud en ayudar a las organizaciones internacionales, asociaciones médicas y los legisladores a luchar contra estas actividades delictivas.

En la lucha contra los delitos relacionados con el trasplante es de suma importancia que los principios de transparencia de la práctica, trazabilidad de órganos y continuidad de la atención estén garantizados para cada procedimiento de trasplante realizado a nivel nacional o en el extranjero.

La AMM reafirma su Declaración sobre la Donación de órganos y tejidos y su Declaración de Sídney sobre la Certificación de la muerte y la recuperación de órganos. Condena toda forma de trata de personas con el objetivo de extirpar órganos y traficar órganos humanos, la AMM pide la aplicación de las siguientes recomendaciones.

## RECOMENDACIONES

**Responsables de políticas e involucrados en salud:**

1. Los gobiernos deben crear, implementar y hacer cumplir estrictamente los marcos legislativos que prohíban y penalicen la trata de personas con el objetivo de extirpar órganos y traficar órganos humanos, que incluya disposiciones para prevenir y proteger a sus víctimas.

2. Los gobiernos deberían considerar la posibilidad de ratificar o adherirse a la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, así como la Convención del Consejo de Europa contra el Tráfico de Órganos Humanos. También deberían considerar la posibilidad de cooperar con las organizaciones internacionales existentes para una lucha más eficaz contra los delitos relacionados con los trasplantes. La AMM debería desempeñar un papel de liderazgo a la hora de influir en las prácticas éticas en materia de donación y trasplante.

3. Las autoridades de salud deben crear y mantener registros para registrar información sobre cada procedimiento de recuperación y trasplante de órganos, así como información sobre los resultados de donantes vivos y receptores de órganos, para garantizar la trazabilidad de los órganos, con el debido respeto a la confidencialidad profesional y la protección de datos personales. Los registros deben estar diseñados para registrar información sobre los procedimientos que se llevan a cabo dentro de un país y sobre los procedimientos de trasplante y donación en vida de residentes de ese país realizados en otros destinos.

4. Se alienta a los países a contribuir periódicamente con esta información al Observatorio Mundial sobre Donación y Trasplantes creado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

5. Las autoridades sanitarias y las asociaciones médicas deben garantizar que todos los profesionales de la salud reciban orientación sobre la naturaleza, alcance y consecuencias de los delitos relacionados con los trasplantes y también sobre sus responsabilidades y deberes en la prevención y lucha de estas actividades delictuales y en los medios para hacerlo.

6. Dado que la autosuficiencia es la mejor estrategia a largo plazo para prevenir los delitos relacionados con los trasplantes, las autoridades sanitarias y los responsables políticos deben desarrollar estrategias preventivas para disminuir la carga de enfermedades tratables con trasplantes y aumentar la disponibilidad de órganos.

7. El aumento de la disponibilidad de órganos debe basarse en la creación y la optimización de programas de donación de fallecidos éticamente sólidos, tras la certificación de la muerte por criterios neurológicos y circulatorios. Es de destacar que la donación después de la certificación de la muerte por criterios circulatorios se acepta en un número limitado de países. Los gobiernos deben investigar si la donación después de la certificación circulatoria de muerte es una práctica aceptable dentro de su comunidad y, si este es el caso, considerar introducirla dentro de su jurisdicción.

8. Además, los gobiernos deben crear y optimizar programas de donación en vida basados en estándares éticos y profesionales reconocidos, y garantizar la debida protección y seguimiento de los donantes vivos.

9. Las autoridades sanitarias y las aseguradoras no deben reembolsar los gastos derivados de los procedimientos de trasplante llevados a cabo en un contexto delictivo. Sin embargo, sí se debe asumir el gasto de medicación y la asistencia sanitaria posterior al trasplante deben ser cubiertas en las mismas condiciones que cualquier otro paciente de trasplante.

10. Las autoridades también deben garantizar que se brinde atención médica y psicosocial a las víctimas de la trata de personas con el propósito de extirpar órganos y tráfico de órganos humanos. Se debe considerar la compensación efectiva de estas personas por los daños sufridos.

11. Las asociaciones médicas deben abogar y colaborar con las autoridades en la creación de marcos que permitan a los profesionales de la salud denunciar ante las autoridades correspondientes los casos confirmados o sospechosos de trata de personas con fines

de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar por la capacidad de los profesionales de la salud de denunciar las sospechas de trata de personas de forma anónima si es necesario para proteger la seguridad del denunciante. Si es necesario, la notificación de estos casos de tratas debe ser una excepción permitida a la obligación del médico de mantener la confidencialidad del paciente.

**Médicos y otros profesionales de la salud:**

12. Los médicos nunca deben realizar un trasplante con un órgano que se haya obtenido ilícitamente. Si existen dudas razonables sobre el origen de un órgano, el órgano debe descartarse. Si se le pide a un médico o cirujano que realice un trasplante con un órgano que se haya obtenido mediante una transacción financiera, sin el consentimiento válido del donante o la autorización requerida en una determinada jurisdicción, éste debe abstenerse de realizar el trasplante y debe explicar los motivos al posible receptor.

13. Los médicos que participen en la evaluación preoperatoria de posibles donantes vivos no sólo deben valorar la idoneidad médica del individuo, sino también tratar de asegurarse de que la persona no haya sido sometida a ningún tipo de coacción o esté participando en el procedimiento por razones económicas u otras ventajas similares. También debe analizarse la legitimidad de la relación donante-receptor y asegurarse la motivación altruista de la donación. Los médicos deben estar particularmente atentos frente a potenciales signos de alarma que sugieran un delito. Se debe tener una consideración especial con los donantes vivos no residentes, que son particularmente vulnerables. Evaluar la validez de su consentimiento para la donación puede ser especialmente complejo por razones lingüísticas, culturales y de otro tipo, al igual que asegurar el seguimiento apropiado que se les ofrece. Cuando sea apropiado, se debe identificar un médico de referencia en el país de origen del donante vivo y en el del receptor previsto.

14. Los médicos nunca deben promover o facilitar la participación de los pacientes en delitos relacionados con los trasplantes. Además, deben proporcionar a sus pacientes información relacionada con los riesgos que estas actividades representan para su salud, la de sus seres queridos y de manera más general la salud pública. Los pacientes también deben comprender que estas actividades implican la explotación de personas vulnerables que pueden sufrir complicaciones médicas y psicosociales. De esta manera, los profesionales pueden disuadir a estos pacientes de participar en actividades ilícitas de trasplante.

15. Los médicos tienen el deber de atender a los pacientes trasplantados, incluso si el órgano se ha obtenido ilícitamente. Si un médico tiene objeciones éticas o morales para atender a un paciente que ha recibido un órgano ilícito, debe hacer lo necesario para derivarlo a otro médico.

16. Los médicos deben contribuir a garantizar la transparencia de prácticas y la trazabilidad de los órganos. Cuando los pacientes que han tenido una donación o un trasplante en el extranjero soliciten un seguimiento en su país de residencia, debe registrarse toda la información relevante en los registros nacionales de trasplantes y notificarse a las autoridades sanitarias, como se haría con los trasplantes realizados

dentro del sistema nacional de trasplantes.

17. El médico es responsable de aumentar el número de donantes fallecidos para satisfacer las necesidades de trasplante de los pacientes. Los médicos tienen también un deber con los posibles donantes de órganos, considerando y facilitando la donación de órganos si está en consonancia con los valores y principios del paciente. La donación debe ofrecerse por norma como una opción al final de la vida, siempre de manera respetuosa, teniendo en cuenta la cultura y la religión del donante potencial y su reemplazante. Se debe considerar la donación al final de la vida tanto en pacientes adultos como pediátricos. Deben ser profesionales experimentados y capacitados los que informen sobre este tema.

18. Los médicos deben promover la investigación en el campo de la donación y el trasplante, en particular la investigación dirigida a aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante, mejorar los resultados de los órganos trasplantados e identificar estrategias alternativas de reemplazo de órganos, como en el caso de los órganos bioartificiales.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS SANCIONES O BOICOTS ACADÉMICOS

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial Viena, Austria, Septiembre 1988
y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y reafirmada por la 200 Sesión del Consejo, Oslo, Noruega, Abril 2015

CONSIDERANDO QUE

las sanciones o boicots académicos son restricciones discriminatorias sobre las libertades académicas, profesionales y científicas, que niegan o excluyen a médicos y otros de reuniones educacionales, culturales y científicas, y de otras oportunidades de intercambio de información y conocimiento, el propósito de dichas restricciones es protestar por los programas políticos y sociales de los gobiernos, y

CONSIDERANDO QUE

dichas restricciones están en contraposición directa con los principales objetivos de la AMM, es decir, alcanzar los niveles internacionales más altos en educación médica, ciencia médica, arte de la medicina y ética médica, y

CONSIDERANDO QUE

dichas restricciones afectan la atención médica de manera adversa, en especial de los que están en desventaja, por lo tanto, impiden el objetivo de la AMM de obtener la mejor atención médica posible para todos las personas en el mundo, y

CONSIDERANDO QUE

las sanciones académicas producen una discriminación contra los médicos y los pacientes motivada por persuación o decisiones políticas adoptadas por los gobiernos y por lo tanto, están en contraposición con la Declaración de Ginebra, la Declaración de Derechos Humanos de los Médicos y la Declaración sobre la Libertad para Participar en Reuniones Médicas, todas ellas adoptadas por la AMM, y

CONSIDERANDO QUE

una regla básica de la práctica médica es "primun non nocere", es decir, primero, no causes daño.

POR LO TANTO, SE RESUELVE QUE la AMM considera que la aplicación de dichas restricciones son decisiones políticas y arbitrarias que se adoptan para negar el intercombio internacional de profesionales y para aislar a ciertos médicos o grupos de médicos, debido a su nacionalidad o programas políticos de sus gobiernos. La AMM se opone firmemente a dichas restricciones y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a que rechacen la imposición de dichas restricciones por todos los medios de que dispongan y promuevan las Declaraciones de la AMM sobre Derechos Humanos de los Médicos y sobre la Libertad para Participar en Reuniones Médicas.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LOS EMBARGOS ECONÓMICOS Y LA SALUD

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM, Hamburgo, Alemania, Noviembre de 1997
reafirmada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007
y reafirmada con una revisión menor por la sesión 207 del Consejo de la AMM en Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

**RECONOCIENDO QUE:**

Toda la gente tiene derecho a preservar su salud y

La Convención de Ginebra (Artículo 23, Número IV, 1949) requiere la libre circulación de suministros médicos para civiles;

Recordando que las normas del derecho internacional sobre derechos humanos, específicamente la Declaración Universal de Derechos Humanos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 garantiza "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

La AMM exhorta a las asociaciones médicas nacionales para que aseguren que los gobiernos que empleen sanciones económicas contra otros países, respeten las excepciones acordadas para los medicamentos, suministros médicos y alimentos básicos. Las excepciones no deben ser explotadas con fines inapropiados.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# EN APOYO A LA CONVENCIÓN DE OTTAWA

(Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción
y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción)
Adoptada por la 50ª Asamblea Médica Mundial, Ottawa, Canadá, Octubre 1998
enmendada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y reafirmada por la sesión 209 del Consejo de la AMM, Riga, Latvia, Abril 2018

La Asociación Médica Mundial:

1. expresa su apoyo a la Convención de Ottawa (conocida también con el nombre de convención para la prohibición de las minas terrestres).
2. insta a las asociaciones médicas nacionales a presionar a sus gobiernos para que firmen y ratifiquen la convención.
3. insta a las asociaciones médicas nacionales a presionar a sus gobiernos para que cesen la producción, venta, despliegue y uso de minas terrestres.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# FUERZA LABORAL MÉDICA

Adoptada por la 50ª Asamblea Médica Mundial, Ottawa, Canadá, Octubre 1998
y enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009

## INTRODUCCIÓN

La salud de nuestros países depende de mantener la población con buena salud. La atención médica es un derecho clave de las personas. Esta atención depende del acceso a médicos y profesionales de la salud con buena formación. Los sistemas de salud que funcionan bien dependen de estos recursos humanos suficientes. Es necesaria una planificación completa y extensa a nivel nacional para asegurar que un país tenga una fuerza laboral médica en todos los campos de la medicina que satisfaga las necesidades actuales y futuras de toda la población de dicho país.

Hay una escasez importante de recursos humanos en salud que está presente en todos los países, pero es más acentuada en los países en desarrollo donde los recursos humanos en salud son más limitados.

El problema se agudiza más por el hecho de que muchos países no han invertido adecuadamente en la educación, formación, contratación y retención de su fuerza laboral médica. El envejecimiento de la población en los países desarrollados también afecta a la fuerza laboral médica. Muchos países en desarrollo resuelven la escasez del personal médico con la contratación de profesionales de la salud de países en desarrollo para reforzar sus propios sistemas de salud.

La migración de profesionales de la salud de países en desarrollo a los desarrollados durante la última década también ha afectado el rendimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo. Las realidades económicas de inversión insuficiente en salud, condiciones inadecuadas y apoyo a los profesionales de la salud siguen siendo responsables de esta migración.

La Organización Mundial de la Salud, al reconocer que la crisis de escasez de fuerza laboral médica impide la prestación de intervenciones esenciales para salvar vidas, ha establecido estructuras como la Alianza Mundial de Fuerza Laboral Médica, partenariado para identificar e implementar soluciones a los problemas de fuerza laboral médica. La OMS promueve el desarrollo de un marco de asistentes médicos que propone unirse a la fuerza laboral médica para hacer frente parcialmente a esta escasez.

## RECOMENDACIONES

Reconociendo que los sistemas de salud necesitan una cantidad adecuada de profesionales de la salud cualificados y competente, la Asociación Médica Mundial llama a todas las asociaciones médicas nacionales a participar y ser activas al abordar estos requisitos y a:

1. Solicitar a sus respectivos gobiernos recursos financieros suficientes para la educación, formación, desarrollo, contratación y retención de los médicos para satisfacer las necesidades médicas de toda la población en sus países.

2. Solicitar a sus respectivos gobiernos que la educación, formación y desarrollo de los profesionales de la salud cumpla con los más altos estándares, incluida:

   - la formación y desarrollo de asistentes médicos cuando sea aplicable y apropiado y
   - asegurar definiciones claras del alcance de la práctica y las condiciones para un apoyo y supervisión adecuados;

3. Solicitar a los gobiernos que aseguren que se mantengan las proporciones apropiadas entre la población y la fuerza laboral médica en todos los niveles, incluidos los mecanismos para abordar el acceso reducido a la atención en zonas rurales y remotas, basados en normas y estándares internacionales aceptadas cuando estén disponibles.

4. Tomar medidas para atraer y apoyar a los jóvenes en sus países a seguir una profesión médica y también solicitar a sus respectivos gobiernos que tomen estas medidas.

5. Promover activamente los programas que aseguren la retención de médicos en sus respectivos países y asegurar que los gobiernos reconozcan esta necesidad.

6. Solicitar a sus gobiernos que mejoren las condiciones de trabajo en salud (incluido el acceso a instalaciones y equipos apropiadas, modalidades de tratamiento y apoyo profesional), remuneración y condiciones de vida del médico y desarrollo de la carrera de la fuerza laboral médica a todo nivel.

7. Defender la creación de programas de entendimiento entre los países en los que la migración de profesionales de la salud es un tema de preocupación y poner en una lista, cuando sea posible, a la AMN de origen y a la que los reciben para apoyar a estos médicos.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA INCLUSIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CURRÍCULO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA A TRAVÉS DEL MUNDO

Adoptada por la 51ª Asamblea General de la AMM, Tel Aviv, Israel, Octubre 1999
revisada por la 66ª Asamblea General, Moscú, Rusia, Octubre 2015
y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

## INTRODUCCIÓN

Los currículos de las escuelas de medicina están elaborados para preparar a los estudiantes de medicina a entrar en la profesión médica. Cada vez más, además de con los conocimientos centrales biomédicos y clínicos enseñan habilidades que incluyen evaluación crítica y práctica reflexiva, lo que permite que los futuros médicos comprendan y evalúen la importancia de la evidencia de investigación publicada y cómo evaluar su propia práctica en relación con las normas y estándares nacionales e internacionales.

De la misma manera que la anatomía, fisiología y bioquímica son una base sólida para entender el cuerpo humano, su funcionamiento, cómo puede fallar y cómo los diferentes mecanismos pueden utilizarse para reparar estructura y funciones dañadas, existe una necesidad clara de que los médicos en formación comprendan el contexto social, cultural y ambiental en el que ejercerán su profesión. Esto incluye una sólida comprensión de los determinantes sociales de salud.

La ética médica incluye el acuerdo social logrado entre las profesiones de la salud y las sociedades a las que sirven, en base a los principios establecidos, sobre los límites que se aplican a la práctica médica, también establece un sistema o conjunto de principios a través del cual nuevos tratamientos u otras intervenciones clínicas serán considerados antes de tomar una decisión sobre si los elementos son aceptables para la práctica médica. Hay una compleja mezcla de ética médica y deberes de los médicos hacia los pacientes y los derechos de los que gozan éstos como ciudadanos.

Al mismo tiempo, los médicos tienen desafíos y oportunidades en relación con los derechos humanos de sus pacientes y de las poblaciones, por ejemplo las ocasiones de imponer tratamientos sin consentimientos y también serán a menudo los primeros en observar y detallar la violación de estos derechos por otros, incluido el Estado. Esto coloca responsabilidades muy específicas en el médico en cuestión.

El médico tiene el deber de utilizar sus conocimientos para mejorar el bienestar y la salud de los pacientes y la población. Esto significa considerar los cambios sociales y de la

sociedad, incluidas la legislación y reglamentación y solo se puede hacer bien si el médico puede tener una visión holística dentro de parámetros clínicos y éticos.

Los médicos deben presionar a los gobiernos para asegurarse que la legislación apoye la práctica médica con principios.

Dada la naturaleza central de la ética de la salud en establecer la práctica médica de manera que sea aceptable para la sociedad y que no viole los derechos civiles, políticos y humanos, es esencial que todos los médicos reciban una formación para realizar una evaluación ética de cada caso clínico que pueden enfrentar, al mismo tiempo que comprendan su función en la protección de los derechos de las personas.

La capacidad de los médicos para actuar y comunicar de una manera que se respeten los valores del paciente es un requisito previo para un tratamiento exitoso. Los médicos también deben poder trabajar eficazmente en equipos con otros profesionales de la salud, incluidos otros médicos.

La falla del médico al reconocer sus obligaciones éticas frente al paciente y las comunidades puede afectar la reputación de los médicos a nivel local y global. Por lo tanto, es esencial que a todos los médicos se les enseñe a comprender y respetar la ética médica y los derechos humanos desde el comienzo de sus estudios en las escuelas de medicina.

En muchos países, la ética y los derechos humanos son parte integral del currículo médico, pero esto no es universal. Muy a menudo la enseñanza es proporcionada por voluntarios y puede fallar si ellos no pueden o no están disponibles para enseñar, o si dicha enseñanza es indebidamente idiosincrática o está basada de manera inadecuada en casos clínicos.

La enseñanza de la ética médica debe ser una materia obligatoria y parte examinada del currículo médico de cada escuela de medicina.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM insta a que la ética médica y los derechos humanos sean enseñados en cada escuela de medicina como materia obligatoria y examinada del currículo, además debe continuar en todas las etapas de la educación médica de postgrado y del desarrollo profesional continuo.
2. La AMM considera que las escuelas de medicina deben asegurarse de que tengan suficiente profesorado cualificado en enseñar la ética y los derechos humanos para que los cursos sean sustentables.
3. La AMM elogia la inclusión de la ética médica y los derechos humanos en la educación médica de postgrado y continua.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL ABUSO DE LA PSIQUIATRÍA

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington, DC, USA, Octubre 2002
revisada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012
y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

La Asociación Médica Mundial (AMM) nota con preocupación la evidencia de que en varios países los disidentes políticos, practicantes de diversas religiones y los activistas sociales han sido detenidos en instituciones psiquiátricas y sometidos a tratamiento psiquiátrico innecesario, como medida de castigo y no para tratar una enfermedad psiquiátrica probada.

La AMM:

declara que dicha detención y tratamiento injustificado es abusivo, contrario a la ética e inaceptable;

llama a los médicos y a los psiquiatras a no participar en estas prácticas abusivas;

llama a las AMNs miembros a apoyar a los médicos que se nieguen a participar en estos abusos;

llama a los gobiernos a que dejen de abusar de la medicina y de la psiquiatría de esta manera y a las organizaciones no gubernamentales, como también a la OMS para que trabajen a fin de terminar con estos abusos, y

llama a los gobiernos a defender el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU que establece que "toda persona es igual ante la ley y tiene derecho sin ninguna discriminación a una protección igual ante la ley".

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE EL DERECHO DE LA MUJER A LA ATENCIÓN MÉDICA Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO

Adoptada por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, EE.UU., Octubre 2002
y enmendada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

## INTRODUCCIÓN

En muchas regiones del mundo, la prevalencia de la infección del VIH sigue en aumento. Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG 6) tiene como propósito específico combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades y en 2015 detener la infección de VIH/SIDA y comenzar a invertir el avance del VIH/SIDA. Además, en 2010 se esperaba haber logrado el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todos los que lo necesitan. Una resolución de la ONU de diciembre 2012 decidió que los países deben elaborar programas de acceso universal a la salud después de 2015, cuando terminen los MDGs.

