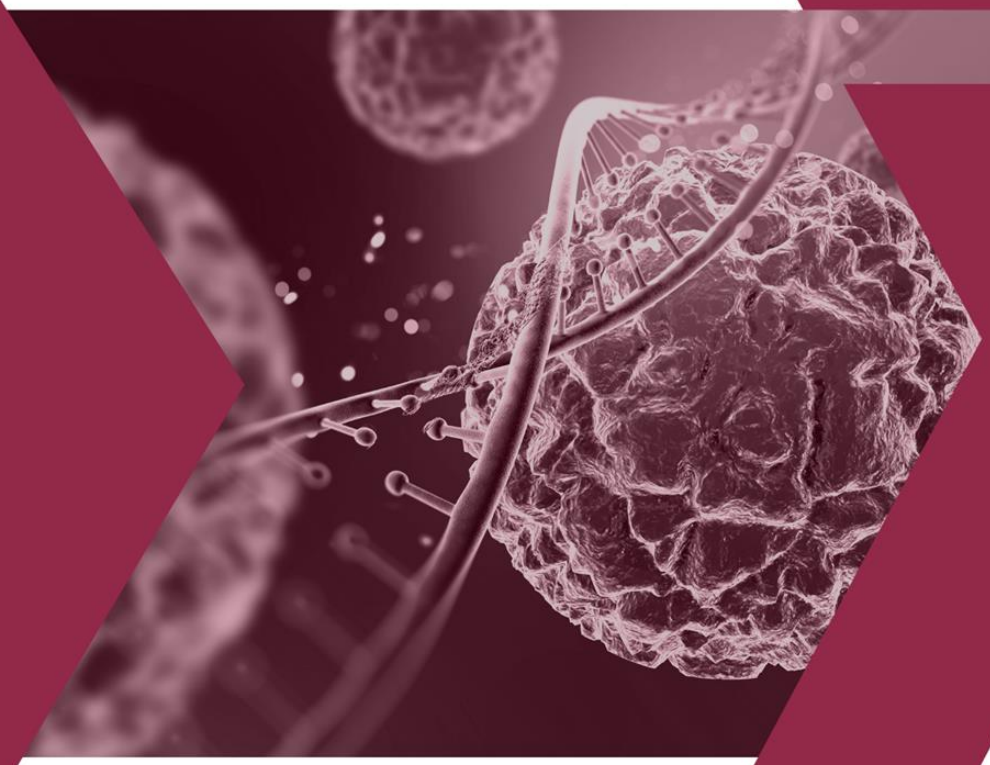

CODUL DE ETICĂ ȘI DEONTOLOGIE AL SPITALULUI MUNICIPAL MOTRU

2022

© 2022

Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru

Toate drepturile rezervate

RESPONSABILITATE	NUME SI PRENUME FUNCŢIE	SEMNĂTURA	DATA
Elaborare	Mogos Adrian Presedinte Consiliu Etic		20.05 2022
Avizat	Efrim Sidonia Georgeta Compartiment juridic		27.05. 2022
Aprobat	Efrim Alin Cristian Manager	MINISTERUL SANATĂŢII • SPITALUL MUNICIPAL MOTRU Nr.1 C.F. 5632555 • AUTORITATEA DE SANATATE PUBLICA GORJ	30.05. 2022

Cuprins

Preambul 5

1 Medicul 6
1.1 Medicul si pacientul 6
1.1.1 Principii fundamentale 7
1.1.2 Drepturi generale 9
1.1.2.1 Dreptul la liberatatea si siguranta persoanei 10
1.1.2.2 Dreptul la viata privata 13
1.1.2.3 Dreptul la acces la informatie 18
1.1.2.4 Dreptul la integritate corporala 27
1.1.2.5 Dreptul la viata 28
1.1.2.6 Dreptul la cel mai inalt standard posibil de sanatate 29
1.1.2.7 Dreptul de a nu fi supus torturii si altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante 38
1.1.2.8 Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice 46
1.1.2.9 Dreptul la egalitate si de a nu fi supus discriminarii 48
1.1.2.10 Dreptul la un recurs efectiv 52
1.1.3 Drepturi speciale 55
1.1.3.1 Reproducerea 55
1.1.3.2 Genetica 58
1.1.3.3 Femeia 63
1.1.3.4 Copilul 67
1.1.3.5 Adoptiile 77
1.1.3.6 Cercetarea 79
1.1.3.7 Donarea de organe 90
1.1.3.8 Stilul de viata sanatos 99
1.1.3.9 Mediul de viata 130
1.1.3.10 Sanatatea si siguranta ocupationala la locul de munca 143
1.1.3.11 Turismul medical 144
1.1.3.12 Pacientii migranti 148
1.1.3.13 Pacientii detinuti 151
1.1.3.14 Tratamentele estetice 160
1.1.3.15 Tratamentele medicamentoase 161
1.1.3.16 Pacientii cu tulburari mentale 175
1.1.3.17 Pacientii infectati HIV/SIDA 180
1.1.3.18 Identitatea sexuala 186
1.1.3.19 Violenta 188
1.1.3.20 Situatii de dezastru si urgenta 197
1.1.3.21 Situatii de epidemie si pandemie 204
1.1.3.22 Situatii de conflict armat 210

