

DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL DERECHO Y LA ETICA

Esta Resolución fue adoptada en la 164ª Sesión del Consejo de la AMM, Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2003 y adoptada en la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, 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 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, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

Introducción

1. 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.
2. 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
3. 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

4. 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.
5. 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 estas 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.
6. 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

7. 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.
8. 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.

9. 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.
10. 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.
11. 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

15. 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.
16. La AMM y sus miembros enfatizan en particular el respeto de los siguientes principios:
17. 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.
18. 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.
19. 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

17. El aislamiento carcelario prolongado o indefinido debe ser prohibido, ya que equivale a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes[1].
18. 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.
19. 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.
20. 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

21. La dignidad humana de los reclusos en aislamiento carcelario siempre debe respetarse.
22. 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.
23. 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

30. 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.

31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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 DE REIKIAVIK 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, Enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009
y por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019*

INTRODUCCION

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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

Beneficio

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

Pertinencia

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

Consentimiento informado

8. 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.
9. 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.

Hallazgos adicionales (hallazgos secundarios e incidentales)

10. 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.
11. 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.

Asesoramiento genético

12. 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.

13. 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.

Confidencialidad

14. 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.

Informar a terceros

15. 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.

Protección de datos

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

Discriminación

17. 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.

Costo del examen

18. 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.

Fiabilidad y limitaciones

19. 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.
20. 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.

Exámenes directos al consumidor

21. 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.

Uso clínico de los datos de la investigación

22. 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.

Terapia génica y edición de genes

23. 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.

Clonación

24. 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 LA AMM SOBRE INTELIGENCIA AUMENTADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

INTRODUCCION

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. 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[1]. 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

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.

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] 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/>.

DECLARACION DE LA AMM SOBRE LA DISMINUCION DEL CONSUMO DE SAL EN LA ALIMENTACION

Adoptada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008 y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, 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 el 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 sustitutos de la sal y abordar cualquier práctica o creencia local que contribuya a un alto consumo de sal.

References:

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 RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

Adoptada por la 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996, enmendada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008 y enmendada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, 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

A nivel mundial

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.

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.

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.

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.

A nivel nacional

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.

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.
- Respalda 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.
- Respalda 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.

A nivel local

Los profesionales de la salud y los sistemas de salud tienen un papel vital en la preservación de los medicamentos antimicrobianos.

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 cumplimiento de medidas de higiene (en especial la higiene de las manos) y otras prácticas de prevención de infecciones.

DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD

*Adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Septiembre 2003
y reafirmada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019*

INTRODUCCION

1. 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.”
1. En realidad, la violencia es multidimensional, tiene múltiples factores determinantes y puede ser física, sexual, psicológica o ejercida con actos de privación o abandono.
3. 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](#).
4. 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.
5. 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.
6. 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

7. 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.
8. Los factores de riesgo de conductas, como el uso de sustancias que puede producir un comportamiento violento, también son factores de riesgo para el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.
9. 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.

10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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:

14. 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.
15. Abogar y apoyar la buena gobernanza en base a la ley, transparencia y responsabilidad.
16. 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.
17. 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.
18. 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).
19. 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:

20. 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.
21. 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.
22. Promover la justicia e igualdad sociales a través de la eliminación de las desigualdades que pueden crear las condiciones para la violencia.
23. 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.
24. 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.
25. Reforzar de las instituciones encargadas de la seguridad pública.
26. Elaborar políticas y hacer cumplir las legislaciones que regulan el acceso al alcohol.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.

32. 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 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, Tbilisi, 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 LA AMM SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE AZÚCARES LIBRES

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

INTRODUCCION

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 SOBRE LA EUTANASIA Y SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, 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 sustancia 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 sustancias 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 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, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

INTRODUCCION

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 LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA TODOS

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

INTRODUCCION

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.

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, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019*

Considerando que:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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"*.
5. 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"*.
6. 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 SOBRE LA REVOCACIÓN DE LAS PAUTAS DE LA OMS SOBRE EL USO DE OPIOIDES

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

1. 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*».
2. 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.
3. 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.
4. Sin más información, la AMM considera necesario restablecer las pautas mencionadas hasta que sean reemplazadas por otras nuevas o enmendadas.
5. 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.
6. 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.

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
enmendada por la 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Corea, Octubre 2008
y enmendada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019*

INTRODUCCION

Durante siglos, las mujeres y las niñas en el mundo han sufrido desigualdad de género y un desequilibrio disparaje 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 les 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.

RESOLUCIÓN DE LA AMM SOBRE EMERGENCIA CLIMÁTICA

Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

1. 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.
2. 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.
3. Existe un consenso emergente dentro de la profesión médica a nivel mundial de que la acción sobre el cambio climático debe acelerarse.
4. 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.