El VIH/SIDA es una enfermedad que afecta de manera desproporcionada a la gente en sus años reproductivos, aunque en la actualidad, debido al mejor manejo de ella, hay mucha gente mayor infectada. Además, están los infectados desde niño que ahora llegan a edad reproductiva.

En los países desarrollados, los hombres que tienen relaciones homosexuales y los que utilizan drogas por vía intravenosa forman parte de los principales grupos de riesgo para el contagiarse el VIH. En muchos países en desarrollo son las mujeres las que presentan mayor riesgo debido al contacto heterosexual con personas infectadas con el VIH. En 2011, cerca del 58% de las personas con VIH en Africa subsahariana eran mujeres, lo que equivale a 13,6 millones de mujeres con VIH y SIDA, en comparación a cerca de 9.9 millones de hombres (UNAIDS Global Fact Sheet 2012: World AIDS Day 2012).

Si no existiera el VIH, la mortalidad materna en el mundo sería mucho más baja (20%) (Murray et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980~2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5).

La infección del VIH aumenta el riesgo de cáncer cervical invasor de 2 a 22 veces. Existe evidencia de que el uso de la terapia antirretroviral puede disminuir el riesgo. Por lo tanto, el manejo apropiado de los pacientes infectados con el VIH puede tener un impacto a largo plazo en otros aspectos de la salud de la mujer.

La Asociación Médica Mundial considera que el acceso a la atención médica, tanto con estrategias terapéuticas como preventivas, es un derecho humano fundamental. Esto impone una obligación para el gobierno, a fin de que estos derechos humanos sean respetados y protegidos cabalmente. Se deben abordar y eliminar las desigualdades entre sexos, esto tendrá un impacto en todos los aspectos de la salud.

La promoción y la protección de los derechos reproductivos de las mujeres son muy importantes para enfrentar y solucionar la pandemia del VIH y del SIDA.

Muchos de los MDGs abordan el empoderamiento de las mujeres y en la promoción de su función en la sociedad y en la salud. En particular, el MDG 5B promueve el acceso universal a la salud reproductiva que incluye el acceso a los anticonceptivos, disminución de la tasa de nacimientos en adolescentes, cobertura de atención prenatal y abordar las necesidades no satisfechas en la planificación familiar. Además, el MDG 3 que promueve la igualdad de sexos y el empoderamiento de las mujeres y los MDGs 1 y 2 tendrán una influencia en la posición de la mujer en la sociedad y por lo tanto, su acceso a la salud y la promoción de la salud.

## RECOMENDACIONES

La AMM pide a sus asociaciones miembros nacionales que insten a sus gobiernos a adoptar y promover las siguientes medidas:

- Elaborar programas de empoderamiento para asegurar que las mujeres de todas las edades no sufran discriminación y tengan acceso universal y gratuito a la educación reproductiva y formación para la vida. Se recomienda lanzar campañas activas en los medios de comunicación, incluidas las redes sociales y programas populares de radio y televisión para eliminar los mitos, estigmas y estereotipos que pueden degradar o deshumanizar a las mujeres. Esto debe incluir campañas contra la mutilación genital y matrimonios forzados en adolescentes y embarazos no deseados. Además, la promoción de la disponibilidad de anticonceptivos para las mujeres, sin necesariamente tener que obtener información de sus parejas y promover la disponibilidad de tests de VIH y tratamiento son esenciales para la salud reproductiva. También es importante proporcionar los medios económicos para las poblaciones infectadas, en cuanto a prevención, tratamiento y seguimiento médico.
- Las mujeres deben tener el mismo acceso que los hombres sin discriminación a la educación, empleo, independencia económica, información sobre atención médica y servicios de salud.
- Se debe iniciar y revisar la legislación, las políticas y las prácticas para facilitar el pleno reconocimiento y respeto de los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres cuando sea apropiado. Es esencial que las mujeres puedan tomar decisiones sobre sus hijos, su situación económica y su futuro.
- Todos los gobiernos deben elaborar programas que proporcionen un tratamiento profiláctico, con antirretrovirales, a las mujeres que han sido violadas o agredidas sexualmente. Se debe proporcionar también un acceso universal y gratuito a la terapia con antirretrovirales a todas las mujeres infectadas con el VIH.
- Las embarazadas seropositivas deben recibir asesoramiento y tener acceso a la profilaxis o tratamiento antirretroviral, a fin de evitar la transmisión del VIH de madre a hijo.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA DESIGNACIÓN DE UN DÍA ANUAL DE ÉTICA MÉDICA

Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Septiembre 2003
y reafirmada por la 194ª Sesión del Consejo de la AMM, Bali, Indonesia, Abril 2013
y por la 215ª sesión del Consejo de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

Considerando que la Asociación Médica Mundial está centrada y funciona específicamente en torno a la ética médica y que su primera Asamblea General fue realizada el 18 de septiembre de 1947, se resuelve instar a las AMNs a celebrar cada año el 18 de septiembre como «día de la ética médica».

# DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS EN LA DOCUMENTACIÓN Y LA DENUNCIA DE CASOS DE TORTURA O TRATO CRUEL, INHUMANO O DEGRADANTE

Adoptada por la Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finland, Septiembre 2003
y enmendada por la Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007
por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

La dignidad y el valor de cada ser humano están reconocidas mundialmente y expresadas en numerosos distinguidos códigos de ética y codificaciones de derechos humanos, incluida la Declaración Universal de Derechos Humanos. Todo acto de tortura o trato cruel, inhumano o degradante constituye una violación de estos códigos y es irreconciliable con los principios éticos que los constituyen. Estos códigos están al final de esta Declaración (1).

Sin embargo, no hay referencia consistente y explícita en los códigos profesionales médicos y textos legales a la obligación de los médicos de documentar y denunciar los casos de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes de los que tengan conocimiento o sean testigos.

La documentación y denuncia cuidadosas y consistentes de torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes hechas por los médicos contribuye a los derechos humanos de las víctimas y a la protección de su integridad física y mental. La ausencia de la documentación y denuncia de estos actos puede ser considerada como una manera de tolerancia de esto.

Debido a las secuelas psicológicas que sufren o las presiones a que están sometidas, las víctimas a menudo no pueden o no están dispuestas a formular ellas mismas reclamos contra los responsables de las torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes que han sufrido.

Los médicos, al constatar las secuelas y al tratar las víctimas de torturas, ya sea pronto después del evento o más adelante, son testigos de los efectos de estas violaciones de derechos humanos.

La AMM reconoce que en algunas circunstancias, la documentación y la denuncia de torturas pueden poner en grave riesgo al médico y sus cercanos. Por lo tanto, el hacerlo puede tener consecuencias personales excesivas.

Esta declaración se refiere a la tortura y otros tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes, estipulados por el Convenio de la ONU contra la tortura, que excluye expresamente el papel del médico en la evaluación de la detención, en particular por las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)

## RECOMENDACIONES

La AMM recomienda que sus miembros constituyentes:

1. Promover el conocimiento entre los médicos del Protocolo de Estambul y sus Principios sobre Investigación y Documentación Eficaz de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes. Esto debe hacerse a nivel nacional.

2. Promover la formación de médicos para identificar los distintos métodos de torturas y tratos y castigos crueles, inhumanos o degradantes, a fin de preparar documentación médica de alta calidad que pueda ser usada como evidencia en procedimientos legales o administrativos.

3. Fomentar la formación profesional para asegurar que el médico incluya la evaluación y documentación de señales y síntomas de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes en el historial médico, incluida la correlación entre las acusaciones entregadas y las conclusiones médicas.

4. Trabajar para asegurar que el médico considere cuidadosamente los conflictos potenciales entre su obligación ética para documentar y denunciar los casos de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes y el derecho del paciente al consentimiento informado, antes de documentar los casos de torturas.

5. Trabajar para asegurar que el médico evite poner en peligro a las personas cuando evalúe, documente o denuncie señales de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes.

6. Promover el acceso a la atención médica inmediata e independiente para las víctimas de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes.

7. Apoyar la adopción en sus países de reglas éticas y disposiciones legislativas:

   - destinadas a afirmar la obligación ética de los médicos de informar y denunciar los casos de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes de los que tengan conocimiento; dependiendo de las circunstancias, el informe o la denuncia debe ser dirigido a las autoridades pertinentes, nacionales o internacionales para más investigación.
   - destinadas a afirmar que la obligación de los médicos de informar y denunciar los casos de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes puede entrar en conflicto con sus obligaciones de respetar la confidencialidad y autonomía del paciente.
   - Los médicos deben ser prudentes en este asunto y tener presente el párrafo 69 del

Protocolo de Estambul (2).

- que adviertan a los médicos que eviten poner en peligro a las víctimas a las que se les ha privado de libertad, que están bajo presión o amenaza o en una situación psicológica comprometida, cuando revelan información que las puedan identificar.
- Trabajar para asegurar la protección de los médicos que arriesgan represalias o sanciones de cualquier tipo por cumplir con estas normas.
- Poner a disposición de los médicos toda la información pertinente relativa a los procedimientos y requisitos de información de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes, en especial a las autoridades nacionales, organizaciones no gubernamentales y al Tribunal Penal Internacional.

8. La AMM recomienda que los códigos de ética de los miembros constituyentes incluyan las obligaciones del médico de documentar y denunciar los casos de torturas o tratos y castigos crueles, inhumanos y degradantes, como están estipulados en este documento.

**(1) Códigos y codificaciones:**

1. El Preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas del 26 de junio de 1945 que proclama solemnemente la fe del pueblo de las Naciones Unidas en los derechos humanos fundamentales, la dignidad y el valor de la persona humana.
2. El Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, que establece que el desconocimiento y el menosprecio por los derechos humanos han dado lugar a actos de barbarie que han ultrajado la conciencia de la humanidad.
3. El artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que proclama que nadie será sometido a torturas ni tratos crueles, inhumanos o degradantes.
4. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), aprobadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por la Comisión Económica y Consejo Social mediante sus resoluciones 663 C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977, revisadas y aprobadas por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015
5. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, que fue adoptada por la Organización de los Estados Americanos el 22 de noviembre de 1969 y entró en vigor el 18 de julio de 1978, y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, que entró en vigor el 28 de febrero de 1987
6. La Declaración de Tokio, adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975. Revisada editorialmente por la 170ª Sesión del Consejo de la AMM,

Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2005 y la 173ª Sesión del Consejo de la AMM, Divonne-les. -Bains, Francia, mayo de 2006, Revisada por la 67a Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, octubre de 2017.

7. La Declaración de Hawái, adoptada por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 1977.
8. Los Principios de ética médica pertinentes a la función del personal de salud, en particular los médicos, en la protección de los presos y detenidos contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982, y en particular el Principio 2, que establece: "Es una grave contravención de la ética médica … que el personal de salud, en particular los médicos, se involucre, activa o pasivamente, en actos que constituyan participación, complicidad, incitación o intento de cometer tortura o otros tratos crueles, inhumanos o degradantes… ".
9. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1984 y entró en vigor el 26 de junio de 1987.
10. El Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes, que fue adoptado por el Consejo de Europa el 26 de junio de 1987 y entró en vigor el 1º de febrero de 1989.
11. La Declaración de Hamburgo de la AMM, adoptada por la Asociación Médica Mundial en noviembre de 1997 durante la 49ª Asamblea General, y reafirmada con una revisión menor por la 207a sesión del Consejo de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre de 2017, en la que se pide a los médicos que protesten individualmente contra maltratos y en organizaciones médicas nacionales e internacionales para apoyar a los médicos en tales acciones.
12. El Protocolo de Estambul (Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 4 de diciembre de 2000.
13. La Convención sobre los Derechos del Niño, que fue aprobada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.
14. La Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las personas en huelga de hambre, adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial de Malta, noviembre de 1991 y enmendada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre de 2006, y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre de 2017.

**(2) Protocolo de Estambul, párrafo 69:** «Existen casos en los que ambas obligaciones éticas entran en conflicto. Los códigos internacionales y los principios éticos exigen que se notifique a un órgano responsable toda información relativa a torturas o malos tratos. En ciertas jurisdicciones, esto es también un requisito legal. Pero en ciertos casos los pacientes pueden negarse a dar su consentimiento para ser examinados con ese fin o que se rebele a otros la información obtenida mediante su examen. Pueden temer el riesgo de que haya represalias contra ellos mismos o sus familias. En tal situación, el profesional de la salud se encuentra ante una doble responsabilidad: ante el paciente y ante la sociedad en general, que tiene interés por asegurar el cumplimiento de la justicia y que todo responsable de malos tratos sea sometido a juicio. El principio fundamental de evitar daño debe figurar en primer plano cuando se presenten esos dilemas. El profesional de la salud deberá buscar soluciones que promuevan la justicia sin violar el derecho de confidencialidad que asiste al individuo. Se buscará consejo junto a organismos de confianza; en ciertos casos, puede tratarse de la asociación médica nacional o de organismos no gubernamentales. Otra posibilidad es que, con apoyo y aliento, algunos pacientes reacios lleguen a acceder a que el asunto se revele dentro de unos límites acordados.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA NO COMERCIALIZACIÓN DEL MATERIAL REPRODUCTIVO HUMANO

Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Septiembre 2003
revisada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014
y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

## INTRODUCCIÓN

Los rápidos avances en las tecnologías biomédicas han producido el crecimiento de la industria de asistencia reproductiva que en general está muy poco regulada. A pesar de que muchos gobiernos tienen leyes que prohíben las transacciones comerciales de material reproductivo óvulos, esperma o embriones humanos, la mayoría no ha tenido éxito en evitar universalmente la venta de óvulos, esperma y embriones en internet u otro lugar. El valor en el mercado del material humano, incluidas células, tejidos y tejido celular puede ser muy lucrativo, Esto ha creado un conflicto potencial para los médicos y otros entre los intereses económicos y las obligaciones éticas profesionales.

Para los efectos de esta resolución, el material reproductivo humano es definido como gametos y embriones humanos.

Según la OMS, el comercialismo del trasplante "es una política o práctica en la que las células, tejidos u órganos son considerados una mercancía que puede ser comprada o vendida o utilizada para ganancia material" [1].

El principio de que "el cuerpo humano y sus partes no debe, como tal, generar ganancia financiera"[2] figura en muchas declaraciones y recomendaciones internacionales.[3] La Declaración de la AMM de 2006 sobre Donación y Trasplante de Organos Humanos y la Declaración de a AMM de 2012 sobre Donación de Organos y Tejidos llaman a prohibir la venta de órganos y tejidos para trasplante. La Declaración de la AMM sobre las Tecnologías de Reproducción Asistida (2006) también estipula que es inapropiado ofrecer dinero o beneficios en especies para instar a la donación de material reproductivo humano.

Los mismos principios deben aplicarse al uso de material reproductivo humano en materia de investigación médica. En su informe sobre los aspectos éticos de la investigación sobre las células madre embrionarias humanas el Comité Internacional de Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (CIB de la

UNESCO) estipula que la transferencia de embriones humanos no debe constituir una transacción comercial y que se deben adoptar medidas para disuadir todo incentivo financiero.
Es importante distinguir entre la venta de servicios de reproducción asistida clínica, que es legal, y la venta de material reproductivo humano, que por lo general es ilegal. Debido a la especial naturaleza de los embriones humanos, la comercialización de los gametos es diferente a la de otras células y tejidos, el esperma y óvulos pueden crear un niño si la fecundación tiene éxito.

Antes que el material reproductivo humano sea donado, el donante debe dar consentimiento informado libre de presión. Para esto es necesario que el donante sea totalmente competente y que se le haya proporcionado toda la información disponible sobre el procedimiento y sus resultados. Si la investigación se realiza sobre el material, debe tener un proceso de consentimiento separado que debe ser consistente con las estipulaciones de la Declaración de Helsinki de la AMM. No debe inducirse a donar o a ofrecer compensación.

La compensación financiera dada a las personas donantes por pérdidas económicas, gastos o inconvenientes por la obtención de material reproductivo donado debe ser considerada diferente del pago por la compra de material reproductivo.

## RECOMENDACIONES

1. Las Asociaciones Médicas Nacionales (AMNs) deben instar a sus gobiernos a prohibir las transacciones comerciales de óvulos, esperma y embriones humanos y de todo material humano para reproducción.

2. Los médicos que participan en la obtención y uso de óvulos, esperma y embriones humanos deben implementar un protocolo para asegurar asegurarse que este el material ha sido adquirido apropiadamente con el consentimiento y autorización de las personas a las que pertenece. Al hacer esto, pueden defender el principio de no comercialización de material reproductivo humano.

3. Los médicos deben consultar a los donantes potenciales antes de la donación a fin de asegurarse del consentimiento libre e informado.

4. Los médicos deben respetar la Declaración de la AMM sobre Conflicto de Intereses cuando atienden a pacientes que piden servicios de reproducción.

---

[1] Glosario Mundial de Términos y Definiciones sobre la Donación y el Trasplante, OMS, noviembre 2009
[2] Convención europea sobre los derechos humanos y la biomedicina Artículo 21 - Prohibición de ganancias
[3] Declaración de Estambul, principio 5

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS NORMAS GLOBALES DE LA WFME PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Adoptada por la 55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 2004
y reafirmada por la 197ª Sesión del Consejo de la AMM, Tokio, Japón, Abril 2014
y por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur,
Abril 2021

Considerando que la AMM:

1. Reconoce la necesidad y la importancia de normas globales sólidas para el mejoramiento de la calidad de la educación médica;

2. Reconoce la relación especial de la AMM con la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), como uno de los fundadores de la Federación;

3. Reconoce que está representada en el Consejo Ejecutivo de la WFME y en esta calidad es co-responsable del Proyecto de la WFME de Normas Internacionales de Educación Médica, realizado desde 1997[1];

4. Reconoce la reciente creación de tres documentos de la WFME sobre las Normas Globales para el Mejoramiento de la Educación Médica, que incluyen la Educación Médica de Base[2], Educación Médica de Posgrado[3] y el Desarrollo Profesional Continuo de los Médicos[4];

5. Reconoce la ratificación[5] de las Normas Globales de la WFME en la Conferencia Mundial de Educación Médica: Normas Globales de Educación Médica para una Mejor Atención Médica en Copenhague, Dinamarca, marzo de 2003[6];

Por lo tanto:

1. Expresa su estímulo y respaldo a la labor en curso de implementación de la Trilogía de documentos de la WFME sobre Normas Globales en Educación Médica.

[1] The Executive Council, The World Federation for Medical Education: International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools´ educational programmes. A WFME position paper. Med Ed 1998; 32: 549-558.
[2] World Federation for Medical Education: Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org
[3] World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org
[4] World Federation for Medical Education: Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Copenhagen 2003. http://www.wfme.org
[5] J.P. de V. van Niekerk. WFME Global Standards receive ringing endorsement. Med Ed, 2003; 37: 586-587.
[6] WFME website: http://www.wfme.org

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Adoptada en la 170ª Sesión del Consejo de la AMM, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005
y revisada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

**La Asociación Médica Mundial:**

1. Reconoce el papel fundamental que desempeñan los profesionales de salud en el control del tabaco e insta a las asociaciones médicas nacionales a utilizar el Día Mundial sin Tabaco cada año para promover medidas para el control del tabaco

2. Reconoce la importancia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) como un mecanismo para proteger a las personas de la exposición y adicción al tabaco;

3. Insta a los Estados miembros del Convenio a reconocer (ratificar, aceptar, aprobar, confirmar o adherir) el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco;

4. Invita a las asociaciones médicas nacionales a trabajar asidua y enérgicamente para que sus gobiernos implementen las medidas estipuladas en el CMCT como mínimo;

5. Insta a los gobiernos a introducir regulaciones y otras medidas estipuladas en el CMCT. Los gobiernos también deben prohibir fumar en lugares públicos y lugares de trabajo como medida urgente de salud pública. Los gobiernos también deben considerar medidas adicionales, en especial las del control del tabaco que han resultado exitosas en otros países;

6. Insta firmemente a los gobiernos a establecer un método claro que asegure el financiamiento del control del tabaco y la investigación;

7. Insta a los gobiernos a promover un acceso fácil a asesoría y servicios destinados a dejar de fumar para todos los fumadores, incluidos los niños;

8. Reconoce el papel vital que desempeñan los profesionales de la salud en la educación de salud pública y en la promoción para dejar de fumar;

9. Hará un seguimiento de las tácticas de las tabacaleras de muy cerca para prevenir a

las personas y las comunidades sobre cualquier amenaza.

10. Contribuirá al mejoramiento y la actualización de las regulaciones internacionales para el control del tabaco, si es necesario.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA ASISTENCIA MÉDICA EN LOS VIAJES EN AVIÓN

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. El viaje en avión es el modo de transporte preferido por la gente en todo el mundo para las distancias largas. La creciente conveniencia y las tarifas abordables han aumentado la cantidad de pasajeros. Además, los vuelos largos son mucho más comunes, lo que aumenta el riesgo de emergencias médicas durante el viaje.