1.1.3.23 Pacientii cu dizabilitati 221
1.1.3.24 Pacientii varstnici 222
1.1.3.25 Pacientii in stadiu terminal 223
1.1.3.26 Suicidul asistat si pedeapsa capitala 227
1.1.3.27 Tehnologia medicala 228
1.2 Medicul in afara relatiei cu pacientul 232
1.2.1 Independenta medicului 232
1.2.2 Relatia etica-lege 237
1.2.3 Protejarea vietii private si a reputatiei 238
1.2.4 Libertatea de asociere si intrunire 242
1.2.5 Libertatea de exprimare si informare 246
1.2.6 Conditii de munca decente 252
1.2.7 Publicitatea activitatii medicale 258
1.2.8 Activitati conexe actului medical 261
1.2.9 Aparatura medicala 263
1.2.10 Imbunatatirea calitatii in sanatate 266
1.2.11 Acte nedeontologice 270
1.2.12 Judecarea cazurilor deontologice 274

2 Asistenta medicala si moasa 280
2.1 Principii generale 281
2.2 Responsabilitatea personala, integitatea si independenta profesionala a asistentilor medicali generalisti, moaselor si asistentilor medicali 282
2.3 Raporturile profesionale cu alti profesionisti din domeniul medico-sanitar si institutii 283
2.3.1 Raporturile profesionale cu alti profesionisti din domeniul sanitar 283
2.3.2 Raporturile profesionale cu institutiile 284
2.4 Educatia medicala continua 284
2.5 Obligatiile etice si deontologice 285
2.5.1 Obligatia acordarii ingrijirilor medicale 285
2.5.2 Respectarea drepturilor pacientului 286
2.5.3 Consimtamantul 286
2.5.4 Secretul profesional 287
2.6 Situatii speciale in practicarea profesiunii in sistem institutionalizat 288
2.6.1 Situatia bolnavului psihic 288
2.6.2 Prescrierea, eliberarea pe baza unei retete medicale si administrearea drogurilor 289
2.6.3 Pacientul privat de liberatate 289
2.6.4 Situatia pacientilor infectati cu HIV sau bolnavi de SIDA 289
2.7 Probleme ale ingrijirii minorilor 289
2.8 Probleme ale experimentarii pe om 290
2.9 Dispozitii speciale 291

3 Farmacistul 292
3.1 Dispozitii generale 293
3.2 Principii generale tuturor farmacistilor 294
3.3 Principii specifice domeniilor de activitate 298
3.3.1 Cercetarea stiintifica 298
3.3.2 Industria, importul, exportul 299
3.3.3 Distributia en gros si brokerajul 301
3.3.4 Distributia en detail 302
3.3.5 Laboratoarele de analize 312
3.3.6 Invatamantul farmaceutic 314
3.3.7 Administratia sanitara 315

4 Biochimistul, biologul si chimistul 317

5 Juristul 322

6 Alte categorii de personal contractual si colaboratori 327
6.1 Principii generale 328
6.2 Responsabilitatea 329
6.3 Profesionalismul 330
6.4 Integritatea 331
6.5 Transparenta 332

7 Dispozitii finale 334

8 Anexe 336
8.1 Anexa 1 337
8.2 Anexa 2 338
8.3 Anexa 3 339

Preambul

"Libertatea ta se termină acolo unde începe libertatea celuilalt!"
John Stuart Mill

Prezentul „Cod de Etica si Deontologie al Spitalui Municipal Motru" reprezinta o culegere sistematică de reguli juridice din domeniul medical dar si din alte specialitati necesare desfasurarii unei activitati armonioase in cadrul spitalului.