2. El ambiente en los aviones de pasajeros normales no facilita la prestación de atención médica de calidad, especialmente en casos de emergencias médicas. El ruido y movimiento del avión, el espacio reducido, la presencia de otros pasajeros que pueden estar estresados o tener miedo por la situación, la insuficiencia o falta total de diagnóstico y materiales terapéuticos y otros factores a menudo crean condiciones muy difíciles para el diagnóstico y tratamiento. Es posible que estas circunstancias constituyan un desafío incluso para el médico más experimentado.

3. La mayoría de las compañías aéreas exigen que el personal de vuelo tenga una formación en primeros auxilios. Además, muchas proporcionan cierto grado de capacitación por sobre este nivel mínimo y también pueden llevar ciertos medicamentos y equipo de emergencia a bordo. Algunos aviones incluso tienen equipos para leer a distancia un electrocardiograma y servicios médicos de asistencia. Las normas de la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) requieren llevar equipo médico a bordo de los aviones, pero la cantidad y contenidos detallados no son prácticas obligatorias recomendadas. Los requisitos para cada aerolínea los determina la autoridad nacional de aviación. Los requerimientos en detalles del programa de formación de personal de cabina también los determina la autoridad nacional de aviación, las normas de la OACI estipulan que "un operador (aerolínea) debe establecer y mantener un programa de formación aprobado por el Estado del operador".

4. Incluso el personal de vuelo bien entrenado a menudo tiene conocimientos y experiencia limitados y no pueden prestar la misma asistencia que un médico u otro profesional de la salud calificado. En la actualidad, existen cursos de educación médica continua para capacitar a los médicos en algunos lugares específicamente para las emergencias durante los vuelos.

5. Los médicos a menudo tienen ciertos temores para prestar asistencia debido a una incertitud en la responsabilidad legal, en especial en vuelos internacionales o vuelos dentro del espacio aéreo de los Estados Unidos. Aunque muchas de las compañías

aéreas proporcionan cierto tipo de seguro para los médicos y civiles que presten asistencia voluntaria durante un vuelo, no siempre es el caso e incluso cuando existe, las cláusulas del seguro no siempre pueden ser explicadas y comprendidas de manera adecuada en una crisis médica grave. Las consecuencias financieras y profesionales de querellas contra los médicos que prestan asistencia pueden ser de muy alto costo, aunque casos reales de esto son muy limitados. Se debe adoptar una legislación del "buen samaritano" en todas las jurisdicciones que permita a los médicos prestar atención de urgencia durante los vuelos sin temer represalias legales.

6. Se deben tomar medidas importantes para proteger la vida y la salud de los pasajeros en un avión; sin embargo, la situación dista mucho de ser ideal y todavía es necesario mejorarla. Muchos de los principales problemas pueden simplificarse a través de medidas simples de parte de las aerolíneas y legisladores nacionales, en cooperación entre ellos y con la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA) para lograr políticas y programas internacionales coordinadas y basadas en un consenso.

7. Las asociaciones médicas nacionales tienen un papel de liderazgo importante en la promoción de medidas destinadas a mejorar la disponibilidad y eficacia de la atención médica en los vuelos. Los médicos deben decidir si dan a conocer a la tripulación su capacidad de prestar asistencia médica si es necesario.

## RECOMENDACIONES

8. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial hace un llamado a sus miembros para que insten a las aerolíneas nacionales especialmente con vuelos de pasajeros de mediana y larga duración a que tomen las siguientes medidas:

   8.1 Equipar sus aviones con un conjunto de materiales médicos de emergencia y medicamentos suficientes y estandarizados que:

      8.1.1 estén empaquetados de manera estandarizada y fácil de identificar ;

      8.1.2 tengan instrucciones e información en inglés y en los principales idiomas del país de partida y llegada y

      8.1.3 incluyan desfibriladores automáticos externos, considerados como equipo esencial fuera de un entorno profesional y asegurarse que al menos una persona de la tripulación sepa utilizar ese DAE en particular.

   8.2 Proporcionar asistencia médica que pueda ser contactada por radio o teléfono para ayudar al personal a bordo o a un profesional de la salud voluntario, si hay uno en el avión y está dispuesto a ayudar.

   8.3 Elaborar planes de emergencia médica para guiar al personal del avión que deba responder a las necesidades médicas de los pasajeros.

   8.4 Proporcionar instrucción médica y logística suficiente al personal a bordo, además de los primeros auxilios, a fin de que puedan responder mejor a las necesidades de los pasajeros y ayudar a los profesionales médicos que se ofrecen como voluntarios durante las emergencias.

   8.5 Proporcionar seguros suficientemente comprensibles para los profesionales

médicos y ayudar al personal no médico a protegerse de los daños y responsabilidades (materiales o inmateriales) como resultado del diagnóstico y tratamiento a bordo.

8.6 Hacer presión por una legislación del buen samaritano.

9. La Asociación Médica Mundial llama a sus miembros a que insten a sus autoridades de aviación nacional a proporcionar informes anuales resumidos sobre los incidentes médicos a bordo, basados en informes estandarizados obligatorios de incidentes para cada caso médico que necesite la aplicación de primeros auxilios o de otro tipo de asistencia médica o que obligue a un cambio en los planes de vuelo.

10. La Asociación Médica Mundial llama a sus miembros a que insten a sus legisladores a aprobar leyes que proporcionen inmunidad ante acciones legales a los médicos que prestan asistencia de emergencia apropiada en un avión.

11. Si no existe inmunidad legal para los médicos, la aerolínea debe aceptar todas las consecuencias legales y financieras de toda prestación de asistencia de parte de un médico.

12. La Asociación Médica Mundial hace un llamado a sus miembros para que:

12.1 Abogar para que los desafíos potenciales de emergencias médicas durante los vuelos sean incluidos en los cursos ordinarios de formación de emergencias para los médicos.

12.2 informen a los médicos sobre las oportunidades de formación o proporcionen o promuevan la creación de programas de formación allí donde no existan;

12.3 insten a los médicos a considerar si desean identificarse antes de la partida y que están dispuestos a ayudar en caso de una emergencia y

12.4 insten a los médicos a debatir los problemas eventuales con sus pacientes de alto riesgo para que pidan una asistencia médica a bordo, antes del vuelo.

12.5 insten a los médicos a determinar si su seguro de responsabilidad incluye los actos samaritanos.

12.6 informen e insten a los médicos a asistir a programas de formación apropiados, de manera que puedan tomar decisiones informadas cuando certifiquen que sus pacientes están aptos para viajar en avión.

13. La Asociación Médica Mundial hace un llamado a IATA para que establezca normas precisas en las siguientes áreas y si es necesario trabajar con los gobiernos para implementar estas normas como obligaciones legales:

13.1 Equipo médico y medicamentos a bordo de vuelos de mediana y larga duración;

13.2 Normas de empaquetado e información de material, incluidas las descripciones e instrucciones en los idiomas correspondientes;

13.3 Procedimientos de emergencias médicas y programas de formación para el personal médico.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS EN LOS VIAJES EN AVIÓN

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y reafirmada por la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Argentina, Abril 2016

1. CONSIDERANDO QUE el viaje en avión es una manera de transporte común y que es utilizada por personas de todas edades a diario,

2. CONSIDERANDO QUE se han logrado altos niveles de seguridad para los pasajeros adultos en los viajes en avión,

3. CONSIDERANDO QUE se siguen estrictos procedimientos de seguridad en los viajes en avión que aumentan mucho las posibilidades de sobrevivir en situaciones de emergencia para los adultos asegurados adecuadamente,

4. CONSIDERANDO QUE durante las situaciones de emergencia en los aviones a los infantes y los niños no siempre se les garantiza una seguridad adecuada y apropiada,

5. CONSIDERANDO QUE los sistemas de retención y de seguridad para los infantes y niños han sido sometidos a pruebas y aprobados para disminuir el riesgo de sufrir lesiones en situaciones de emergencia en los aviones.

6. CONSIDERANDO QUE los sistemas de retención para los niños han sido aprobados para usarlos en aviones de pasajeros estándares y han sido utilizados con éxito por varias aerolíneas.

POR LO TANTO, la Asociación Médica Mundial

1. Expresa su gran preocupación por el hecho de que los sistemas de seguridad adecuados para infantes y niños por lo general no han sido implementados;

2. Hace un llamamiento a todas las compañías aéreas para que tomen medidas inmediatas, a fin de proporcionar sistemas de retención de niños seguros, probados a fondo y estandarizados;

3. Hace un llamamiento a todas las compañías aéreas para que proporcionen a su personal una formación sobre el manejo y uso apropiados de los sistemas de retención de niños;

4. Hace un llamamiento para crear normas o especificaciones universales para la prueba y la fabricación de sistemas de retención de niños y

5. Hace un llamamiento a los legisladores nacionales y a las autoridades aeronáuticas para que:

   a. pidan para los infantes y los niños, de manera legal, sistemas de retención individuales seguros que estén aprobados para su uso en aviones de pasajeros;

   b. se aseguren que las compañías aéreas proporcionen sistemas de retención de niños o que permitan que los pasajeros utilicen sus propios sistemas, si el equipo está calificado y aprobado para el avión específico;

   c. prohíban el uso de los "cinturones cortos" inapropiados que con frecuencia se utilizan para asegurar a los infantes y niños en los aviones de pasajeros.

   d. proporcionen información adecuada sobre la seguridad de infantes y niños a bordo de los aviones de pasajeros de todas las compañías aéreas.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LOS ENSAYOS NUCLEARES DE COREA DEL NORTE

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y reafirmada por la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Argentina, Abril 2016

Recordando que la Declaración de la AMM sobre las Armas Nucleares fue adoptada en la Asamblea General de la AMM en Ottawa, Canadá, en octubre de 1998;

La AMM:

1. Denuncia los ensayos nucleares de Corea del Norte realizados en tiempos de una alta vigilancia mundial sobre los ensayos y arsenales nucleares;

2. Hace un llamado para el abandono inmediato de los ensayos nucleares, y

3. Pide a todas las asociaciones médicas nacionales que insten a sus gobiernos a comprender las consecuencias adversas para la salud y el medio ambiente producidas por los ensayos y uso de armas nucleares.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA TUBERCULOSIS

Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. Según la OMS, la tuberculosis es un importante problema mundial de salud pública. Los países de África y del Sudeste de Asia son los más afectados.

2. En los países en desarrollo, los índices de incidencia de la tuberculosis en las poblaciones nunca han sido tan altos debido a la alta prevalencia del SIDA, los grandes movimientos de población, la urbanización y la sobrepoblación. La incidencia y la gravedad de la enfermedad están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida sociales y económicas de la población.

3. La aparición de cepas de bacteria de tuberculosis resistentes a los medicamentos de primera línea se ha convertido en una amenaza importante para la salud pública en la forma de tuberculosis multirresistente (MDR-TB) y tuberculosis extremadamente resistente a los medicamentos (XDR-TB). Estas son indicadores de la creciente resistencia antimicrobiana cuyos factores son multifactoriales y complejos que necesitan un enfoque multisectorial. La tuberculosis MDR y XDR constituye una amenaza importante al avance y la seguridad de la salud en el mundo.

4. El conocimiento de la comunidad y la educación y promoción de la salud pública son elementos esenciales en la prevención de la tuberculosis.

5. El examen en los grupos de alto riesgo como los PLHIV (los que viven con el VIH) y la población vulnerable, migrantes, presos y sin techo debe ser considerado en cada contexto epidemiológico nacional como un elemento en la prevención de la tuberculosis. También se recomienda el examen sistemático de los contactos de las personas infectadas.

6. El rápido diagnóstico con exámenes moleculares y un tratamiento supervisado a diario comenzado temprano deben ayudar a detener la propagación de la enfermedad.

7. La vacunación contra la BCG (Bacilo Calmette-Guérin) lo más pronto posible después del nacimiento debe continuar, de conformidad con los parámetros de Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades del Pulmón (IUATLD), hasta

que se disponga de una vacuna más eficaz.

8. También se considera imperativo intensificar la investigación y la innovación si se quiere tener éxito en abordar la epidemia y la resistencia emergente.

**RECOMMENDATIONS**

9. La Asociación Médica Mundial, en consulta con la OMS y las autoridades de salud nacionales e internacionales, seguirá trabajando para crear conciencia en la comunidad sobre los síntomas de la tuberculosis y aumentar la capacidad del personal de salud en la identificación temprana y diagnóstico de los casos de TB y asegurar un tratamiento completo con la estrategia DOTS u otra terapia apropiada.

10. La AMM apoya la "estrategia terminar con la TB" de la OMS y sus visiones, objetivos y metas.

11. La AMM apoya los llamados para obtener recursos económicos, materiales y humanos para la prevención y la investigación de la tuberculosis y del VIH/SIDA, incluidos el personal de salud con formación adecuada y la infraestructura de salud pública adecuada y también participará con profesionales de la salud en la información sobre la tuberculosis y su tratamiento.

12. Los profesionales de la salud deben tener acceso a todo el material médico y de protección necesario para cuidarse del riesgo de infección y la propagación de la enfermedad.

13. La AMM insta a seguir adelante con los esfuerzos para crear capacidad en los profesionales de la salud sobre el uso de los métodos de diagnóstico rápido, su disponibilidad en el sector público y el control de todas las formas de tuberculosis, incluidas la MDR y XDR.

14. La Asociación Médica Mundial llama a sus asociaciones médicas nacionales a apoyar el programa nacional de tuberculosis al crear conciencia en los profesionales de la salud sobre la gestión de la TB y señalar tempranamente los casos en la comunidad.

15. La AMM llama a sus asociaciones miembros nacionales a difundir los métodos de prevención de la tuberculosis, incluida la higiene respiratoria, la etiqueta respiratoria de la tos y la expectoración segura.

16. Las asociaciones nacionales miembros deben instar a sus miembros a informar oportunamente a las autoridades pertinentes sobre todos los pacientes diagnosticados con TB o que reciben un tratamiento para la tuberculosis, a fin de iniciar un examen de contacto y un seguimiento adecuado hasta el término del tratamiento.

17. Además, las asociaciones nacionales miembros deben promover la creación de una fuerte farmacovigilancia y un monitoreo y administración activos de medicinas seguras para la TB, a fin de detectar, gestionar e informar sobre la toxicidad

sospechada o confirmada de los medicamentos e instar a todos sus miembros a contribuir de manera activa con estos sistemas.

18. Las asociaciones nacionales miembros deben coordinarse con su programa nacional de tuberculosis y difundir las directrices adoptadas a todos sus miembros.

19. La AMM respalda los esfuerzos de la OMS y llama a todos los gobiernos, comunidades, sociedad civil y sector privado a actuar juntos para terminar con la tuberculosis en el mundo.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA SALUD Y LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS EN ZIMBABWE

Adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007 y reafirmada por la 206ª Sesión del Consejo de la AMM, Livingstone, Zambia, Abril 2017

## INTRODUCCIÓN

Conforme a información e informes de sistemáticas y repetidas violaciones de los derechos humanos, interferencia con el derecho a la salud en Zimbabwe, falta en la entrega de recursos esenciales para la prestación de atención médica básica, descenso del estado de salud de los zimbabwenses, doble lealtal y amenazas para la salud del personal de salud que lucha por mantener una independencia clínica, negación del acceso a la salud a las personas asociadas con partidos políticos de oposición y aumento de la tortura por parte del Estado, la AMM confirma su apoyo y compromiso con:

- Lograr el principio de la Organización Mundial de la Salud del "goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano".
- Defender el objetivo fundamental del médico de aliviar la aflicción de los pacientes y no permitir que la voluntad personal, colectiva o política prevalezca por sobre dicho objetivo.
- Apoyar el papel del médico en la defensa de los derechos humanos de sus pacientes como central en sus obligaciones profesionales.
- Apoyar a los médicos que sufren persecusiones por respetar la ética médica.

## RECOMENDACIÓN

Por lo tanto, La Asociación Médica Mundial, reconociendo el colapsado sistema de salud y la crisis de salud pública en Zimbabwe, hace un llamado a todas sus asociaciones médicas nacionales miembros a:

1. Denunciar públicamente todos los abusos de los derechos humanos y violaciones del derecho a la salud en Zimbabwe.

2. Proteger activamente a los médicos amenazados o intimidados por tomar medidas que forman parte de sus obligaciones éticas y profesionales.

3. Apoyar a la Asociación Médica de Zimbabwe (ZiMA) para asegurar la autonomía de la profesión médica en Zimbabwe.

4. Instar y apoyar a la ZiMA a invitar una misión internacional de investigación a Zimbabwe como medida urgente para abordar la salud y las necesidades de salud de los zimbabwenses.

Además, la AMM insta a la ZiMA, como organización miembro de la AMM, a:

1. Respetar su compromiso con la Declaración de Tokio, Hamburgo y Madrid de la AMM y también la Declaración de la AMM sobre el Acceso a la Atención Médica.

2. Facilitar las condiciones en las que todos los zimbabwenses tengan acceso igual a una atención y tratamiento médico de calidad, sin considerar sus afiliaciones políticas.

3. Comprometerse a erradicar la tortura y el trato inhumano o degradante de los ciudadanos de Zimbabwe.

4. Reafirmar su apoyo a la independencia clínica de los médicos que tratan a cualquier ciudadano de Zimbabwe.

5. Obtener y dar a conocer la información precisa y necesaria sobre el estado de los servicios de salud en Zimbabwe.

6. Abogar por la incorporación en los currículos médicos, la enseñanza de los derechos humanos y las obligaciones éticas de los médicos de mantener una independencia clínica total cuando traten a pacientes en situaciones vulnerables.

La AMM insta a la ZiMA a buscar ayuda para lograr los objetivos anteriores a través del contacto con la AMM, la Asociación Médica de la Commonwealth y las AMNs de los países vecinos y a enviar informes sobre los avances de vez en cuando.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# APOYO A LAS ASOCIACIONES MÉDICAS
# DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, Octubre 2007 y reafirmada con una revisión menor por la sesión 207 del Consejo de la AMM en Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

Existen informes verosímiles respecto a que los acuerdos entre el Gobierno cubano y ciertos gobiernos de América Latina y el Caribe para suministrar personal de salud cubano como médicos a estos países están pasando por alto los sistemas establecidos para proteger a los pacientes, que sirven para verificar las credenciales y la competencia de los médicos.

La Asociación Médica Mundial (AMM) está muy preocupada debido a que los pacientes se ponen en riesgo con prácticas médicas no reguladas y recuerda su Declaración sobre las Normas Eticas para la Migración Internacional del Personal de Salud en la cual "Los médicos que trabajan, ya sea permanente o temporalmente, en otro país que no sea su país de origen deben ser tratados en forma justa, en relación con los otros médicos de ese país" (párrafo 7) y que los acuerdos bilaterales requieren "el debido conocimiento del derecho internacional sobre derechos humanos, de manera de tener una cooperación significativa sobre la prestación de atención médica" (párrafo 8).

Existen ya asociaciones médicas debidamente constituidas y autorizadas por ley que se ocupan del registro de los médicos y que deben ser consultadas por sus respectivos Ministerios de Salud.

Por lo tanto, la AMM:

1. Condena toda acción de los gobiernos en las políticas y prácticas que socaven o pasen por alto las normas aceptadas de acreditación médica y atención médica.

2. Llama a los gobiernos de América Latina y el Caribe a colaborar con las asociaciones médicas en todos los asuntos relacionados con la acreditación de médicos y la práctica de la medicina y a respetar la función y los derechos de estas asociaciones médicas y la autonomía de la profesión médica.

3. Insta, con mucha preocupación, a que los gobiernos en América Latina y el Caribe respeten el Código Internacional de Etica Médica de la AMM, y la Declaración de Madrid de la AMM sobre la Autorregulación Profesional y la Declaración de Seúl sobre la Autonomía Profesional y la Independencia Clínica al igual que la Declaración sobre la Normas Eticas para la migración Internacional del Personal de Salud que guían la práctica médica de los médicos en todo el mundo.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA COLABORACIÓN ENTRE LA MEDICINA HUMANA Y VETERINARIA

Adoptada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y reafirmada con una revisión menor por la sesión 210 del Consejo de la AMM en Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermedades infecciosas humanas existentes, incluidos los agentes bioterroristas, son zoonosis. Las zoonosis pueden por definición infectar a los animales y al ser humano. Por su naturaleza, la medicina humana y la medicina veterinaria son complementarias y están en sinergia para enfrentar, controlar y prevenir las infecciones de una especie a otra para las enfermedades zoonóticas.

La colaboración y la comunicación entre la medicina humana y la medicina veterinaria han sido muy limitadas durante las últimas décadas. Sin embargo, los desafíos del siglo XXI exigen que estas dos profesiones trabajen juntas en tiempos cuando hay un mayor riesgo de enfermedades zoonóticas debido a la globalización y al cambio climático, además de los cambios en el comportamiento humano.

Una iniciativa, a menudo llamada iniciativa "Una Salud", ha sido lanzada para mejorar la vida de todas las especies a través de la integración de la medicina humana y la medicina veterinaria. "Una Salud" tiene como objetivo promover e implementar una estrecha colaboración y comunicación entre la medicina humana, la medicina veterinaria y todos los científicos de la salud relacionados, a fin de reforzar la eficacia de la salud pública humana y la atención médica avanzada para el ser humano (y los animales) a través de la investigación biomédica comparativa.