Etica reprezinta studiul teoretic al valorilor și al condiției umane, din perspectiva principiilor morale si rolul acestora în viața socială. Pornind de la regula de aur „*Comportă-te cu ceilalți așa cum ai vrea să se comporte ei cu tine*!" etica si etica medicala, in speta, a evoluat foarte mult in ultimul secol. Desi cuprinde legi si norme, atat nationale cat si internationale aplicabile pe teritoriul Romaniei, prezentul Cod are ca scop introducerea in spiritul eticii medicale.

Deontologia medicală este ansamblul îndatoririlor care îi revin medicului în cadrul exercitării profesiei, în raporturile cu bolnavii, cu ceilalți medici cu care colaborează și cu personalul medical mediu și auxiliar, care se formează pe regulile (codurile deontologice) și tradițiile profesiei. Etica deontologică consideră că o acțiune are valoare morală, este bună, numai dacă este guvernată de anumite principii normative care-i asigură divesitatea si universalitatea.

Astfel:

Considerind ca recunoasterea demnitatii inerente intregului personal contractual si a drepturilor lor egale si inalienabile constituie fundamentul libertatii si dreptatii

Considerand ca ignorarea si dispretuirea drepturilor omului duc la acte ce revolta constiinta sa

Considerand ca este esental ca drepturile angajatilor, colaboratorilor si pacientilor sa fie ocrotite in cadrul Spitalului Municipal Motru

Considerand ca este esential sa se incurajeze relatiile prietenesti intre angajati, colaboratori si pacienti

Considerand esentiala respectarea drepturilor pacientilor, a demnitatii si valorii lor personale si a egalitatii dar fara atingerea independentei, valorilor si libertatilor medicului sau a altor angajati sau colaboratori

Considerand ca este esentiala promovarea valorilor inscrise in prezentul cod

Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru vede in acest cod un set de valori spre care sa tinda toti angajatii spitalului atat in relatia dintre ei cat si cu persoanele din exterior; atat in timpul serviciului cat si ca valori socio-morale in afara acestuia.

1.
Medicul

1.1 Principii Fundamentale

Art. 1

Medicul va avea intotdeauna ca ghid juramantul depus odata admis in profesia de medic:
La momentul admiterii in profesia medicala:

- Jur solemn sa imi consacru viata in slujba omenirii;
- Voi pastra profesorilor mei respectul si recunostinta datorate;
- Voi practica profesia cu constiinta si demnitate;
- Sanatatea pacientului meu va fi primul meu considerent;
- Voi respecta secretele care imi sunt marturisite, chiar si dupa ce pacientul a murit;
- Voi pastra prin toate mijloacele aflate in puterea mea, onoarea si traditiile nobile ale profesiei medicale;
- Colegii mei vor fi surorile si fratii mei;
- Nu voi permite ca aspectele privind varsta, boala sau handicapul, crezul, originea etnica, genul, nationalitatea, apartenenta politica, rasa, orientarea sexuala, situatia sociala sau orice alt factor sa intervina intre datoria mea si pacientul meu;
- Voi pastra respect maxim pentru viata umana;
- Nu voi folosi cunostintele medicale pentru a incalca drepturile omului si libertatile civile, chiar si sub amenintare;
- Fac aceste promisiuni in mod solemn, liber si pe onoarea mea.

(Declaratia WMA de la Geneva adoptata de Adunarea Generala a Asociației Medicale Mondiale, Geneva, Elvetia, septembrie 1948 si amendat de catre a 22-a Adunare Medicala Mondiala, Sydney, Australia, august 1968 si cea de-a 35-a Adunare Medicala Mondiala, Venetia, Italia, octombrie 1983 si a 46-a Adunare Generala WMA, Stockholm, Suedia, septembrie 1994 si revizuita editorial de catre cea de-a 170-a sesiune a Consiliului WMA, Divonne-les-Bains, Franta, mai 2005 si de cea de-a 173-a sesiuni a Consiliului WMA, Divonne-les-Bains, Franta, mai 2006)

Art. 2

Întreaga activitate profesională a medicului este dedicată exclusiv apărării vieţii, sănătăţii şi integrităţii fizice şi psihice a fiinţei umane.

(Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 3

În toate deciziile cu caracter medical, medicul va trebui să se asigure că interesul şi binele fiinţei umane prevalează interesului societăţii ori al ştiinţei.

(Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 4

Medicul trebuie să depună toate diligenţele şi să se asigure că decizia profesională pe care o ia sau intervenţia cu caracter medical respectă normele şi obligaţiile profesionale şi regulile de conduită specifice cazului respectiv.