La Asociación Médica Mundial (AMM) reconoce que los animales y la atención veterinaria pueden afectar la salud y las enfermedades humanas a través de su propia política, en particular sus Declaraciones sobre Uso de Animales en la Investigación Biomédica, Resistencia a los Medicamentos Antimicrobianos y Gripe Aviar y Pandemia de Gripe. La AMM también reconoce el impacto que tiene el cambio climático en la salud, en la Declaración de la AMM sobre Salud y Cambio Climático. La AMM ya trabaja con otras profesiones de la salud, incluidos los dentistas, enfermeras y farmacéuticos a través de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud.

## RECOMENDACIONES

Que la Asociación Médica Mundial:

- Apoye la colaboración entre la medicina humana y la medicina veterinaria.
- Apoye el concepto de esfuerzos educacionales conjuntos entre las escuelas de medicina humana y veterinaria.
- Fomente los esfuerzos conjuntos en materia de atención clínica por evaluación, tratamiento y prevención de transmisión de enfermedades de una especie a otra.
- Apoye los esfuerzos de vigilancia y control de las enfermedades de una especie a otra a nivel de salud pública, en especial la identificación del inicio de las enfermedades y los brotes.
- Apoye la necesidad de realizar esfuerzos conjuntos para la creación, integración y evaluación de nuevos métodos de diagnóstico, medicamentos, vacunas y sistemas y políticas de vigilancia para prevenir, administrar y controlar las enfermedades de una especie a otra.
- Inicie un diálogo con la Asociación Mundial Veterinaria para considerar estrategias destinadas a aumentar la colaboración entre las profesiones médicas humanas y veterinarias en educación médica, atención clínica, salud pública e investigación biomédica.
- Inste a las asociaciones médicas nacionales a iniciar un diálogo con las asociaciones veterinarias para estudiar estrategias que aumenten la colaboración entre las profesiones de medicina humana y medicina veterinaria en sus propios países.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA LEGISLACIÓN CONTRA EL ABORTO EN NICARAGUA

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

**CONSIDERANDO QUE:**

En 2006, Nicaragua adoptó un código penal que convierte en delito el aborto en toda circunstancia, incluido todo tratamiento médico de una mujer embarazada que tenga como resultado la muerte o lesión de un embrión o feto.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), a pesar del mejoramiento de los indicadores nacionales de salud reproductiva y sexual, Nicaragua sigue teniendo una de las tasas más altas de embarazo adolescente y mortalidad materna en la región de América, en particular en los grupos poblacionales rurales de menores ingresos.

**Esta legislación:**

- Tiene un impacto negativo en la salud de la mujer en Nicaragua que tiene como resultado muertes evitables de mujeres, embriones o fetos que ellas tengan.
- Pone al médico en riesgo de prisión si realiza abortos, incluso para salvar la vida de una mujer embarazada, a menos que siga los protocolos de obstetricia de 2006 del Ministerio de Salud de Nicaragua, establecidos sólo para la atención de suma urgencia.
- Exige que el médico informe a la policía sobre las mujeres y niñas con sospechas de aborto, en violación de su deber de confidencialidad con el paciente y lo pone en un conflicto entre la ley y la ética médica.

La Declaración de la AMM sobre el Término del embarazo por indicación médica (octubre 2018) establece que: "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".

La AMM reitera su Resolución sobre la Penalización de la práctica médica (octubre 2013) que recomienda a sus miembros que "Se opongan a las intrusiones de los gobiernos en la práctica de la medicina y en la toma de decisiones médicas, incluida la capacidad del gobierno de definir la práctica médica a través de sanciones penales".

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial y sus miembros constituyentes instan al Gobierno de Nicaragua a rechazar su código penal que penaliza el aborto. y elaborar en su lugar una legislación que promueva y proteja los derechos humanos, la dignidad y la salud de la mujer, incluido el acceso adecuado a la salud reproductiva y que permita a los médicos cumplir con su deber conforme a la ética médica, especialmente el secreto médico.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM EN APOYO A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y MÉDICOS EN LA REPÚBLICA ISLÁMICA DE IRÁN

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009

CONSIDERANDO QUE:

Los médicos en la República Islámica de Irán han informado sobre:

Prácticas inquietantes en las que los heridos han sido llevados a cárceles sin el tratamiento médico adecuado y el consenso de los médicos tratantes.

Los médicos han sido obstaculizados en la atención de pacientes.

Preocupación sobre la veracidad de documentos relacionados con las muertes de pacientes y los médicos han sido forzados a reconocer documentación clínicamente inexacta.
Cuerpos de prisioneros políticos y religiosos heridos que fueron admitidos en hospitales con marcas de torturas brutales, incluido abuso sexual.

POR LO TANTO, la Asociación Médica Mundial

1. Reafirma la Declaración de Lisboa: Declaración de los Derechos del Paciente, que estipula que cuando la legislación, medidas del Gobierno o cualquier otra administración o institución niega a los pacientes el derecho a la atención médica, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarla o restaurarla.

2. Reafirma la Declaración de Hamburgo sobre el apoyo a los médicos que se niegan a participar, condenar la tortura u otras formas de tratos crueles, inhumanos o degradantes; que insta al médico a respetar su compromiso como médico para servir a la humanidad y resistir toda presión para actuar en forma contraria a los principios éticos que rigen su dedicación a esta tarea.

3. Reafirma la Declaración de Tokio: Directivas para los médicos sobre la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes en relación con la detención y encarcelamiento;

   - Que prohíbe al médico participar o incluso estar presente durante la práctica de tortura u otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes;
   - Que requiere que el médico debe mantener sumo respeto por la vida humana, incluso bajo amenazas y no utilizar sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

4. Reafirma la Resolución sobre la responsabilidad del médico en la documentación y denuncia de la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes; que estipula que los médicos deben tratar de:

   - Asegurar que los detenidos o víctimas de torturas o crueldad o maltrato tengan acceso a atención médica inmediata e independiente.
   - Asegurar que los médicos incluyan la evaluación y documentación de los signos de tortura o maltrato en el historial médico y utilizar las precauciones de procedimiento para evitar perjudicar a los detenidos.

5. Se refiere al Código Internacional de Etica Médica de la AMM; que estipula que los médicos deben dedicarse a prestar servicios médicos competentes con total independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

6. Insta al Gobierno de la República Islámica de Irán a respetar el Código Internacional de Etica Médica y los estándares incluidos en las declaraciones antes mencionadas con las que los médicos se han comprometido.

7. Insta a las asociaciones médicas nacionales a apoyar esta Resolución.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA DELEGACIÓN DE FUNCIONES DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Adoptada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y reafirmada por la sesión 212 del Consejo de la AMM en Santiago, Chile, Abril 2019

1. El término "delegación de funciones" es utilizado en salud para describir una situación en la que una función desempeñada por un médico es transferida a un profesional de la salud con un nivel más bajo de formación y experiencia o a una persona formada específicamente para cumplir una función limitada solamente. La delegación de funciones existe en países con escasez de médicos y en los que no tienen este problema.

2. Un factor principal que produce la delegación de funciones es la escasez de trabajadores cualificados debido a la migración u otros motivos. En los países que enfrentan una gran escasez de médicos, la delegación de funciones puede ser utilizada para formar a profesionales de la salud o personas ajenas a este sector para que realicen funciones consideradas generalmente de la competencia de la profesión médica. La razón fundamental para la transferencia de estas funciones es que la alternativa sería que el servicio no sería prestado a los que lo necesitan. En estos países, la delegación de funciones está destinada a mejorar la salud de las poblaciones extremadamente vulnerables, en gran parte para paliar la escasez de profesionales de la salud o enfrentar problemas de salud específicos, como el VIH. En los países en los que la falta de médicos es alarmante se han establecido nuevos marcos de salud. Sin embargo, las personas que asumen las tareas de los médicos no tienen el vasto conocimiento y experiencia de los médicos y deben realizar dichas tareas según los protocolos, pero sin los conocimientos, experiencia y opinión profesionales para tomar buenas decisiones en caso de complicaciones u otros imprevistos. Esta práctica puede ser apropiada en países donde sin la delegación de funciones no habría ninguna atención, pero no se debe instaurar en los países donde la situación no es la misma.

3. En los países donde no existe una gran escasez de médicos, la delegación de funciones puede darse por diversas razones: sociales, económicas, profesionales, a veces con el pretexto de eficacia, ahorro u otras razones no confirmadas. Puede ser estimulada o, al contrario, impedida por profesionales que tratan de expandir o proteger su campo tradicional. Puede ser iniciada por las autoridades de salud, por profesionales de la salud suplentes y a veces por los mismos médicos. Puede producirse por el avance de la tecnología médica, que estandariza la puesta en práctica y la interpretación de ciertas funciones, por lo que permite que sean realizadas por personas que no son médicos o asistentes técnicos en lugar de los médicos. Esto se ha hecho en colaboración con la profesión médica. Sin embargo, hay que reconocer que la medicina nunca puede ser considerada sólo como una disciplina técnica.

4. La delegación de funciones puede existir en un equipo médico ya constituido, que como resultado redistribuye los roles y las funciones aseguradas por los miembros de este equipo. También puede generar nuevo personal cuya función es ayudar a otros profesionales de la salud, específicamente médicos, al igual que personal formado para realizar tareas específicas.

5. Aunque la delegación de funciones puede ser útil en ciertas situaciones y a veces puede mejorar el nivel de atención al paciente, esta conlleva riesgos importantes. El principal es el deterioro de la calidad de la atención al paciente, en especial si la opinión médica y la toma de decisiones son transferidas. Además que el paciente puede ser atendido por un personal con menos formación, existen temas de calidad específicos, incluidos un contacto reducido entre médico y paciente, servicio fragmentado e ineficiente, falta de seguimiento adecuado, diagnóstico y tratamiento incorrectos y una incapacidad de hacer frente a las complicaciones.

6. Además, la delegación de funciones que despliega personal asistente en realidad puede aumentar la demanda en los médicos. Los médicos tendrán más responsabilidades como instructores y supervisores, lo que les quitará el poco tiempo para realizar muchas otras tareas, como la atención directa de los pacientes. También pueden tener más responsabilidades profesionales o legales por la atención prestada por el personal de salud bajo su supervisión.

7. La Asociación Médica Mundial expresa su gran inquietud por el hecho de que la delegación de funciones a menudo es instaurada por las autoridades de salud sin consultar a los médicos y a sus asociaciones profesionales que los representan.

## RECOMENDACIONES

8. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial recomienda que todas las asociaciones médicas nacionales promuevan y respalden las siguientes normas:

   8.1 La calidad y la continuidad de la atención y la seguridad del paciente nunca deben verse comprometidas y deben ser la base para todas las reformas y la legislación relacionadas con la delegación de funciones.

   8.2 Cuando se delegan las funciones de los médicos, estos y sus asociaciones profesionales deben ser consultadas y participar directamente desde el comienzo en todos los aspectos relacionados con la implementación de la delegación de funciones, en especial en la reforma de las legislaciones y reglamentos. Los médicos podrían considerar iniciar y formar un nuevo grupo de asistentes bajo su supervisión y conforme a los principios de seguridad y atención de pacientes apropiada.

   8.3 Las normas para asegurar la calidad y los protocolos de tratamientos deben ser definidas, implementadas y supervisadas por los médicos. Los sistemas de acreditación deben ser elaborados e instaurados junto con la implementación de la delegación de funciones a fin de asegurar la calidad de la atención. Se debe definir con claridad las funciones que pueden deben ser desempeñadas sólo por

los médicos Específicamente, se debe estudiar con cuidado la función del diagnóstico y la prescripción.

8.4 En los países que tienen una escasez importante de médicos, la delegación de funciones debe ser considerada como una solución provisoria con una estrategia de salida bien definida. Sin embargo, cuando las condiciones en un país específico indiquen que esta solución sea probablemente duradera, es conveniente implementar una estrategia de sustentabilidad.

8.5 La delegación de funciones no debe reemplazar la creación de sistemas de salud sostenibles y que marchen con toda su capacidad. No se debe contratar empleados asistentes en detrimento de profesionales de la salud desempleados y subempleados. La delegación de funciones tampoco debe reemplazar la educación y formación de los médicos y de otros profesionales de la salud. Se debe tratar de formar y emplear a personal con mayor experiencia, en lugar de delegar funciones a personal con menos conocimientos.

8.6 La delegación de funciones no debe ser considerada únicamente como una medida de economía, porque sus beneficios no están comprobados y porque las medidas motivadas por costos es probable que no produzcan resultados de calidad para beneficio del paciente. Se debe realizar un análisis verosímil de los beneficios de la delegación de funciones, a fin de evaluar los resultados en materia de salud, de rentabilidad y productividad.

8.7 La delegación de funciones debe ser complementada con medidas de incentivos para la retención de los profesionales de la salud, como un aumento de sus sueldos y mejoramiento de las condiciones de trabajo.

8.8 Las razones que justifican una delegación de funciones varían según el país, por lo que las soluciones que son adecuadas para un país no pueden aplicarse automáticamente a otro.

8.9 El impacto de la delegación de funciones en la marcha general de los sistemas de salud no está clara. Se deben realizar evaluaciones de las consecuencias de la delegación de funciones para el paciente y su salud, al igual que el rendimiento y la eficacia de la prestación de la atención. En particular, cuando se aplica la delegación de funciones como respuesta a problemas de salud específico, como el VIH, se debe efectuar una evaluación y monitoreo regulares de todo el sistema de salud. Esta medida es esencial para asegurar que estos programas mejoran la salud de los pacientes.

8.10 La delegación de funciones debe ser estudiada y evaluada independientemente y no bajo los auspicios de los designados para asegurar o financiar las medidas de delegación de funciones.

8.11 Un factor principal que lleva a la delegación de funciones es la escasez de personal cualificado producida por la migración. Sin embargo, la delegación de funciones es sólo una respuesta frente a la escasez de fuerza laboral médica.

Otros métodos, como una práctica en colaboración o un enfoque colectivo, deben desarrollarse en forma paralela y ser considerados como la regla. La delegación de funciones no debe reemplazar la creación de equipos de salud solidarios e interactivos, coordinado por un médico en el que cada miembro puede aportar su propia contribución a la atención prestada.

8.12 Para que la práctica en colaboración tenga éxito, se debe mejorar la formación en liderazgo y trabajo en grupo. También debe entenderse claramente para qué se forma a cada persona y lo que es capaz de hacer, las responsabilidades y un uso definido de la terminología aceptado uniformemente.

8.13 La delegación de funciones debe estar precedida por una revisión, análisis y discusión sistemáticas de las necesidades, costos y beneficios potenciales. No debe ser instaurada solamente como respuesta a otras evoluciones en el sistema de salud.

8.14 Se debe llevar a cabo una investigación para identificar los modelos de formación exitosos. El trabajo debe alinearse con los distintos modelos que existen en la actualidad. La investigación también debe recolectar y compartir información, evidencia y resultados. La investigación y el análisis deben ser completos e independientes, los médicos deben participar en el proceso.

8.15 Cuando sea apropiado, las asociaciones médicas nacionales deben colaborar con las asociaciones de otros profesionales de la salud para establecer la infraestructura de una delegación de funciones La AMM debe considerar la creación de un marco para intercambiar información sobre este tema en el que los miembros puedan discutir sobre los avances en sus países y los efectos en la atención de pacientes y los resultados.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Adoptada por la 61ª Asamblea General de la AMM, Vancouver, Canadá, Octubre 2010 y reafirmada con revisiones menores por la 215ª sesión del Consejo (en línea), Córdoba, España, Octubre de 2020

## INTRODUCCION

Desde el comienzo de sus estudios y a lo largo de sus carreras profesionales, los médicos adquieren conocimientos, formación y competencias que les permiten tratar a sus pacientes con sumo cuidado y destreza.

Los médicos determinan el diagnóstico y tratamiento mejor y más efectivo para curar o aliviar los efectos de una enfermedad, teniendo en cuenta el estado general del paciente.

Los medicamentos son a menudo una parte esencial del tratamiento. Con el fin de poder tomar las decisiones adecuadas de conformidad con la ética y el compromiso profesional, el médico necesita disponer de un profundo conocimiento y comprensión de los principios de la farmacología, y de las posibles interacciones entre los diferentes medicamentos y del estado de salud del paciente.

La prescripción de medicamentos es una intervención clínica importante que debe ser precedida de procesos múltiples e integrados necesarios para evaluar a cada paciente y determinar el diagnóstico clínico correcto. Entre ellos:

- Hacer el historial del estado de salud actual y el historial pasado;
- La capacidad de hacer un diagnóstico diferencial;
- Comprender las posibles enfermedades múltiples, crónicas y complicadas asociadas;
- Hacer el historial de los medicamentos administrados actualmente con éxito o retirados previamente y también estar consciente de las posibles interacciones.

Una prescripción de medicamentos inadecuada sin los conocimientos ni el diagnóstico apropiado puede causar serios efectos adversos en la salud del paciente. Preocupada por las consecuencias graves que pudiera acarrear una decisión terapéutica inapropiada, la AMM afirma los siguientes principios sobre tratamiento de alta calidad y asegurando la seguridad del paciente.

La AMM reitera su apoyo a sus declaraciones sobre Relaciones laborales entre los médicos y los farmacéuticos en la terapia medicinal y sobre Medicamentos biosimilares.

**PRINCIPIOS**

1. La prescripción de medicamentos debe basarse en un diagnóstico correcto del estado de salud del paciente y debe ser realizada por médicos que hayan seguido y terminado con éxito una formación completa en los mecanismos de la enfermedad los métodos diagnós-ticos y tratamiento médico del estado de salud.
2. Las prescripciones hechas por los médicos son vitales para asegurar la seguridad del pa-ciente, la que a su vez es muy importante para mantener la relación de confianza entre los pacientes y sus médicos.

3. Aunque las enfermeras y otro personal de salud cooperan en el tratamiento general de los pacientes, el médico es la persona mejor cualificada para prescribir con independencia. En algunos países la legislación puede permitir que otros profesionales prescriban medica-mentos en circunstancias específicas, por lo general con formación y educación extras y muy a menudo con supervisión médica. En todos los casos, la responsabilidad del trata-miento del paciente debe ser del médico. El sistema médico de cada país debe asegurar la protección del interés público y de la seguridad en el diagnóstico y tratamiento de los pa-cientes. Si un sistema no cumple con estas condiciones mínimas debido a razones econó-micas, sociales u otras de obligación, debe hacer todo lo posible para mejorar la situación y proteger la seguridad de los pacientes.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL ACCESO A UN TRATAMIENTO ADECUADO DEL DOLOR

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011 y revisada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

En el mundo, millones de personas con cáncer y otras enfermedades sufren de dolor moderado a grave sin acceso a un tratamiento adecuado. Ellas enfrentan mucho sufrimiento, a menudo por meses y muchos mueren con dolor. Las personas que no pueden expresar su dolor adecuadamente, como los niños y discapacitados intelectuales o con estados de conciencia alterados, y las personas y poblaciones que históricamente no han sido bien tratadas por dolores por prejuicios y están especialmente en riesgo de recibir un tratamiento inadecuado del dolor.

El tratamiento inadecuado del dolor contribuye al sufrimiento individual físico y emocional, pero también produce una gran carga y un impacto económico negativo a nivel nacional.

Sin embargo, la mayoría del sufrimiento es innecesaria y casi siempre es evitable y tratable.

En la mayoría de los casos, el dolor se puede suprimir o aliviar con tratamientos poco costosos y relativamente sencillos que pueden mejorar mucho la calidad de vida de los pacientes. A veces, sobre todo en algunos casos de dolor crónico, los factores psico-emocionales son incluso más importantes que los meramente fisiológicos.

El tratamiento del dolor en estos casos puede necesitar un enfoque multifacético de parte de equipos multidisciplinarios.

Con los años, el uso de opioides ha aumentado mucho en algunos países. Sin embargo, en muchas otras regiones del mundo el acceso a un tratamiento esencial del dolor está limitado para los pacientes con dolor. Incluso en países con un gran uso, puede ser difícil para poblaciones específicas recibir un tratamiento adecuado para el dolor. Una evaluación incompleta del dolor o un uso inapropiado de los medicamentos para el dolor pueden producir reacciones adversas. Todo esto es muy importante y es necesario abordar los asuntos urgentes.

Los gobiernos deben adoptar medidas eficaces, cuando sea posible, para un tratamiento adecuado del dolor. Para esto, los gobiernos deben asegurar que los profesionales de la salud en todas las áreas tengan derecho a una formación profesional sobre la evaluación y

el manejo del dolor, que el derecho de todos los pacientes con dolor a su tratamiento no se vea comprometido por regulaciones innecesarias y que las políticas sobre el manejo de los medicamentos controlados ayuden con un monitoreo eficaz y prevención de los riesgos relacionados con los de medicamentos controlados.

## RECOMENDACIONES

1. El acceso a un tratamiento adecuado del dolor es un derecho humano. Los médicos, profesionales y personal de la salud deben ofrecer una evaluación y tratamiento del dolor a los pacientes que tengan dolores. Los gobiernos deben proporcionar recursos suficientes y tener regulaciones apropiadas sobre el tratamiento del dolor.

2. El dolor es una percepción compleja que consiste en sufrimientos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Los médicos, profesionales y personal de la salud deben ofrecer una evaluación holística del dolor y un tratamiento adecuado del dolor, como intervenciones farmacológicas o no farmacológicas a los pacientes con dolor. Todos los profesionales de la salud deben tratar de lograr el objetivo de evaluar de manera eficaz el dolor de todos los pacientes, incluido los dolores de los niños, pacientes con discapacidad cognitiva y los que no pueden expresarse. Los profesionales de la salud también deben tratar de evaluar y tratar eficazmente el dolor de los pacientes y poblaciones que históricamente no han recibido tratamientos adecuados para el dolor, debido a sesgos implícitos o explícitos.

3. Se debe proporcionar una formación sobre tratamiento y control del dolor a los profesionales de la salud, incluidos los médicos, otros profesionales y personal de la salud.

   La formación debe incluir la evaluación del dolor, control del dolor en base a evidencia y la eficacia y riesgos de los analgésicos. La formación debe comprender medicamentos para el dolor, la acción de los opioides, prevención de reacciones adversas y el ajuste y la conversión de la dosis de opioides. Se debe enseñar la atención centrada en el paciente a fin de lograr el objetivo de terminar con el dolor y disminuir la incidencia de reacciones adversas. El currículo debe estar basado en la competencia y realzar los conocimientos, actitud y habilidad de los profesionales de la salud para tratar el dolor.

   La formación debe enfocarse en crear especialistas en dolor y cuidados paliativos, para que puedan apoyar de manera eficaz a los médicos y otros profesionales de la salud de la primera línea.

   La formación de los profesionales médicos sobre el tratamiento del dolor debe incluir opciones de tratamiento sin medicamentos. La formación debe ofrecer a los profesionales de la salud conocimientos adecuados sobre comunicación interpersonal, sensibilidad cultural y la capacidad de evaluar el dolor que tienen los pacientes a nivel fisiológico, psicológico y espiritual. También empoderarlos en la práctica interprofesional, de modo que puedan trabajar juntos para aliviar el dolor que sienten los pacientes con o sin medicamentos.

4. Los gobiernos, reguladores y administradores de la salud deben reconocer las consecuencias del dolor, en cuanto a salud, productividad y costo económico. Los gobiernos deben proporcionar amplios recursos y contar con regulaciones adecuadas para los medicamentos controlados.

   Los gobiernos deben revisar periódica y adecuadamente las políticas sobre el control de medicamentos para asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los fármacos controlados, como los opioides. Además, se debe prevenir el abuso y uso ilícito.

   - Los pacientes con dolores deben tener acceso a medicamentos eficaces para el dolor, incluidos los opioides. Negarles ese derecho es una violación de sus derechos a la salud y es contrario a la ética desde le perspectiva médica.
   - Los gobiernos deben asegurar que los medicamentos controlados, incluidos los opioides, estén disponibles y accesibles para ayudar a aliviar el sufrimiento. El alivio del sufrimiento y la prevención contra el abuso deben estar equilibrados en la administración de los medicamentos controlados.
   - El gobierno deberá proporcionar recursos abundantes y crear un instituto nacional de investigación sobre el manejo del dolor, a fin de explorar temas sobre el tratamiento del dolor y sugerir soluciones, en particular:
   - Explorar los problemas que se convierten en obstáculos para el tratamiento del dolor, como la condición financiera, estatus socioeconómico, raza y etnia del paciente, diferencias entre el medio urbano y rural, logística, formación insuficiente y cultura (el malentendido que tienen las personas sobre los opioides, por ejemplo).
   - Promover el uso de herramientas validadas para la evaluación del dolor.
   - Realizar estudios sobre terapias emergentes o sin medicinas.
   - Establecer un sistema y un procedimiento estándar para registrar y recopilar información relativa al dolor para un monitoreo y estadísticas correctas. La información sobre el dolor incluye la incidencia y prevalencia del dolor, su causa, su carga, estado del tratamiento del dolor, razón por la cual no se ha tratado el dolor de manera adecuada y cantidad de drogadictos, etc.

5. Los gobiernos deberán preparar un plan nacional de tratamiento del dolor que se implementará para la prevención, tratamiento, información del dolor y políticas sobre el manejo de los medicamentos controlados.

   - El plan nacional de tratamiento del dolor deberá estar basado en evidencias.
   - Los gobiernos deben considerar las opiniones de los legisladores, profesionales médicos y público en general para elaborar un plan nacional de tratamiento del dolor que sea amplio, práctico y ambicioso que contribuya a aumentar la eficacia del tratamiento del dolor a nivel nacional.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# BAHRAIN

Adoptada por la 62ª Asamblea general de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

**El Consejo de la AMM nota que:**

Una cantidad de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en el Reino de Bahrain fueron detenidos en marzo de 2011 después de disturbios en este país y fueron juzgados bajo los poderes de emergencia ante una corte especial presidida por un juez militar. 20 personas de este grupo fueron declarados culpables de varios cargos el 29 de septiembre de 2011 y fueron sentenciados a 15, 10 y 5 años de prisión.

Estos procesos no reúnen las normas internacionales para juicios justos, que incluyen que el acusado no puede prestar declaraciones en su propia defensa y a sus abogados no se les permite interrogar a los testigos. No se han investigado las denuncias de los acusados y sus abogados de malos tratos, abusos y otras violaciones de derechos humanos durante la de-tención.

Aunque se presentaron diversos cargos, al parecer la principal acusación fue tratar a todos los pacientes que se presentaron para atenderlos, incluidos los líderes y miembros de la rebelión. Los otros cargos parecen estar relacionados con la prestación de atención y en todo caso no fueron probados con el estándar que se espera en los procedimientos de tribunales. Al tratar a los pacientes sin considerar las circunstancias de sus heridas, estos profesionales de la salud cumplían con su deber ético estipulado en la Declaración de Ginebra.

La AMM recibe con satisfacción el anuncio del Gobierno de Bahrain el 6 de octubre de 2011 de que los 20 serán juzgados nuevamente en un tribunal civil.

Por lo tanto, la AMM pide que ningún médico ni otro personal de salud sea detenido, acusado o procesado por tratar a pacientes, sin considerar el origen de las heridas o enfermedad del paciente.

La AMM exige que todos los Estados entiendan, respeten y cumplan con el concepto de neutralidad médica. Esto incluye proporcionar condiciones de trabajo que sean lo más seguras posible, incluso en circunstancias difíciles, como los conflictos armados o disturbios civiles.

La AMM espera que si cualquier persona, incluidos los profesionales de la salud, son sometidos a juicio, que exista un proceso legal que incluye la detención, interrogatorio y juicio conforme con los más altos estándares del derecho internacional.

La AMM exige que los Estados investiguen las denuncias de torturas o trato cruel e inhumano de los prisioneros en contra de los agentes y actuar con rapidez para terminar con dichos abusos.

La AMM recomienda que se permita que asesores internacionales independientes observen los juicios y se reúnan en forma privada con el acusado, de manera que el Estado de Bahrain pueda probar al mundo que lo observa que los procedimientos legales futuros tengan un proceso justo.

La AMM reconoce que el personal de la salud y sus instalaciones son cada vez más victimmas de ataques durante las guerras, conflictos y disturbios civiles. Exigimos que los países del mundo reconozcan, respeten y cumplan los principios de la neutralidad médica y su deber de proteger las instituciones e instalaciones de salud por razones humanitarias.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM QUE REAFIRMA LA RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE EMBARGOS ECONÓMICOS Y LA SALUD

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011

La Asociación Médica Mundial está muy preocupada por informes sobre potenciales impactos graves para la salud como resultado de las sanciones económicas impuestas por la Unión Europea al líder de la Costa de Marfil, Laurent Gbagbo, y varias personas y entidades asociadas con su régimen, incluidos los dos puertos principales del gobierno de Gbagbo. Las sanciones tienen por objetivo restringir severamente a los barcos registrados en la UE de realizar transacciones con estos puertos, lo que impediría la entrega de medicinas necesarias para salvar vidas.

El Consejo de la AMM reitera su política establecida en la Resolución sobre Embargos Económicos y Salud:

***Toda la gente tiene derecho a la preservación de la salud y el Convenio de Ginebra (Artículo 23, número IV, 1949) exige el libre paso de medicinas destinadas a civiles.***

Por lo tanto, la AMM insta a la Unión Europea a tomar medidas inmediatas para asegurar la entrega de medicinas a la Costa de Marfil, a fin de proteger la vida y la salud de la población.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA INDEPENDENCIA DE LAS ASOCIACIONES MÉDICAS NACIONALES

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, Octubre 2011 y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

Las asociaciones médicas nacionales han sido establecidas para ser representantes de sus médicos y negociar en su nombre, a veces como un sindicato u organismo regulador, pero también como asociación profesional que representa la experiencia y conocimientos de los médicos en relación con las materias de salud pública y bienestar.

Representan las opiniones de la profesión médica, incluido el intento de asegurar la práctica de medicina ética, la prestación de atención médica de calidad y la adherencia a los altos estándares por todos los médicos.

Estas asociaciones también pueden hacer campaña o abogar a nombre de sus miembros, con frecuencia en salud pública. Dicha defensa no siempre es apreciada por los gobiernos que pueden considerar que la defensa conlleva una oposición política, cuando en realidad está basada en el entendimiento de la evidencia médica y las necesidades de los pacientes y las poblaciones.

La AMM es consciente de que debido a estos esfuerzos de defensa algunos gobiernos intentan silenciar a la asociación médica al poner a sus propios representantes en puestos de autoridad para vehicular un mensaje que puedan tolerar mejor.

La AMM denuncia esta acción y exige que ningún gobierno interfiera en el funcionamiento independiente de las asociaciones médicas nacionales. Insta a los gobiernos a entender mejor las razones del trabajo de su asociación médica nacional, considerar la evidencia médica y trabajar con médicos para mejorar la salud y bienestar de sus poblaciones.

# RESOLUCION DE LA AMM
# SOBRE
# EL ENVOLTORIO NEUTRO DE LOS CIGARRILLOS

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012
y reafirmada con una revisión menor por la 217ª sesión del Consejo de la AMM (en línea),
Seúl, Corea del Sur, Abril 2021

La AMM reafirma su Resolución sobre la Implementación del convenio marco de la OMS para el control del tabaco y enfatiza la importancia de este mecanismo global para proteger a la gente de la exposición y la adicción al tabaco y sus productos, como la nicotina.

La AMM también reafirma su declaración sobre cigarrillos electrónicos y la recomendación de que estos productos sean sometidos a la aprobación reguladora local y estén consagrados en las leyes sobre ambientes libre de humo.

La AMM reconoce que:

- Los cigarrillos son una grave amenaza para la vida y la salud de las personas que los consumen y representan un costo considerable para los servicios de salud de cada país.
- La mayoría de los fumadores comienzan a fumar cuando son adolescentes.
- Existe una creciente evidencia de que el consumo de cigarrillos electrónicos anticipa el inicio del consumo de productos de tabaco tradicional en los jóvenes o no fumadores, además de los riesgos adicionales para la salud por el uso de cigarrillos electrónicos.
- Existe un vínculo demostrado entre el reconocimiento de la marca y la probabilidad de comenzar a fumar.
- El reconocimiento de la marca está asociado fuertemente al envoltorio de los cigarrillos.
- El envoltorio neutro disminuye el impacto de la marca, la promoción y la comercialización de los cigarrillos.

La AMM insta firmemente a los gobiernos nacionales a apoyar la introducción del iniciativas que eviten el reconocimiento de la marca, incluido el envoltorio neutro de los cigarrillos, otros productos con tabaco, y cigarrillos electrónicos y deplora las estrategias de la industria tabacalera para oponerse a la adopción y la implementación de dicha política.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM PARA REAFIRMAR LA PROHIBICIÓN DEL MÉDICO A PARTICIPAR EN LA PENA DE MUERTE

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

Existe un acuerdo universal en el que los médicos no deben participar en ejecuciones porque dicha participación es incompatible con el papel del médico como sanador. El uso de los conocimientos y experiencia clínica del médico para otros objetivos que no sean la promoción de la salud y el bienestar afecta la fundación ética básica de la medicina: ante todo, no causar daño.

La Declaración de Ginebra de la AMM estipula: "Velaré con el máximo respeto por la vida humana y no emplearé mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza".

Como ciudadanos, los médicos tienen derecho a tener opiniones sobre la pena de muerte, basadas en sus creencias morales individuales. Como miembros de la profesión médica, deben mantener la prohibición de participar en la pena de muerte.

Por lo tanto, se resuelve que:

- Los médicos no facilitarán la importación o prescripción de medicamentos para ejecuciones,
- La AMM reafirma que "es contrario a la ética que los médicos participen en la pena de muerte, de cualquier manera, o durante cualquier etapa del proceso de ejecución, incluida su planificación, y en la instrucción o formación de personas para realizar las ejecuciones" y
- La AMM reafirma que los médicos "mantendrán el máximo respeto por la vida humana y no emplearán sus conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza".

# RESOLUCION DE LA AMM
# EN APOYO AL
# PROFESOR CYRIL KARABUS

Adoptada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012

La AMM acoge con beneplácito la libertad bajo fianza concedida el 11 de octubre al hematólogo pediatra sudafricano Prof. Cyril Karabus, jubilado de 78 años, como un paso positivo dada su preocupante condición de salud. El Dr. Karabus ha estado detenido en una prisión de Abu Dhabi, EAU desde el 18 de agosto de 2012. Fue detenido en Dubai, mientras estaba en tránsito para Sudáfrica, por supuestos cargos después de trabajar por un breve período en los Emiratos Arabes Unidos en 2002. Sufre de una enfermedad cardiaca.

El Prof. Karabus no fue informado de los cargos en su contra ni del juicio que se realizó en su ausencia por la lamentable muerte de un niño con leucemia aguda que fue atendido por él durante su estada en los EAU en 2002. Su abogado defensor no ha podido tener acceso a ningún documento o archivo relativo al caso que pueda ayudar a asegurar una justa defensa.

Por lo tanto,

La Asamblea General de la AMM hace un llamado urgente a las autoridades de los Emiratos Arabes Unidos para asegurar que el Prof. Karabus:

- tenga la garantía de un juicio justo conforme a las normas internacionales
- tenga acceso a los documentos o información pertinentes que necesite para preparar su defensa.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PENALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Adoptada como resolución del Consejo por la 194ª Sesión del Consejo de la AMM, Bali, Abril 2013
adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013
y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

## INTRODUCCIÓN

Los médicos que cometen un delito que no es parte de la atención del paciente deben recibir sanciones como cualquier otro miembro de la sociedad. Los abusos graves de la práctica médica deben ser sancionados, por lo general a través de procesos reguladores profesionales.

Los gobiernos realizan varios intentos de controlar la práctica de los médicos a niveles local, regional y nacional en el mundo. Los médicos han constatado intentos de:

- Impedir los procedimientos médicos indicados
- Imponer procedimientos médicos no indicados e
- Imponer ciertas prácticas de prescripción de medicamentos

Sanciones penales han sido impuestas a los médicos por diversos aspectos de la práctica médica, incluidos los errores médicos, a pesar de la disponibilidad de reparaciones no penales. La penalización de las decisiones médicas va en perjuicio de los pacientes.

En tiempos de guerra y conflictos civiles, también se ha intentado penalizar la atención médica compasiva prestada a los heridos en dichos conflictos.

## RECOMENDACIONES

Por lo tanto, la AMM recomienda que sus miembros:

1. Se opongan a las intrusiones de los gobiernos en la práctica de la medicina y en la toma de decisiones médicas, incluida la capacidad del gobierno de definir la práctica médica a través de sanciones penales.

2. Se opongan a penalizar la opinión médica.

3. Se opongan a la penalización de las decisiones de salud, incluida la discrepancia del

médico de las directivas y normas.

4. Se opongan a la penalización de la atención médica prestada a pacientes heridos en conflictos civiles.

5. Implementen medidas para alertar a líderes de opinión, directivos elegidos y medios de comunicación sobre los efectos perjudiciales para la salud que derivan de la penalización de las decisiones de salud.

6. Apoyen los principios establecidos en la Declaración de Madrid sobre Autonomía y Autorregulación Profesional

7. Apoyen las normas establecidas en las Regulaciones en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA SITUACIÓN DE SALUD EN SIRIA

Adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013
y reafirmada con revisiones menores por la 215ª sesión del Consejo (en línea), Córdoba, España, Octubre de 2020

## INTRODUCCIÓN

Durante las guerras y los conflictos armados, hospitales y otros establecimientos médicos a menudo han sido atacados y mal utilizados y los pacientes y personal médico ha sido asesinado o herido. Estos ataques constituyen una violación de las Convenciones de Ginebra (1949), los protocolos adicionales de las Convenciones de Ginebra (1977) y las políticas de la AMM, en particular la Declaración de la AMM sobre Protección e Integridad del Personal Médico en Conflictos Armados y otras Situaciones de Violencia (Montevideo 2011) y también las Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflictos Armados y otras Situaciones de Violencia (Bangkok 2012).

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha sido activa al condenar los ataques documentados al personal médico y las instalaciones en los conflictos armados, incluidas las guerras civiles. Las convenciones de Ginebra y sus protocolos adicionales están diseñados para proteger al personal médico, los establecimientos médicos y sus pacientes en conflictos médicos internacionales y no internacionales. Las partes de ambos lados del conflicto tienen deberes legales y morales de no interferir en la atención médica para los heridos o enfermos combatientes y civiles y no atacar, amenazar o impedir las funciones médicas. Los médicos y otro personal de salud debe actuar y ser considerado neutro y no debe impedírsele que cumpla con su deber.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM reitera la Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de la ONU, adoptada en 2016 que condena los ataques y amenazas al personal médico y las instalaciones médicas en situaciones de conflicto y exige terminar con la impunidad de los responsables.

2. La AMM llama a todas las partes en el conflicto sirio a garantizar la seguridad del personal de salud y sus pacientes, al igual que los establecimientos médicos y el transporte y respetar la obligación ética del personal de la salud de tratar a todos los pacientes, sin considerar quienes son, conforme con los Principios Eticos de la Atención Médica en Tiempos de Conflicto Armado y otras Emergencias, respaldados por las organizaciones de salud civiles y militares en 2015.

3. La AMM llama a sus miembros a contactar sus gobiernos a fin de facilitar la cooperación internacional con las Naciones unidas, la Unión Europea u otros organismos internacionales con el objetivo de garantizar una prestación segura de atención médica al pueblo sirio.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PROHIBICIÓN DE LAS ARMAS QUÍMICAS

Adoptada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013
y reafirmada con revisiones menores por la 215ª sesión del Consejo (en línea), Córdoba, España, octubre de 2020

## INTRODUCCIÓN

Durante siglos se ha reconocido que ciertos agentes químicos pueden afectar la conciencia u otros factores que tienen una influencia en la capacidad de una persona de participar en combate, en especial durante guerras. Más recientemente, algunos agentes han sido utilizados para incapacitar temporalmente a manifestantes en disturbios civiles, manifestaciones o desórdenes. En la guerra, estos agentes han tenido históricamente una importante morbilidad y mortalidad y han incluido gases nerviosos y otros relacionados.

A pesar de una amplia condena, estas armas fueron muy utilizadas a principios del siglo 20. Un movimiento mundial para proscribir el uso de dichas armas llevó a la elaboración de la Convención sobre Armas Químicas (CWC) que entró en vigencia en 1997 y fue abierta para firmas en 1993. A octubre de 2020 sólo tres países no han ratificado o accedido a la CWC.

La producción, almacenamiento y uso de armas químicas están prohibidos. No obstante, estas armas han sido utilizadas por fuerzas de Estado y actores no estatales en varios países. Por su naturaleza, estas armas son indiscriminadas. Su uso ha producido muertes, lesiones y sufrimiento humano en dichos países.

Los agentes químicos utilizados por la policía, incluidos los militares que actúan como policías, están permitidos por la CWC. Se mantienen importantes conversaciones internacionales sobre la definición de estos agentes y las situaciones en que se pueden usar. Cabe observar que la CWC parece suponer que estos agentes no son letales, pero el uso de cualquier agente podría tener consecuencias fatales. Los que los utilizan o autorizan su uso deben asegurarse que no sean utilizados de manera que impliquen riesgo de muerte o graves lesiones para las personas elegidas como objetivo.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM constata que la creación, producción, almacenamiento y empleo de armas químicas están prohibidos por la CWC y que el uso de estas armas es considerado por algunos como un crimen de lesa humanidad, sin considerar si las poblaciones como objetivos son civiles o militares.

2. La AMM insta a todas las partes pertinentes a realizar esfuerzos activos a fin de

respetar la prohibición de la CWC de crear, producir, almacenar y emplear armas químicas.

3. La AMM insta al apoyo de todos los Estados parte de la CWC para destruir de manera segura todas las armas químicas almacenadas.

4. La AMM pide medidas independientes eficientes de responsabilidad y presentar a la justicia a los responsables de la utilización de armas químicas.

5. La AMM insta a los Estados que utilizan agentes químicos en el control de disturbios y situaciones relacionadas a considerar cuidadosamente y reducir al mínimo los riesgos y, cuando sea posible, evitar dicho uso. Toda utilización debe incluir los procedimientos necesarios para disminuir el riesgo de muerte o lesiones graves. No deben ser utilizados de manera que aumenten deliberadamente el riesgo de lesión, daño o muerte para sus objetivos.