(Art. 5, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 5

Datoriile medicului în general:

- Un medic va practica un raţionament profesional independent şi va menţine la cel mai înalt nivel comportamentul profesional faţă de bolnavi.

• Va respecta drepturile pacientului sau competent psihic de a accepta sau refuza tratamentul propus.

• Nu va permite ca judecata sa să fie influenţată de profitul personal sau discriminare.

• Medicul va fi dedicat să ofere servicii medicale competente în deplină independenţă morală şi profesională, cu compasiune şi respect faţă de demnitatea umană.

• Se va comporta onest cu pacienţii şi colegii şi va raporta autorităţilor pe acei medici care practica profesiunea neetic sau incompetent sau care exercita acţiuni de fraudă sau înşelătorie.

• Nu va primi nici un beneficiu financiar sau alte avantaje numai pentru a face recomandări pacientului sau a prescrie produse medicale specifice.

• Va respecta drepturile pacienţilor, colegilor şi ale altor profesionişti ce lucrează în domeniul medical.

• Va recunoaşte rolul pe care îl are în educaţia publicului dar va manifesta reţinere în divulgarea descoperirilor sau a tehnicilor sau tratamentelor noi pe canale neprofesionale.

• Va certifica numai ceea ce personal a verificat.

• Va face tot ce poate pentru a folosi resursele medicale spre binele pacienţilor şi comunităţii.

• Va căuta ajutor de specialitate dacă sufera de boli fizice sau mentale.

• Va respecta codurile naţionale şi locale ale eticii.

Datoriile medicului fata de pacient:

• Medicul va avea permanent in mintre obligatia de a apara viata umana.

• Datorează pacientului său completă loialitate şi totalitatea cunoştinţelor sale medicale.

• Ori de câte ori o examinare sau un tratament se afla deasupra capacităţilor sale, se va consulta cu un coleg sau va îndrepta pacientul către un alt medic care are abilitatea necesară

• Va respecta dreptul pacientului la confidenţialitate.

• Este etic să divulge informaţia confidenţială atunci când pacientul consimte la aceasta sau atunci când există un pericol sau o ameninţare iminentă la adresa pacientului sau a celorlalţi şi această ameninţare poate fi îndepartata numai prin încălcarea confidenţialităţii.

• Va acorda asistenţă medicală de urgenţă ca datorie umanitară, până când se va convinge că alţii pot şi vor să o facă în locul său.

• Atunci când serveşte unei a treia părţi, să se asigure că pacientul său are deplină cunoştinţă de această situaţie.

• Nu va intra în relaţii sexuale sau în alte relaţii abuzive sau de exploatare faţă de pacientul său actual.

Datoriile medicilor fata de colegi:

• Un medic se va comporta faţă de colegii săi tot aşa cum şi-ar dori că aceştia să se comporte faţă de el.

• Nu va submina relaţia pacient-medic a colegilor în scopul de a atrage pacienţii.

• Când este medical necesar va comunica cu colegii care sunt implicaţi în îngrijirea aceluiaşi pacient.

• Această comunicare va respecta confidenţialitatea şi va fi limitată la informaţia necesară.

(Codul International al Eticii Medicale al Asociaţiei Medicale Mondiale, 1949)

Art. 6

În toate cazurile în care doctorii reprezintă o altă parte, ei au obligaţia de a se asigura că acest lucru este înţeles de către pacient. Doctorii trebuie să se prezinte pacienţilor şi să le explice scopul oricărei examinări sau tratament. Chiar şi atunci când doctorii sunt numiţi şi plătiţi de către o a treia parte, ei au o obligaţie clară de a se îngriji de fiecare pacient pe care îl examinează sau tratează. Ei trebuie să refuze să se supună oricăror proceduri care le-ar putea vătăma pacienţii sau i-ar face vulnerabili fizic sau psihologic. Ei trebuie să se asigure că termenii lor contractuali le permit independenţa profesională de a emite judecăţi clinice. Doctorii trebuie să se asigure că orice persoană aflată în custodie are acces la orice manevra medicală, de investigare sau tratament. Atunci când deţinutul este un minor sau un adult vulnerabil, doctorii au obligaţia adiţională de a acţiona asemeni unui avocat. Doctorii au în continuare obligaţia generală a confidenţialităţii astfel că informaţiile să nu poată fi dezvăluite fără cunoştinţa pacientului. Ei trebuie să fie asiguraţi că datele lor medicale sunt ţinute confidenţial. Doctorii au datoria de a monitoriza şi de a atrage atenţia atunci când serviciile în care sunt implicaţi sunt imorale, abuzive, inadecvate sau reprezintă o posibilă ameninţare la sănătatea pacienţilor. În astfel de cazuri, ei au obligaţia etică de a întreprinde acţiuni prompte ca urmare a dificultăţii de a lua poziţie ulterior. Ei trebuie să raporteze problema autorităţilor potrivite sau agenţiilor internaţionale care o pot investiga, fără să îşi expună pacienţii, familiile acestora sau chiar pe ei înşişi la riscuri sau vătămări previzibile. Doctorii şi celelalte asociaţii profesionale trebuie să îşi sprijine colegii care întreprind astfel de acţiuni pe baza unor dovezi rezonabile.