6. Al reafirmar su Declaración sobre la Protección y la integridad del personal médico en situaciones de violencia y su Declaración sobre la Protección del personal de salud en situaciones de violencia, la AMM enfatiza el grave riesgo de exponer a los profesionales de la salud a productos químicos cuando cumplen con sus deberes médicos de prestar primeros auxilios a heridos en un contexto de disturbios.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS NORMAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Adoptada como resolución del Consejo por la 194ª Sesión del Consejo de la AMM, Bali, Abril 2013
adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013
y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

La seguridad del paciente y la calidad de la atención son centrales para la práctica médica. Para los pacientes, un alto nivel de rendimiento puede ser una cuestión de vida o muerte. Por lo tanto, la orientación y las normas en atención médica deben estar basadas en evidencia médica sólida y tienen que tomar en cuenta las consideraciones éticas.

En la actualidad, se pueden observar tendencias en la Unión Europea para introducir normas en la atención médica y clínica, elaboradas por organismos de normas industriales no médicos que no cuentan con las competencias médicas y éticas profesionales necesarias ni tampoco con un mandato público.

La AMM está muy preocupada por estas tendencias que es muy probable que disminuyan la calidad de la atención ofrecida y hace un llamamiento a los gobiernos y otras instituciones a no dejar que organismos no médicos auto seleccionados impongan las normas para la atención médica.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# EN
# APOYO A LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE BRASIL

Adoptada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013

Existen informes verosímiles que afirman que el programa "mais médicos" del Gobierno brasileño para crear más escuelas de medicina, extender la duración del curso médico, poner obligadamente a trabajar en los servicios públicos a estudiantes de medicina de los últimos años, atraer a médicos extranjeros para que trabajen en regiones apartadas del país y en los suburbios pobres de las ciudades, fue propuesto sin la consulta apropiada con la comunidad médica y las escuelas de medicina. Esto se origina de un diagnóstico equivocado de las causas de la insuficiente atención médica a la población de Brasil. El programa propuesto pasa a llevar a los sistemas establecidos para verificar las credenciales de los médicos, sus competencias médicas y conocimientos del idioma para proteger a los pacientes.

La Asociación Médica Mundial está preocupada porque los pacientes corren riesgos debido a una licencia médica no regulada, competencias médicas inadecuadas y posibles malentendidos en la comunicación con pacientes y con las instrucciones de los medicamentos.

Por lo tanto, la AMM:

Condena toda política y práctica que altere las normas aceptadas de credenciales médicas y atención médica.

Llama al Gobierno brasileño a trabajar con la comunidad médica y las escuelas de medicina en todas las materias relacionadas con la educación médica, certificación de médicos y práctica de la medicina y a respetar la función de la Asociación Médica de Brasil en representación de los médicos y la población brasileña.

Insta, como asunto de la más alta preocupación, a que el Gobierno de Brasil respete el Código Internacional de Etica Médica de la AMM que regula la práctica médica de los médicos en el mundo.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA ENFERMEDAD VIRAL DEL EBOLA

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

## ANTECEDENTES

Varias enfermedades virales han causado emergencias ocasionales de salud en regiones de Africa, con epidemias locales o más generalizadas. Estas incluyen las fiebres de Lassa y Marburgo y la enfermedad viral del ébola (EVD). El brote de 2013~14 de la EVD en Africa occidental ha sido más difícil de controlar que las epidemias anteriores y ahora está presente en Sierra Leona, Liberia y Guinea con más de 2.000 muertes. Esta epidemia parece tener una mortalidad de aproximadamente 55% en comparación a 50~95% para la EVD.

Después de la infección, los pacientes no tienen síntomas durante un período de entre 2 y 21 días y durante este período los tests para el virus son negativos y los pacientes no son infecciosos, lo que no representa un riesgo de salud pública. Una vez que el paciente tiene síntomas, la EVD se contagia a través del contacto con fluidos del cuerpo, incluida la sangre. Los síntomas incluyen diarrea, vómitos y sangrado, todos estos fluidos son potencialmente fuentes de infección.

La gestión es principalmente por el control de la infección, el uso de equipamiento protector personal (PPE) de parte del personal de salud y los que eliminan los fluidos corporales y cuerpos y la atención para los pacientes enfermos, incluido el uso de fluidos intravenosos y agentes inotrópicos. El seguimiento de los contactos también es importante, pero puede ser difícil en muchas de las comunidades afectadas en la actualidad. Se preparan vacunas y algunos fármacos antivirales, pero no estarán disponibles antes de cierto tiempo y solo si se prueba su eficacia.

El personal que atiende a pacientes en las comunidades afectadas denuncia una escasez de recursos, incluido el personal de salud y los PPE, como también la poca formación en control de infecciones que tiene el personal y otras personas en riesgo hacen que el control de la epidemia sea difícil.

Algunos gobiernos han manifestado que construirán nuevos centros de atención en las áreas afectadas como medida de emergencia, mientras otros proporcionan directamente equipamiento de protección personal y otros suministros.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM felicita a los países que han comprometido recursos para la creación urgente de nuevos tratamientos y centros de aislamiento en los países y regiones más afec-

tados. La AMM insta a todas las naciones a comprometer más ayuda para combatir la epidemia de EVD.

2. La AMM pide a la comunidad internacional, a través de las Naciones Unidas y sus organismos y organismos de ayuda, proporcionar inmediatamente los equipamientos PPE para proteger al personal de salud y personal auxiliar y reducir el riesgo de infección cruzada. Esto debe incluir la cantidad adecuada de guantes, máscaras y batas, la distribución debe incluir los centros de atención en todos los niveles.

3. La AMM pide a los encargados de la gestión de la epidemia, incluidos los gobiernos locales y nacionales y organizaciones como la OMS, asegurar la formación adecuada en medidas para controlar la infección, incluido el PPE, para todo el personal que puede estar en contacto con substancias infecciosas.

4. La AMM rinde homenaje a los que trabajan en estas circunstancias excepcionales y recomienda encarecidamente que los gobiernos nacionales y los organismos internacionales ofrezcan a las partes interesadas formación y ayuda para disminuir los riesgos que enfrentan al atender a pacientes y tratar de controlar la epidemia.

5. La AMM pide a los gobiernos nacionales y locales que aumenten la comunicación a la opinión pública sobre las prácticas básicas para controlar la infección.

6. La AMM pide a la OMS que facilite la investigación sobre la mejor eficacia y rapidez para las intervenciones internacionales, de manera que la planificación y la respuesta a futuras emergencias sanitarias sean mejores.

7. La AMM insta encarecidamente a todos los países, en especial a los que todavía no están afectados, a informar al personal de salud sobre la definición del caso actual, además de reforzar las metodologías de control de infecciones y el rastreo de los contactos, a fin de evitar el contagio en sus países.

8. La AMM pide a todas las AMNs que contacten a sus gobiernos nacionales para que sigan las recomendaciones de este documento.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES EN QATAR

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014 y reafirmada por la 217ª Sesión del Consejo de la AMM, Seúl (en línea), Corea del Sur, Abril 2021

## INTRODUCCIÓN

Informes fiables indican que los trabajadores migrante en Qatar sufren explotación y violación de sus derechos. Las necesidades básicas de los trabajadores, como acceso a suficiente agua y alimentos, no son satisfechas. Menos de la mitad de los trabajadores tienen acceso a la salud. Cientos de trabajadores ya han muerto en los sitios de construcción desde 2010, cuando el país se prepara a recibir el Mundial de Fútbol de la FIFA1 en 2022. Los trabajadores no tienen la libertad de irse cuando ven que la situación es desesperada o que su salud corre peligro, ya que sus pasaportes han sido confiscados.

A pesar de las peticiones de organizaciones internacionales de trabajo y derechos humanos, como la ITUC (Confederación Sindical Internacional) y Amnistía Internacional, la respuesta del Gobierno de Qatar para solucionar la situación no ha sido adecuada. La FIFA ha sido ineficiente y no ha asumido toda la responsabilidad para facilitar mejoramientos en las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores.

La Asociación Médica Mundial recuerda que la salud es un derecho humano que debe ser protegido en toda situación.

La Asociación Médica Mundial está preocupada porque los trabajadores migrantes están en constante riesgo en los sitios de construcción en Qatar y su derecho a libertad de movimiento y derecho a la salud y condiciones de trabajo no son respetados.

## RECOMENDACIONES

1. La AMM insta al Gobierno de Qatar y a las empresas constructoras a asegurar la salud y seguridad de los trabajadores migrantes.

2. La AMM exige a la FIFA, como organización responsable del Mundial de Fútbol, que tome medidas inmediatas para cambiar la sede del Mundial a la brevedad posible.

3. La AMM insta a sus miembros a contactar a sus gobiernos a fin de facilitar la cooperación internacional con el objetivo de que la salud y seguridad de los trabajadores migrantes en Qatar esté asegurada.

[1] Fédération Internationale de Football Association

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LAS TERAPIAS NO PROBADAS Y EL VIRUS DEL EBOLA

Adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, Octubre 2014

En el caso del virus ébola, la AMM apoya con firmeza la intención del párrafo 37 de la revisión hecha en 2013 de la Declaración de Helsinki que estipula lo siguiente:

"Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo a un experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público".

# RESOLUCIÓN DE LA AMM PARA DETENER LOS ATAQUES AL PERSONAL DE SALUD Y SUS INSTALACIONES EN TURQUÍA

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

## INTRODUCCIÓN

Los medios de comunicación informan que en los dos últimos meses de conflicto en Turquía se ha asesinado, herido o amenazado con armas al personal de salud. Algunos médicos han sido expulsados de ambulancias y golpeados. Las fuerzas de seguridad han impedido el acceso a heridos y las ambulancias y las instalaciones de salud han recibido ataques. Un estudio acabado realizado por la Asociación Médica de Turquía confirma estos hechos.

Se ha indicado que los ataques al personal de salud y la obstrucción de la prestación de servicios son utilizados como instrumento político deliberado para intimidar a las personas y privarlas de sus derechos democráticos.

Las partes en el conflicto armado tienen la obligación de proteger la prestación de atención médica a los heridos y enfermos, como también evitar el ataque o amenazas a las actividades médicas, personal de salud y sus instalaciones. Los médicos y otro personal de salud no deben ser impedidos de cumplir con sus deberes. Estos ataques constituyen una violación flagrante del derecho internacional sobre derechos humanos, en particular el derecho inherente a la vida que debe ser protegido por ley y el derecho al goce al más alto nivel de salud posible[1].

Los ataques afectan gravemente los principios fundamentales de la ética médica, en especial el Código Internacional de Etica Médica de la AMM y los Principios Eticos de Atención Médica en Tiempos de Conflicto Armado y otras Emergencias, ratificados por las organizaciones de salud[2], civiles y militares que estipulan que "el personal de salud y las instalaciones y transporte médicas, militares o civiles, deben ser respetadas por todos. Están protegidos mientras cumplen con sus deberes y se les debe proporcionar el entorno de trabajo más seguro possible". (Artículo 10).

## RECOMENDACIONES

La AMM insta a todas las partes a:

1. Detener los ataques al personal de salud y los pacientes, instalaciones de salud y ambulancias y garantizar su seguridad.

2. Respetar la autonomía profesional y la imparcialidad del personal de salud.
3. Cumplir cabalmente con la legislación internacional sobre derechos humanos y otros reglamentos internacionales pertinentes a los que Turquía ha adherido.
4. Documentar y registrar todas las violaciones y enjuiciar debidamente a los responsables.

[1] International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, article 12 – December 1966

[2] Adopted by the ICRC, the WMA, the International Committee of Military Medicine (ICMM), the International Council of Nurses (ICN) and the International Pharmaceutical Federation (FIP) – June 2015

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EL BOMBARDEO DEL HOSPITAL DE MSF EN KUNDUZ

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

Tras los sucesos ocurridos el 3 de octubre en Kunduz (Afganistán), la AMM:

- Extiende sus más profundas condolencias a las familias, colegas y amigos de los médicos, trabajadores sanitarios y pacientes muertos en el bombardeo.
- Lamenta y condena profundamente el bombardeo del Hospital de Médicos Sin Fronteras, por considerarlo una violación de los derechos humanos.
- Reafirma sus posicionamientos sobre "Salud en peligro" y pide a todos los países respetar al personal de salud que trabaja en situaciones de conflicto.
- Exige una investigación inmediata sobre el ataque por un organismo independiente, así como la asunción de las responsabilidades correspondientes.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA CRISIS GLOBAL DE REFUGIADOS

Adoptada por la 66ª Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, Octubre 2015

La AMM reconoce que el movimiento masivo de personas a menudo sigue a las catástrofes que se derivan de un conflicto armado o fenómenos naturales cuando las poblaciones buscan escapar del peligro y las privaciones. El movimiento de masas actual de las poblaciónes, para escapar de los efectos de los conflictos armados, incluidos los bombardeos, la falta de acceso a servicios públicos, agua potable, la destrucción de viviendas, escuelas y hospitales, ha sido numéricamente mayor que cualquier movimiento de masas de población en más de 70 años.

Aunque la AMM reconoce que los países pueden tener preocupaciones sobre su capacidad para absorber un número significativo de nuevos inmigrantes, reconocemos que las personas que huyen de la guerra, o fenómenos naturales, lo hacen porque están desesperadas y con frecuencia se enfrentan a enfermedades potencialmente mortales. Tienen miedo por su salud, seguridad y bienestar y la de los familiares que los acompañan.

La mayoría de los países han firmado tratados internacionales dándoles obligaciones vinculantes para ofrecer ayuda y asistencia a los refugiados y solicitantes de asilo. La AMM considera que, cuando hay eventos, incluyendo eventos en curso, como los conflictos que generan las crisis de refugiados, los gobiernos deben aumentar sus esfuerzos para proporcionar asistencia a los necesitados.

Esto debe incluir garantizar el paso seguro de los refugiados y el apoyo adecuado después de entrar en países que ofrecen refugio. Reconociendo que la catástrofe de la que han huido, y las vicisitudes del viaje, pueden haber dado lugar a problemas de salud, es esencial que los países de acogida establezcan sistemas para proporcionar atención médica a los refugiados.

Los gobiernos deben tratar de asegurar que los refugiados y solicitantes de asilo sean capaces de vivir con dignidad dentro de su país de refugio y hacer todos los esfuerzos para permitir su integración en la nueva sociedad. La comunidad internacional debe tratar de obtener una solución pacífica en Siria en las que la población pueda o bien permanecer en su país con seguridad o, si ya se han ido, regresar a salvo a casa.

La AMM reconoce que el movimiento masivo de la población causa estrés significativo en las poblaciones existentes de los países y también en aquellos que se convierten en refugiados. Creemos que los gobiernos y los organismos internacionales como las Naciones Unidas deben hacer más esfuerzos concertados para reducir las presiones que conducen a tales movimientos, incluido el rápido alivio después de los fenómenos naturales, y hacer más esfuerzos para evitar o poner fin a los conflictos armados. El restablecimiento de la seguridad de los alimentos, agua, vivienda, saneamiento, educación

y salud, y la mejora de la seguridad pública, deberían tener un impacto significativo y reducir el número de refugiados.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PROTECCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y EL PERSONAL DE SALUD EN SIRIA

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

La Asociación Médica Mundial (AMM) observa con gran preocupación los recientes y repetidos ataques a los establecimientos de salud, personal de salud y pacientes en Siria, especialmente en Aleppo. Estos ataques han matado y heridos a civiles y los más vulnerables entre ellos, niños y pacientes. Desde el comienzo de la Guerra en Siria en 2011, se estima que 270 establecimientos de salud han sido atacados y 760 personal de salud han sido asesinadas. La AMM está muy preocupada por esto, ya que los establecimientos y el personal de salud, conforme al derecho internacional, deben ser protegidos por las partes del conflicto.

**Por lo tanto, la AMM:**

- Lamenta profundamente y condena los recientes y constantes bombardeos a los hospitales en Aleppo y los considera una violación a los derechos humanos.
- Reafirma sus declaraciones sobre "Salud en Peligro" y exige que todos los países garanticen la seguridad del personal de salud y los pacientes en situaciones de conflicto.
- Llama a todos los países a implementar plenamente la Resolución 2286 de la ONU (2016) que exige a todas las partes de conflictos armados cumplir totalmente con sus obligaciones del derecho internacional, asegurar el respeto y la protección de todo el personal médico y humanitario que trabaja de manera exclusiva en las tareas médicas, de sus medios de transporte y equipos, como también hospitales y otros establecimientos de salud.
- Exige una investigación inmediata e imparcial de los ataques contra los establecimientos y el personal de salud y que se tomen medidas con los responsables, conforme a la legislación nacional e internacional.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA SALUD Y SEGURIDAD LABORAL Y AMBIENTAL

Adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCION

La salud y la seguridad laboral y ambiental (SSLA) son parte integral de la salud pública y del sistema de atención primaria (SAP) en particular, ya que a menudo constituye el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud nacional, para llevar la salud lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas.[1]

Los trabajadores representan al menos la mitad de la población mundial y son la columna vertebral de muchas economías, pero pueden tener un acceso inadecuado a los servicios de salud laboral y ambiental.[2] Un trabajo decente resume las aspiraciones de las personas durante su vida activa. Incluye oportunidades de un trabajo productivo y proporciona un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que las personas expresen sus preocupaciones, organizar y participar en las decisiones que afectan sus vidas e igualdad de oportunidades y trato para todas las mujeres y los hombres (OIT).

Cada 15 segundos muere un trabajador por accidente de trabajo o enfermedad laboral[3] y cada año hay 160 millones de casos de enfermedades del trabajo, 313 millones de accidentes laborales y más de 2,3 millones de personas mueren por accidentes y enfermedades laborales.[4]

A pesar de esto, la proporción de accidentes de trabajo y enfermedades laborales que son registradas e informadas es increíblemente muy baja. Se estima que menos del 1% de las enfermedades laborales son registradas.[5]

Los Objetivos de Desarrollo Sustentable del Programa de Desarrollo de la ONU 3, 5, 8 y 13 piden medidas para la promoción de la salud para todas las personas de toda edad, igualdad de género, trabajo decente y manejo del impacto del cambio climático, la SSLA está bien posicionada para impactar de manera positiva en el lugar de trabajo sobre todos los objetivos antes mencionados.

Los médicos tienen un papel muy importante en la prevención y protección, diagnóstico, tratamiento e información de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales. La información, conocimientos y funciones de los médicos son la base de los modelos de servicio que varían según los países y constituyen elementos clave para abordar la SSLA. Además, los médicos deben luchar por una vida laboral inclusiva, de manera que incluso

los empleados con discapacidad tengan oportunidad de mantenerse integrados en una vida laboral decente.

A pesar de que muchos gobiernos y organizaciones de empleadores y trabajadores ponen un mayor énfasis en la prevención de las enfermedades laborales, la prevención no recibe la prioridad que merece por el alcance y la gravedad de la epidemia de las enfermedades laborales.

Los médicos y las asociaciones médicas nacionales pueden contribuir a la identificación de los problemas, la creación de sistemas nacionales de información y formulación de las políticas pertinentes en el campo de la SSLA.

Las condiciones de trabajo insatisfactorias e inseguras son la causa principal en el desarrollo de enfermedades laborales y accidentes de trabajo que son, a su vez, causa de mortalidad en los trabajadores. Las mujeres soportan las consecuencias de la carga de trabajo, lo que las hace un grupo más vulnerable en la vida laboral.

**RECOMENDACIONES**

1. Los médicos deben tener un papel fundamental en la creación de una fuerza de trabajo que esté formada en los determinantes sociales de la salud y deben crear conciencia en el lugar de trabajo sobre estos determinantes.

2. Se debe dar a la SSLA la importancia necesaria en los estudios de medicina de pre y postgrado.

3. Todos los trabajadores deben tener acceso a los servicios de la SSL en base a los riesgos desde el primer día de trabajo y más allá del ultimo día de trabajo para justificar las enfermedades laborales que tienen un largo período de latencia. Los contenidos de los servicios deben estandarizarse y la función de los médicos en la planificación y la implementación de los sistemas de la SSLA, que son esencialmente preventivos/protectores, debe ser reconocida.

4. Las asociaciones médicas nacionales deben actuar de manera proactiva y promover la expansión del alcance de los servicios de la SSLA, evitar y disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales y proteger el medio ambiente. También deben promover la igualdad de género en el lugar de trabajo y mejorar los sistemas de registro e información. Además, deben centrarse en la generación de capacidades, enseñanza y formación, investigación colaborativa y el mejoramiento de las cualificaciones de sus miembros en este campo.

5. Las asociaciones médicas nacionales, junto con los gobiernos, deben tener un papel activo, cuando corresponda, en la formulación y creación de un sistema nacional que facilite la prevención de la SSLA y de registro e información de las enfermedades laborales en sus respectivos países y guiar a sus miembros en los esfuerzos a realizar en este campo.

6. Los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales a menudo son abordados en el contexto de seguros y compensaciones. Cuando estos mecanismos no existan,

las asociaciones médicas nacionales deben abogar por la protección de los trabajadores a través de seguros o seguridad social.

7. Las AMNs deben establecer "víctimas médicas" en el contexto de informar los accidentes y las enfermedades, dar a conocer a la opinión pública que los impactos en salud de los peligros y los factores de riesgos inherentes a la vida laboral pueden establecerse y registrarse sólo a través de un sistema de información bien estructurado.

8. Como parte de la atención médica, el médico que examina a pacientes de compensación de trabajadores debe estar acreditado en medicina laboral y ambiental. El primer contacto puede ser con el médico regular del paciente que debe obtener de manera sistemática el historial de la exposición laboral y ambiental del paciente. Si el médico establece una relación entre el diagnóstico y estas exposiciones, debe informarlo a las autoridades pertinentes e idealmente derivar al paciente al médico acreditado en medicina laboral y ambiental para su examen.

9. Las asociaciones médicas nacionales deben considerar crear organismos internos para tratar los problemas de los médicos que trabajan en esta área e instarlos a contribuir a estudios científicos relacionados.

10. Las asociaciones médicas nacionales deben promover oportunidades para que los médicos se beneficien en sus prácticas profesionales diarias de los sistemas que identifiquen los riesgos y peligros ambientales/laborales que tienen un impacto en la salud y seguridad de los trabajadores, incluidas las embarazadas. En este contexto, además de las listas de la OMS de clasificación internacional de enfermedades y de la OIT, deben promover un sistema de fácil uso para "explorar, registrar e informar los riesgos y factores ambientales" que los médicos puedan utilizar sin dificultad.

11. Los gobiernos deben colaborar en establecer un sistema internacional para evaluar los peligros laborales y elaborar estrategias que protejan la salud de los trabajadores.

12. Los gobiernos deben establecer marcos legislativos que protejan los derechos y la salud de los trabajadores, incluida la salud reproductiva y los efectos que tiene para la salud el trabajo en casa.

13. La participación activa de las organizaciones de empleadores y trabajadores es esencial para la formulación de políticas y programas nacionales de prevención de las enfermedades laborales.

14. Los empleadores deben proporcionar un ambiente de trabajo seguro, reconocer y considerar el impacto de las condiciones de trabajo adversas para las personas y la sociedad.

15. En el marco de los servicios prestados a un empleador, los médicos deben intervenir para que los empleadores cumplan con los requisitos mínimos establecidos en las normas laborales internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en especial cuando estos requisitos no figuren en

la legislación nacional. Los médicos deben mantener su autonomía e independencia frente al empleador.

[1] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

[2] World Health Organization. Workers' health: Global plan of action. WHA 60.26

[3] International Labour Organization [internet]. Safety and health at work. ILO; [updated 2016; cited 2016 January 19]. Available from: http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang–en/index.htm

[4] Safety and health at work, ILO The Prevention of Occupational Diseases. World Day for safety and health at work 28 April 2013

[5] The Prevention of Occupational Diseases. World Day for safety and health at work 28 April 2013

National System for Recording and Notification of Occupational Diseases Practical guide

International Statistical Classification Of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) In Occupational Health. World Health Organization Geneva 1999

Improving Workers' Health Worldwide: Implementing the WHO Global Plan of Action on Workers' Health. GOHNET NEWSLETTER NO. 22. November 2013 Edition

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LOS REFUGIADOS Y LOS MIGRANTES

Adoptada en la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Abril 2016 como la resolución de consejo
y adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

## INTRODUCCION

En la actualidad, un gran número de personas busca de refugio o asilo, algunos huyen de las zonas de guerra u otros conflictos, otros huyen desesperados de la pobreza, la violencia y las injusticias y abusos, con potenciales efectos muy perjudiciales para la salud mental y física.

La comunidad mundial está mal preparada para enfrentar la crisis de refugiados, incluidas las necesidades de las personas que buscan refugio.

La AMM reconoce que la migración masiva continuará a menos que la gente esté feliz de quedarse en su país de nacimiento, porque ven oportunidades para vivir su vida en relativa paz y seguridad y ofrecerse a sí mismos y sus familias la capacidad para vivir una vida con oportunidades para el cumplimiento de varios tipos, incluido la mejora económica. La comunidad mundial tiene la responsabilidad de tratar de mejorar la situación de todos los pueblos, incluidos la de los países con las economías más pobres en la actualidad y otros factores clave. El desarrollo sostenible dará a todas las poblaciones mejor seguridad y opciones económicas.

La AMM reconoce que la guerra y otros conflictos armados, incluso los enfrentamientos civiles continuos, disturbios y violencia, conducirán inevitablemente al movimiento de personas. Mientras peor sea el conflicto, mayor es el porcentaje de personas que querrán dejar la zona de conflicto. Hay una responsabilidad de la comunidad mundial, los líderes políticos, especialmente, para tratar de apoyar el proceso de paz y la solución de conflictos.

La AMM reconoce y condena el fenómeno de la migración forzada, que es inhumano y debe ser detenido. Estos casos deben ser considerados para remitirlos a la Corte Penal Internacional.

## PRINCIPIOS

1. La AMM reitera la Declaración de la AMM sobre Atención Médica para refugiados adoptada originalmente en Ottawa, Canadá en 1998 que estipula lo siguiente:

   - Los médicos tienen el deber de prestar atención médica apropiada sin considerar el

estado civil o posición política del paciente y los gobiernos no deben negar al paciente el derecho de recibir dicha atención, ni deben intervenir con el deber del médico de cumplir con su obligación de aplicar un tratamiento sólo en base a la necesidad clínica.

- Los médicos no pueden ser obligados a participar en ninguna medida de castigo o judicial hacia los refugiados, incluidos los que piden asilo, los que tienen asilo rechazado, migrantes indocumentados o personas desplazadas internamente, o a aplicar un tratamiento o medida que no esté médicamente justificado, como el uso de calmantes para facilitar una fácil expulsión del país o una reubicación.
- Se debe permitir que los médicos tengan suficiente tiempo y recursos para evaluar la condición física y psicológica de los refugiados que solicitan asilo.
- Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar activamente y promover el derecho de todos a recibir atención médica sólo en base a la necesidad clínica y pronunciarse contra la legislación y prácticas contrarias a este derecho fundamental.

2. La AMM insta a los gobiernos y autoridades locales a asegurar el acceso adecuado a la salud, al igual que a las condiciones de vida seguras y apropiadas para todos independientemente de la situación legal.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA

Adoptada en la 203ª Sesión del Consejo de la AMM, Buenos Aires, Abril 2016
como la resolución de consejo
y adoptada por la 67ª Asamblea General de la AMM, Taipei, Taiwán, Octubre 2016

Reconociendo que la OMS ha designado la infección por el virus Zika una emergencia de salud a nivel mundial, la AMM entrega las siguientes recomendaciones.

- La OMS debe trabajar con la ECDC, CDC y otras organizaciones de control de enfermedades para comprender mejor la historia natural y actual de la epidemiología de la infección por el virus Zika.
- Se debe publicar información ampliamente para aconsejar y proteger a todas las mujeres y hombres que viven o deben viajar a regiones afectadas por el Zika y que consideran ser padres. Los consejos también deben incluir recomendaciones para las mujeres embarazadas que pueden haber estado expuestas directamente al virus Zika o cuyas parejas viven o hayan viajado a las regiones con Zika.
- Los organismos pertinentes, incluida la OMS, deben recopilar información sobre la eficacia de los diferentes métodos de control de mosquitos, con los efectos potencialmente peligrosos o teratogénicos del uso de diversos insecticidas.
- Se debe continuar la investigación sobre pruebas de diagnóstico, antivirales y vacunas, con énfasis en la elaboración de un producto seguro para su uso en embarazadas, se debe asegurar el financiamiento público para esta investigación. Cuando estos productos se fabriquen, los países deben asegurarse que estén disponibles y sean asequibles para las personas en mayor riesgo.
- Los países en que se ha producido el nacimiento de bebés con microcefalia y otras anomalías cerebrales del feto deben asegurarse que se les haga un seguimiento adecuado de parte de los servicios de salud y otros y proporcionen ayuda a las familias que deben hacer frente a un niño con anomalías del desarrollo. Cuando sea posible, la investigación sobre las consecuencias de la microcefalia debe publicarse para informar mejor a los futuros padres y permitir la prestación de un servicio óptimo.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# POLONIA

Adoptada por la 207ª Sesión del Consejo de la AMM, Chicago, Octubre 2017
como la resolución de consejo
y adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos,
Octubre 2017

## ANTECEDENTES

Los médicos en educación especializada en Polonia están protestando contra la insuficiencia de recursos para los servicios de salud, lo que tiene como consecuencia un limitado acceso a la atención médica para la población y salarios muy bajos para los médicos que siguen una formación de especialidad. En la actualidad, el gasto en salud en Polonia es el 6.1% del PIB (el promedio mundial es cerca de 9.8%). Los médicos en educación especializada tienen sueldos mensuales de 510-580 euros después de impuestos y muchos tienen varios trabajos para costear la vivienda y otros gastos diarios.

Durante 8 días varios médicos han estado en huelga de hambre en Varsovia mientras se realizan negociaciones con el Ministro de Salud. Estas negociaciones ahora se han suspendido.

## RESOLUCION

La Asociación Médica Mundial observa con gran preocupación el conflicto entre los médicos en educación especializada y el Gobierno de Polonia, en relación al financiamiento del sector de la salud y los salarios de los médicos jóvenes, muchos de los cuales deben tomar trabajos extras para lograr ganar un sueldo para vivir.

Observamos que algunos de estos médicos están en huelga de hambre desde hace unos días y que también las negociaciones con el Ministro de Salud se han suspendido.

Es esencial lograr una solución antes que estos médicos sufran un daño irreversible o mueran, ya que buscan mejorar las condiciones de trabajo para sus colegas y una mejor base financiera para la atención médica de la población.

Instamos al Primer Ministro a involucrarse y negociar una solución aceptable para proteger las vidas de los médicos en educación especializada, en particular los que están ahora en huelga de hambre, al mismo tiempo de aprovechar la oportunidad de financiar de mejor manera los servicios de salud para toda la población.

Nosotros, médicos de la Asociación Médica Mundial expresamos nuestra solidaridad a los médicos en Polonia.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA PROHIBICIÓN DE LOS EXÁMENES ANALES FORZADOS PARA PROBAR LAS RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS DEL MISMO SEXO

Adoptada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017

## INTRODUCCIÓN

1. La Declaración de Tokio de 1975 de la Asociación Médica Mundial prohíbe estrictamente al personal médico participar en actos de tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante y les pide proteger la confidencialidad de la información médica.

2. Además los "Principios de ética médica sobre la función del personal de salud, en particular los médicos, en la protección de presos y detenidos contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes" de la ONU prohíben al personal de salud "la participación, complicidad, incitación o intento de tortura u otro trato o castigo cruel, inhumano o degradante".

3. Desde 2011, en por lo menos de ocho países, el personal médico ha participado en exámenes anales forzados de hombres y mujeres transgéneros que están acusados de relaciones consentidas entre adultos del mismo sexo.

4. El Relator Especial de la ONU sobre la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano y degradante ha descrito los exámenes anales forzados como una forma de tortura o trato cruel, inhumano y degradante "médicamente infundados".

5. El grupo de expertos forenses independientes, formado por especialistas de medicina forense del mundo, ha determinado que "el examen no tiene ningún valor para detectar anomalías en el tono del esfínter anal que puedan ser atribuidas de forma fiable a relaciones sexuales anales consentidas".

6. La AMM está profundamente consternada por la complicidad del personal médico en estos exámenes no voluntarios y no científicos, incluida la elaboración de informes médicos que son utilizados en juicios para condenar a hombres y mujeres transgéneros por relaciones consentidas entre adultos del mismo sexo.

7. Aunque parte del personal médico sostiene que los acusados dan su "consentimiento" para estos exámenes, la capacidad de las personas en detención de dar su consentimiento libre e informado es limitada, incluso cuando se da el

consentimiento libremente, el personal médico debe abstenerse de realizar actos médicos infundados, discriminatorios y potencialmente incriminatorios.

**RECOMENDACIONES**

Reconociendo que las personas que han sido sometidas a exámenes anales forzados los han descrito como dolorosos, humillantes y equivalentes a una agresión sexual, la AMM:

8. Llama a sus miembros y a otros profesionales de la salud a abstenerse de participar en exámenes anales forzados.
9. Insta a las asociaciones médicas nacionales (AMNs) a publicar comunicados que prohíban a sus miembros la participación en estos exámenes.
10. Insta a las asociaciones médicas nacionales a educar a los médicos y profesionales de la salud sobre la naturaleza inútil y no científica de los exámenes anales forzados y el hecho de que son una forma de tortura o trato cruel, inhumano y degradante.
11. Llama a la Organización Mundial de la Salud a publicar una declaración oficial que condene los exámenes anales forzados para probar la actividad sexual con el mismo sexo porque no tienen fundamento científico y violan la ética médica.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM DEL CONSEJO EN APOYO DEL DR. SERDAR KÜNI

Adoptada en la 206ª Sesión del Consejo de la AMM, Livingstone, Zambia, abril 2017 y reafirmada como Resolución por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, octubre 2020

La Asociación Médica Mundial toma nota con gran preocupación de que el Dr Serdar Küni -Representante de la Human Rights Foundation de Turquía en Cizre y antiguo Presidente de la Cámara médica de Şırnak- sigue aún encarcelado al cabo de seis meses de detención, acusado de haber proporcionado cuidados médicos a supuestos miembros de grupos armados kurdos.

El caso del Dr. Küni constituye un ejemplo más entre muchos otros arrestos, detenciones y despidos de médicos y otros profesionales de la salud, que vienen ocurriendo en Turquía desde julio de 2015, cuando empezaron los disturbios en el sudeste del país.

La AMM condena tales prácticas, que no hacen sino amenazar gravemente la seguridad de los médicos y la prestación de servicios en materia de cuidados sanitarios. La protección de los profesionales de la salud es capital, pues solamente de esta manera pueden cumplir con sus deberes de proporcionar cuidados a todos aquellos que lo necesiten, independientemente de su identidad, afiliación u opinión política.

La AMM recuerda a este respecto las normas de las leyes internacionales sobre los derechos humanos -especialmente la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)- que han sido ratificados por Turquía. Este último Pacto, el de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Artículo 12, 1) garantiza «…el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.» Esto da a entender lograr acceso a la más alta calidad de cuidados médicos, con el respaldo de un sistema sanitario que funcione y de unas condiciones seguras para los profesionales de la sanidad.

La AMM recuerda asimismo las normas del derecho humanitario internacional, como por ejemplo la Resolución del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas S/RES/2286, sobre la Asistencia médica en conflictos armados, que insta a los Estados a que no condenen al personal sanitario por llevar a cabo unas actividades médicas compatibles con la ética médica, o a que no obliguen a dicho personal a tomar medidas que violen estas normas.

Además, la AMM reafirma los principios de la ética médica, incluyendo los Regulaciones de la AMM en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia, así como los Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia, aprobados por el CICR y organizaciones militares y civiles de servicios sanitarios.

La AMM considera que sancionar a un médico por proporcionar cuidados a un paciente constituye una violación flagrante tanto de las normas de los derechos humanitarios y humanos internacionales como de la ética médica. En última instancia infringe el principio de humanidad, consistente en preservar imperativamente la dignidad humana.

Habida cuenta de lo que antecede, y dado que la próxima audiencia del caso del Dr. Kuni tendrá lugar el próximo 24 de abril de 2017 ante la segunda cámara del Tribunal penal especial de Şırnak, la AMM insta a las asociaciones médicas nacionales y a la comunidad internacional de la salud a que se movilicen para conseguir la liberación inmediata del Dr Serdar Küni y el abandono inmediato e incondicional de los cargos que pesan sobre él por el mero hecho de ejercer su profesión.

La AMM le pide asimismo a las asociaciones médicas nacionales y a la comunidad internacional de la salud a que aboguen por:

- El pleno respeto de las obligaciones que ha contraído Turquía en materia de derechos humanitarios y humanos, incluyendo el derecho a la salud, a la libertad de asociación y de expresión y al acceso a un juicio justo, y
- Que se establezca una disposición que remedie e indemnice eficazmente a las víctimas de arrestos y detenciones arbitrarias.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA MIGRACIÓN

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018

En la actualidad estamos viviendo un aumento de la migración en el mundo. Esta situación lejos de resolverse ha empeorado en los últimos meses, agudizándose con los acontecimientos políticos, económicos y sociales, los cuales afecta gravemente a la población, empeorando su calidad de vida, y en algunos casos poniéndolos en peligro de muerte y con ello, violentando el derecho fundamental a la salud y en muchas oportunidades forzándolos a abandonar su país en busca de mejorar sus expectativas de vida.

La migración internacional es un fenómeno global causado por numerosos factores, incluyendo las desigualdades demográficas y económicas entre los países, además de la guerra, el hambre y los desastres medioambientales y que las políticas migratorias que adoptan la mayoría de los países receptores son cada vez más restrictivas para los migrantes económicos.

La AMM entiende que la salud es un recurso básico para la vida, un derecho humano y uno de los motores del desarrollo económico y social y que el aumento de las migraciones es un fenómeno ligado a los avances y características del Siglo XXI.

La AMM reitera su resolución sobre los refugiados y los inmigrantes adoptada en octubre 2016.

La AMM le pide asimismo a las asociaciones médicas nacionales y a la comunidad internacional de la salud a que aboguen por:

1. Reforzar el compromiso permanente de los médicos en la defensa de los derechos humanos y dignidad de las personas en cualquier parte del mundo, así como en la lucha contra el sufrimiento, el dolor y la enfermedad.

2. Priorizar la atención a los seres humanos por encima de cualquier otra consideración o interés.

3. Proporcionar la necesaria asistencia sanitaria por conducto de la cooperación internacional a los países que acogen y reciben grandes poblaciones de migrantes.

4. Instar a los Gobiernos a que lleguen a un acuerdo político para conseguir recursos sanitarios necesarios para atender de una forma adecuada y coordinada a la población migratoria.

La AMM resalta el papel de los médicos que apoyan activamente y promueven el derecho de todos a recibir atención médica sólo en base a la necesidad clínica y se pronuncian contra la legislación y prácticas contrarias a este derecho fundamental.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PROHIBICIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS EN LA PENA DE MUERTE

Adoptada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018*

Existe un acuerdo universal en el que los médicos no deben participar en ejecuciones porque dicha participación es incompatible con el papel del médico como sanador. El uso de los conocimientos y experiencia clínica del médico para otros objetivos que no sean la promoción de la salud y el bienestar afecta la fundación ética básica de la medicina. La Declaración de Ginebra de la AMM estipula: "Velaré con el máximo respeto por la vida humana y no emplearé mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza".

Como ciudadanos, los médicos tienen derecho a tener opiniones sobre la pena de muerte, basadas en sus creencias morales individuales. Como miembros de la profesión médica, deben mantener la prohibición de participar en la pena de muerte.

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial

AFIRMA que es contrario a la ética que los médicos participen en la pena de muerte, de cualquier manera, o durante cualquier etapa del proceso de ejecución, incluida su planificación, y en la instrucción o formación de personas para realizar las ejecuciones.

PIDE encarecidamente a sus miembros constituyentes que informen a todos los médicos que toda participación en la pena de muerte, como se describe anteriormente, es contraria a la ética.

INSTA a sus miembros constituyentes a ejercer presión de manera activa ante sus gobiernos nacionales y legisladores contra toda participación de médicos en la pena de muerte.

*La Resolución sobre la Prohibición de la participación del médico en la pena de muerte es una revisión menor que combina dos políticas existentes de la AMM, la Resolución sobre la Participación del médico en la pena de muerte (2008) y la Resolución para Reafirmar la Prohibición de la participación del médico en la pena de muerte (2012). Como resultado del nuevo documento combinado, estas dos políticas han sido canceladas y archivadas.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# EMERGENCIA CLIMÁTICA

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

Los profesionales de la salud tienen un papel importante en la defensa de la salud de los ciudadanos de todo el mundo y, por lo tanto, tienen la responsabilidad de exigir una mayor acción sobre el cambio climático.

La cumbre de la ONU sobre la acción climática que tuvo lugar en septiembre de 2019 demostró aún más el creciente reconocimiento de que la acción del cambio climático debe acelerarse, ya que muchos países se comprometieron a lograr emisiones netas cero para 2050 y otros se comprometieron a impulsar los planes de acción nacionales para 2020.

Existe un consenso emergente dentro de la profesión médica a nivel mundial de que la acción sobre el cambio climático debe acelerarse.

La AMM y sus miembros constituyentes y la comunidad médica internacional:

- Declaran una emergencia climática y llaman a la comunidad sanitaria internacional a unirse a su movilización;
- Se comprometen a defender la salud de los ciudadanos de todo el mundo en relación con el cambio climático;
- Instan al gobierno nacional a trabajar rápidamente para lograr la neutralidad de carbono para 2030, a fin de minimizar los impactos del cambio climático sobre la salud que amenazan la vida.
- Deben reconocer la huella ambiental del sector sanitario mundial y actuar para reducir los residuos y prevenir la contaminación para garantizar la sostenibilidad sanitaria.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE LA REVOCACIÓN DE LAS PAUTAS DE LA OMS SOBRE EL USO DE OPIOIDES

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019

La Asociación Médica Mundial expresa su preocupación por la interrupción abrupta de la guía de la OMS 2011 «Asegurar el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias controladas: Guía para la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos controlados», así como sus «Pautas de la OMS de 2012 sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas».