(Art. 67, Protocolul de la Istanbul, Natiunile Unite, New York si Geneva, 2004)

1.1.2 Drepturi generale ale pacientilor

Art. 7

Ori de câte ori legislația sau acțiunile guvernamentale neagă aceste drepturi ale pacientului, medicii trebuie să caute prin mijloace adecvate să le asigure sau să le restaureze.

a) Pacientul are dreptul de a-și alege liber medicul.

b) Pacientul are dreptul de a fi îngrijit de un medic care este liber să facă judecăți clinice și etice fără nicio interferență externă.

c) Pacientul are dreptul să accepte sau să refuze tratamentul după ce a primit informații adecvate.

d) Pacientul are dreptul să se aștepte ca medicul său să respecte natura confidențială a tuturor detaliilor sale medicale și personale.

e) Pacientul are dreptul de a muri în demnitate.

f) Pacientul are dreptul de a primi sau de a refuza confortul spiritual și moral, inclusiv ajutorul unui ministru al unei religii corespunzătoare.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale Privind Drepturile Pacientilor, Adoptată de cea de-a 34-a Adunare Medicală Mondială, Lisabona, Portugalia, septembrie / octombrie 1981)

Art. 8

Reiterând Declarația de la Geneva, Codul internațional de etică medicală și Declarația de la Lisabona privind Drepturile pacientului și având în vedere importanța vitală a relației dintre medic și pacient în istorie și în contextul actual și viitor al medicinii, WMA și membrii săi constituenți:

1. Reafirma că autonomia profesională și independența clinică sunt componente esențiale ale unei asistente medicale de înaltă calitate și de profesionalism medical, protejând dreptul pacienților de a primi îngrijirea medicală pe care aceștia o au nevoie.

2. Îndemna toți actorii implicați în reglementarea relației pacient-medic (guverne și sănătate autoritățile in sanatate , asociațiile medicale, medicii și pacienții) pentru a apăra, proteja și întări relatia dintre medic si pacient, bazată pe îngrijiri de înaltă calitate, ca patrimoniu științific, de sănătate, cultural și social.

3. Face apel la membrii constituanți și medicii individuali pentru a păstra această relație ca nucleu fundamental a oricărei acțiuni medicale axate pe o persoană, pentru a apăra profesia medicală și valorile etice ale acesteia, inclusiv compasiune, competență, respectul reciproc și autonomia profesională și pentru a sprijini îngrijirea centrată pe pacient.

4. Reafirmă opoziția la interferența din partea guvernelor, a altor agenții și a administrațiilor instituționale din practicarea medicinei și in relatia pacient-medic

5. Își reafirmă devotamentul de a furniza servicii medicale competente în deplină independență profesională și morală, cu compasiune și respect pentru demnitatea umană.

6. Se angajeaza să abordeze factorii emergenți care ar putea reprezenta o amenințare pentru relația pacient-medic și pentru a lua măsuri pentru a atenuarea acestor factori.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Cordoba privind relatia medic-pacient, adoptata de cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie 2020 - Recomandari)

1.1.2.1. Dreptul la libertatea si siguranta persoanei

Art. 9

Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.

(Art. 3, Declaratia Universala a Drepturilor Omului, Organizatia Natiunilor Unite, 10 Decembrie 1948)

Art. 10

Orice individ are dreptul la libertate și la securitatea persoanei sale. Nimeni nu poate fi arestat sau deținut în mod arbitrar. Nimeni nu poate fi privat de libertatea sa decât pentru motivele legale și în conformitate cu procedura prevăzută de lege.

(Art. 9 (1), Pactul international pentru drepturi civile si politice)

Art. 11

Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.