Esta revocación, que tuvo lugar el verano pasado sin consultar a la comunidad médica, privará a muchos médicos de apoyo y regulación en países sin legislación nacional relacionada, poniendo en peligro su uso médicamente justificado de tales sustancias. Finalmente, los pacientes que sufren no tendrán acceso a la medicación adecuada.

La AMM señala que la retirada se decidió unilateralmente, sin proporcionar ninguna prueba de apoyo y sin incluir ningún reemplazo o sustitución. Además, las pautas descontinuadas se eliminaron por completo del portal de publicaciones en línea de la OMS, lo que impidió la capacidad de los médicos para justificar y validar retrospectivamente el uso de sustancias controladas, exponiéndolos potencialmente a enjuiciamiento penal.

Sin más información, la AMM considera necesario restablecer las pautas mencionadas hasta que sean reemplazadas por otras nuevas o enmendadas.

La AMM exige la adhesión al principio de elaboración de las pautas de tratamiento en base a evidencia. Esto debe aplicarse a la definición, enmienda e interrupción de dicha orientación, además de la aplicación de un principio de precaución. La evidencia que respalde la revocación de las pautas de opioides debe publicarse y ponerse a disposición para el escrutinio científico.

La AMM acoge con beneplácito los esfuerzos para reunir un nuevo equipo de expertos y recomienda encarecidamente un proceso abierto y transparente que incluya un mecanismo confiable para garantizar la descalificación de expertos con conflictos de intereses.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM EN APOYO AL DÍA INTERNACIONAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA, 30 DE OCTUBRE

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

En vísperas de la Asamblea General de la AMM, Córdoba 2020, nos enfrentamos a una escalada de la pandemia del COVID-19 en todo el mundo y una presión exponencial alarmante sobre los profesionales de la salud.

La AMM y sus miembros solicitan que el 30 de octubre sea reconocido como el Día Internacional de la Profesión Médica como homenaje al compromiso de los médicos al servicio de la humanidad, con la salud y el bienestar de sus pacientes, en el respeto a los valores éticos de la profesión.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# EN APOYO A LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE TURQUÍA

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

La AMM y sus miembros están profundamente preocupados por el reciente anuncio del gobierno turco de desmantelar la Asociación Médica Turca como organización profesional nacional, supuestamente para «proteger a los pacientes y la profesión de los terroristas».

La Asociación Médica de Turquía es un miembro dedicado de la AMM, reconocida por su compromiso de servir a los intereses de la salud pública, proteger a los pacientes y médicos con respeto a los valores éticos de la profesión.

La AMM considera que calificar de terroristas a los mil médicos miembros de la Asociación Médica Turca constituye una grave difamación y un insulto a toda la profesión.

Recordando su Resolución sobre la independencia de las asociaciones médicas nacionales, la AMM se opone a tal injerencia gubernamental en el funcionamiento independiente de una asociación médica nacional e insta al gobierno de Turquía y a los miembros del parlamento a:

1. Proteger el establecimiento de la Asociación Médica Turca como asociación nacional independiente y principal representante de todos los médicos del país, y prevenir cualquier regulación legal que perjudique su autonomía profesional.

2. Respetar los valores profesionales universales de la medicina, que se basan en miles de años de experiencia y tienen como objetivo priorizar la salud pública y del paciente.

3. Cumplir plenamente con los instrumentos internacionales de derechos humanos de los que Turquía es Estado Parte.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA DISTRIBUCIÓN MUNDIAL EQUITATIVA DE LA VACUNA COVID-19

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

La pandemia de SARS-CoV-2 tiene en jaque al mundo entero. Más de un millón de personas han muerto en todo el mundo y millones más siguen sufriendo los efectos de este virus y la enfermedad que causa.

En general, se considera que una vacuna es la mejor manera de detener la propagación del virus, controlar la pandemia y salvar vidas humanas.

La política de la AMM establece claramente que "la vacunación y la inmunización han sido reconocidas como una estrategia preventiva eficaz y segura para varias enfermedades transmisibles. La creación y la administración de vacunas han sido la intervención más importante para erradicar las enfermedades infecciosas e influir en la salud mundial en los tiempos modernos".

Si bien actualmente no hay vacunas aprobadas para el COVID-19, se está realizando un esfuerzo mundial sin precedentes, tanto en escala como en velocidad, para desarrollar una vacuna segura y eficaz y optimizar la adquisición y distribución para garantizar que todas las regiones del mundo puedan beneficiarse lo más rápido posible. Algunas predicciones actuales anticipan un lanzamiento inicial de la vacuna COVID-19 en la primera mitad de 2021. Debido a los esfuerzos intensivos para producir vacunas efectivas y acelerarlas para su autorización comercial, muchos ensayos clínicos se han colocado en calendarios extremadamente acelerados. Los procesos que generalmente requieren años se abrevian a meses, lo que podría representar una amenaza para los principios éticos descritos en la Declaración de Helsinki de la AMM.

Las preguntas surgieron bastante temprano en la pandemia sobre cómo distribuir una posible nueva vacuna de manera rápida y equitativa. Muchos países de ingresos más altos ya han firmado acuerdos bilaterales con empresas farmacéuticas para suministrar o distribuir candidatos a vacunas COVID-19, lo que, dadas las limitaciones en la capacidad de producción, podría dejar a los países en desarrollo en desventaja en su lucha por proteger a sus poblaciones.

Es un hecho que una pandemia no puede ser contenida por un solo país; requiere un esfuerzo colaborativo y global, como la AMM ha afirmado en su Declaración sobre Epidemias y pandemias y la Declaración sobre la Pandemia de gripe aviar.

Con el mismo espíritu, GAVI, Vaccine Alliance, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han puesto en marcha la plataforma COVAX para garantizar que todos los países participantes, independientemente de sus ingresos, tengan igualdad de acceso a las nuevas vacunas COVID-19, una vez que se hayan fabricado.

## RECOMENDACIONES

La Asociación Médica Mundial

1. Acoge con satisfacción las soluciones multilaterales en la lucha mundial contra el COVID-19, en particular la plataforma COVAX, para garantizar una distribución mundial equitativa de una vacuna COVID-19 segura y eficaz.

2. Enfatiza que ningún país debe quedarse atrás en la carrera por vacunar a su población contra esta amenaza mundial.

3. Recalca la necesidad de encontrar un equilibrio entre el deseo de cada país de proteger a sus ciudadanos y la necesidad de que la vacuna se distribuya en todo el mundo.

4. Reitera que todos los ensayos clínicos deben seguir los principios éticos para la investigación médica con seres humanos, tal como se establece en la Declaración de Helsinki de la AMM.

5. Declara que es necesario un seguimiento formal de la seguridad a más largo plazo en los casos en que se hayan acelerado los ensayos clínicos para apresurar la autorización de la comercialización de las vacunas.

6. Llama la atención sobre el mayor riesgo al que se enfrentan el personal de la salud y las poblaciones vulnerables en una situación de pandemia y, por lo tanto, insta a que estas personas sean las primeras en recibir una vacuna segura y eficaz.

7. Renueva su llamamiento a todos los miembros constituyentes para que aumenten el conocimiento de los calendarios de vacunación y pide a los médicos que presten especial atención a considerar las preocupaciones de los pacientes que dudan en vacunarse.

8. Reafirma su advertencia sobre la indecisión a vacunarse (abril de 2019) y reitera la importancia de mantener otras vacunas de rutina importantes, por ejemplo, contra la poliomielitis, el sarampión y la influenza.

9. Pide esfuerzos coordinados para aumentar la confianza del público en la vacunación frente a las campañas de desinformación y los movimientos anti vacunas que perjudican la salud de niños y adultos.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL PUEBLO UIGUR EN CHINA

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

Incumbe a los profesionales de la salud considerar la salud y los derechos humanos de las personas en todo el mundo y denunciar los casos en los que se abusa de estos derechos. El trato al pueblo uigur en la región china de Xinjiang es uno de esos casos.

Los informes documentados de abusos físicos y sexuales de personas uigures en China revelan violaciones inequívocas de los derechos humanos. Los informes señalan numerosas violaciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Las transgresiones incluyen, pero no se limitan a:

- Artículo 5: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Artículo 9: Nadie será sometido a arresto, detención o destierro arbitrarios.
- Artículo 25 (i): Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluidos alimentos, vestido, vivienda y atención médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad. en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otra falta de sustento en circunstancias fuera de su control[1].

Las organizaciones de derechos humanos y los Estados soberanos están llamando cada vez más la atención sobre la situación en Xinjiang, con más de 20 embajadores de las Naciones Unidas dando el raro paso de enviar una carta conjunta al Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2019 expresando preocupación por el trato de los uigures en China y exigiendo que se permita la entrada a la región de observadores internacionales independientes.

## RECOMENDACIONES

A la luz de la información y los informes sobre violaciones sistemáticas y repetidas de los derechos humanos contra el pueblo uigur en China, y su impacto en la salud del pueblo uigur y los suministros de atención médica en todo el mundo, la AMM hace un llamamiento a sus miembros integrantes, médicos y la comunidad sanitaria internacional

para:

1. Condenar formalmente el trato de los uigures en la región china de Xinjiang y pedir a los médicos que respeten las directrices establecidas en la Declaración de Tokio de la AMM y la Resolución de la AMM sobre la Responsabilidad de los médicos en la documentación y denuncia de torturas o tratos crueles o inhumanos o degradante.

2. Respaldar las solicitudes realizadas en la carta de julio de 2019 al Alto Comisionado del Consejo de Derechos Humanos de la ONU en la que se pide que se permita la entrada de observadores internacionales independientes a la región de Xinjiang en China.

3. Reafirmar su Declaración sobre la Esterilización forzada, afirmando que ninguna persona, independientemente de su género, etnia, condición socioeconómica, condición médica o discapacidad, debe ser sometida a esterilización permanente forzada o coaccionada, y pedir a sus asociaciones médicas miembros que defiendan contra la esterilización forzada y coaccionada en sus propios países y en todo el mundo; y

4. Reiterar el apoyo a su Declaración sobre Comercio Justo de Productos y Material Médicos e instar a las asociaciones médicas miembros a promover el comercio justo y ético en el sector de la salud, e insistir en que los bienes que utilicen no se produzcan a expensas de la salud de los trabajadores en la comunidad global. Para hacer esto, los médicos deben:

   - sensibilizar sobre la cuestión del comercio ético y promover el desarrollo de productos médicos justos y producidos de forma ética entre los colegas y quienes trabajan en los sistemas de salud.
   - desempeñar un papel de liderazgo en la integración de consideraciones de estándares laborales en las decisiones de compra dentro de las organizaciones de salud.

[1] https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PROTECCIÓN DEL DERECHO DE LAS FUTURAS GENERACIONES A VIVIR EN UN MEDIO AMBIENTE SALUDABLE

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

El aumento exponencial en la cantidad de incendios relacionados con el cambio climático, huracanes, derretimientos de hielo, olas de calor y deforestación, en especial de los bosques tropicales, muestran que no hay tiempo que perder. Existe una necesidad urgente de acelerar los esfuerzos que desencadenarán los cambios que serán implementados por los encargados de la toma de decisiones y políticas nacionales e internacionales para detener y adaptarse a la crisis climática.

El cambio climático y la contaminación del aire están estrechamente relacionados, ambos tienen enormes impactos en la salud humana y son el resultado de las emisiones antropogénicas debido a la combustión de combustibles fósiles. Como lo mencionan los organismos internacionales como La Iniciativa de Aire Limpio fundada por la ONU, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Coalición del Clima y el Aire Limpio (CCAC), todos los gobiernos, investigadores y organizaciones no gubernamentales deben abordar con urgencia la contaminación del aire y la crisis climática juntas.

Teniendo en cuenta la urgencia y la complejidad del cambio climático, es necesario crear un cambio global para detener las causas de esta crisis. Por lo tanto, la AMM hace un llamado a los encargados de la toma de decisiones internacionales, nacionales, regionales o provinciales, como los políticos, los encargados de formular políticas y los jueces, para que reconozcan la urgencia, la complejidad y la interconexión de la esencia de la acción de la crisis climática y tomen medidas inmediatas para proteger los derechos de las generaciones futuras por el bien de la justicia climática.

La crisis climática causa una grave pérdida, daño o destrucción de los ecosistemas y daños culturales, lo que tiene graves impactos en todos los habitantes del mundo. Para garantizar el derecho a vivir para las generaciones futuras, existe una necesidad inminente de adoptar y aplicar medidas legales vinculantes en el ámbito nacional e internacional contra los contaminadores que producen emisiones que causan especialmente la crisis climática, así como el aire, el agua y la contaminación del suelo.

Los profesionales de la salud tienen el deber de cuidar, respetar y proteger la vida humana y el derecho de vivir para las generaciones futuras y todas las formas de vida del mundo

natural. La AMM considera que todas las personas, incluida las generaciones futuras, tienen derecho a los recursos ambientales, económicos y sociales necesarios para vidas sanas y productivas, tales como el aire, suelo y agua puros y alimentos seguros. Por lo tanto, la AMM tiene la responsabilidad histórica de actuar proactivamente, a fin de iniciar los cambios y soluciones necesarios para combatir la crisis climática.

## RECOMENDACIONES

La AMM propone las siguientes recomendaciones a sus miembros y otras organizaciones relacionadas:

1. Instar a solicitar a sus miembros que colaboren con los organismos pertinentes de sus países para crear conciencia sobre la necesidad de sanciones y políticas legalmente vinculantes a nivel nacional e internacional para los contaminadores que amenazan el derecho a vivir para las generaciones futuras, mediante la emisión de gases que se ha demostrado que causan crisis climáticas y contaminación del aire, el suelo y el agua.

2. Instar a todos los gobiernos nacionales, formuladores de políticas, investigadores y profesionales de la salud a movilizarse para elaborar e implementar políticas integrales destinadas a combatir los problemas creados por el uso de combustibles fósiles que hace la industria y las personas, lo que conduce a una crisis climática, contaminación del aire, el agua y el suelo.

3. Instar a todos los profesionales médicos, medios de comunicación, instituciones gubernamentales y no gubernamentales a referirse al cambio climático como «crisis climática» y llamar a los líderes de los gobiernos nacionales, estatales o provinciales, regionales, municipales y locales a declarar una emergencia climática para iniciar una movilización en toda la sociedad. Además, instar a los medios a promover el concepto y significado del derecho a vivir para las generaciones futuras.

4. Actualizar el plan de estudios en las escuelas de medicina y agregar secciones obligatorias sobre salud ambiental para formar profesionales de la salud que puedan pensar críticamente sobre los impactos en la salud de los problemas ambientales, sean conscientes de los motivos, impactos / dimensiones de la crisis climática y puedan ofrecer soluciones para proteger los derechos y la salud de las generaciones futuras.

5. Abogar y organizar campañas interdisciplinarias para detener los nuevos permisos otorgados a las instalaciones industriales que utilizan combustibles fósiles que causan crisis climáticas y contaminación.

6. Instar a los gobiernos nacionales y organismos internacionales como la OMS a adoptar regulaciones más estrictas sobre protección ambiental y procedimientos de evaluación, permiso, monitoreo y control de nuevas instalaciones industriales para limitar el impacto en la salud resultante de sus emisiones.

7. Abogar activamente por políticas que maximicen los beneficios para la salud al reducir los contaminantes del aire (como el ozono troposférico y el material particulado, etc.) y las emisiones de carbono, aumentar la marcha, el ciclismo y el uso del transporte público, y el consumo de dietas nutritivas y ricas en plantas para garantizar justicia

climática. Instar a los gobiernos internacionales, nacionales, estatales o provinciales, regionales, municipales y locales a adoptar e implementar políticas de calidad del aire y cambio climático que logren los valores de la Guía de calidad ambiental del aire de la OMS.

8. Instar a los gobiernos nacionales, estatales o provinciales, regionales, municipales y locales a través de campañas públicas y promoción para recortar los subsidios otorgados a las industrias de combustibles fósiles y dirigir estos subsidios para apoyar una transición justa, medidas de eficiencia energética, recursos de energía verde y bienestar público.

9. Instar a los gobiernos y al sector privado a que inviertan en políticas que apoyen una transición justa para los trabajadores y las comunidades afectadas negativamente por el cambio a una economía baja en carbono y que creen protección social mediante la inversión y la transición a empleos verdes.

10. Instar a los gobiernos nacionales, estatales o provinciales, regionales, municipales y locales a actuar sobre otras causas de crisis climáticas como la agricultura industrial, la cría de animales y la deforestación, para promover el comercio legal y las políticas financieras que prioricen y permitan prácticas agroecológicas sostenibles, poner fin a la deforestación para la expansión de la agricultura industrial y reducir la dependencia de la agricultura industrial basada en animales y las prácticas agrícolas y pesqueras perjudiciales para el medio ambiente.

11. Instar a los gobiernos nacionales, estatales o provinciales, regionales, municipales y locales a que inviertan en capacidad humana e infraestructura de conocimiento para difundir soluciones de agricultura regenerativa que puedan producir el cambio necesario mientras brindan innumerables beneficios colaterales a los agricultores y consumidores, proporcionando una red de apoyo global, en el terreno, para los agricultores y capturando carbono en el suelo. Enfatizar la creación de sistemas alimentarios locales resistentes y regenerativos que puedan reducir las emisiones de carbono, apoyar la subsistencia de las comunidades agrícolas y proporcionar la seguridad alimentaria de las generaciones futuras.

12. Instar a los gobiernos nacionales, junto con la participación del sector de la salud, a formular planes nacionales de adaptación y realizar evaluaciones nacionales de los impactos de la crisis climática, la vulnerabilidad y la adaptación para la salud.

# RESOLUCIÓN DE LA AMM
# SOBRE
# LA PROFESIÓN MÉDICA Y EL COVID-19

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, Octubre 2020

## INTRODUCCION

La actual pandemia de COVID-19 está provocando uno de los mayores desafíos que los profesionales de la salud han enfrentado en las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el COVID-19 ha expuesto a los profesionales de la salud y su entorno social y familiar a niveles de riesgo sin precedentes. Aunque no es representativo, los datos de muchos países en todas las regiones indican que el número de infecciones por el virus del SARS CoV-2 entre los profesionales de la salud ha alcanzado cifras alarmantes para cualquier sistema de salud.

El riesgo constante de contagio y, en muchos casos, la falta de recursos materiales y humanos adecuados, el elevado número de contagiados, la morbilidad y mortalidad de los médicos y la falta de políticas de recursos humanos está provocando un agotamiento físico y emocional en los profesionales de la salud. Además, miles de médicos están perdiendo la vida ejerciendo su profesión y cumpliendo con sus deberes éticos, cantidad que aumenta a medida que avanza la pandemia en la mayoría de los países.

Como resultado de esta situación global, la AMM ofreció su apoyo a la carta abierta de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud que llama a la acción inmediata del G20 para asegurar equipos de protección personal para el personal de salud, con fecha 9 de abril de 2020, y lo denunció a través de su Llamada urgente para que los gobiernos apoyen al personal sanitario en la batalla contra el Covid-19, del 2 de abril de 2020.

A esta situación deben sumarse las consecuencias derivadas que provocará la pandemia en el ámbito político, económico y social en todos los países. Todo esto empeorará la salud de la población mundial y requerirá un esfuerzo y compromiso por parte de la profesión médica, sus asociaciones médicas nacionales y la AMM.

## RECOMENDACIONES

La AMM quiere reconocer la lucha de la profesión médica contra la pandemia a través de esta Resolución Urgente y aboga por:

1. Suministro suficiente de equipos y material de protección personal (EPP) para los profesionales de la salud, que permita la atención médica y garantice la disponibilidad de este material ante una situación de posibles brotes.

2. Instar a los gobiernos a adoptar un enfoque multilateral y coordinado a escala global de la crisis para promover la igualdad en las intervenciones, el acceso a los servicios de salud, los tratamientos y las futuras vacunas.

3. Proporcionar financiamiento suficiente a los sistemas de salud para que puedan hacer frente a los costos de la pandemia y garantizar una atención médica accesible y de calidad.

4. Las Asociaciones Médicas Nacionales y la AMM fomenten una participación activa en la planificación y gestión de todas las etapas de la respuesta a la epidemia.

5. Reconocer que la infección por SARS CoV-2 sea considerada como una enfermedad profesional y que la profesión médica sea declarada "profesión en riesgo". Asimismo, solicitamos que la atención a los profesionales de la salud sea una prioridad, especialmente en el ámbito de la salud mental.

6. Luchar contra la violencia hacia los médicos y contra cualquier muestra de su estigmatización al promover la tolerancia cero de la violencia en los entornos sanitarios.

7. Apoyar a la profesión médica que continúa cumpliendo su compromiso con la ciencia y los pacientes. Porque el profesionalismo médico actual es una de las pocas y últimas defensas que tienen los pacientes gravemente enfermos, excluidos e indefensos para mantener un mínimo de salud, calidad de vida y dignidad humana.

8. Instar a los gobiernos a que incluyan el fortalecimiento y la resiliencia del sistema de salud como parte de los planes nacionales de recuperación de COVID.