(Art. 12, Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale)

Art. 12

În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare:... (b) dreptul la securitatea persoanei și la protecția statului împotriva violențelor sau maltratărilor, fie din partea funcționarilor guvernului, fie a oricărui individ, grup sau instituție

(Art 5 (b), Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, Organizatia Natiunilor Unite, 4 Ianuarie, 1969)

Art. 13

Respectul pentru persoană încorporează cel puțin două considerente etice fundamentale, și anume:

a) Respectarea autonomiei, care presupune ca persoanele capabile sa discearnă cu privire la alegerile lor personale să fie tratate cu respect pentru capacitatea lor de autodeterminare; și

b) Protecția persoanelor cu autonomie diminuată sau deficientă, care presupune ca cei care sunt dependenți sau vulnerabili să beneficieze de măsuri de siguranță împotriva prejudiciilor sau abuzurilor.

(Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale. Directive etice internaționale privind studiul biomedical cu implicarea subiecților umani, 2002)

Art. 14

(1) Orice pacient are dreptul de a fi tratat in mediul cel mai puțin restrictiv și cu tratamentul cel mai puțin restrictiv sau intruziv, adecvat pentru nevoile de sănătate ale pacientului. In același timp trebuie protejată și siguranța celorlalte persoane.

(2) Tratamentul și ingrijirea fiecărui pacient se bazează pe un plan individual, discutat cu pacientul, revizuit periodic, după cum este necesar, de către un personal calificat.

(3) Ingrijirea sănătății mintale trebuie să fie furnizată intotdeauna in conformitate cu standardele aplicabile de etică pentru practicienii din domeniul sănătății mintale, inclusiv standardele acceptate la nivel internațional, cum ar fi principiile eticii medicale relevante pentru personalul medical, in special pentru medici, privind protecția prizonierilor și deținuților impotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente săvarșite cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Cunoștințele și aptitudinile din domeniul sănătății mintale nu trebuie sa fie folosite abuziv.

(4) Tratamentul fiecărui pacient trebuie să fie direcționat spre conservarea și consolidarea autonomiei personale

(Principiul 9, Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru imbunătățirea sănătății mintale. Doc. ONU. A/RES/46/119. 17 decembrie 1991.)

Art. 15

Preambul:

1. Medicii se străduiesc să ofere pacienților o sănătate și o îngrijire medicală de cea mai înaltă calitate. Siguranța pacienților este unul dintre elementele de bază ale calității în sănătate și îngrijiri medicale.

2. Progresul în domeniul științei și tehnologiei medicale și conexe a transformat medicina modernă într-un sistem de sănătate avansat și complex.

3. Riscurile inerente au existat întotdeauna în medicina clinică. Evoluțiile medicinii moderne au dus la riscuri noi și uneori mai mari - unele evitabile, altele inerente.

4. Medicii ar trebui să încerce să prevadă aceste riscuri și să le gestioneze în tratamentul pacienților.

Principii:

1. Medicii trebuie să se asigure că siguranța pacientului este întotdeauna luată în considerare în timpul luării deciziilor medicale.

2. Indivizii și procesele sunt rareori singurele responsabile pentru producerea de erori. Mai degrabă, elemente separate se combină și produc împreună o situație de risc ridicat. Prin urmare, ar trebui să existe o cultură non-punitivă pentru raportarea confidențială a erorilor de asistență medicală, care se concentrează pe prevenirea și corectarea eșecurilor sistemelor și nu pe culpabilitatea individuală sau a organizației.

3. O înțelegere realistă a riscurilor inerente medicamentului modern impune ca medicii să depășească limitele profesionale ale asistenței medicale și să coopereze cu toate părțile relevante, inclusiv pacienții, pentru a adopta o abordare sistematică proactivă a siguranței pacientului.

4. Pentru a crea o astfel de abordare a sistemelor, medicii trebuie să absoarbă continuu o gamă largă de cunoștințe științifice avansate și să se străduiască continuu să îmbunătățească practica medicală.

5. Toate informațiile care privesc siguranța unui pacient trebuie împărtășite tuturor părților relevante, inclusiv pacientului. Cu toate acestea, confidențialitatea pacientului trebuie să fie strict protejată.

Recomandari:

Prin urmare, Asociatia Medicala Mondiala recomandă următoarele asociațiilor medicale naționale:

1. Asociațiile medicale naționale ar trebui să promoveze politicile privind siguranța pacienților tuturor medicilor din țările lor;

2. Asociațiile medicale naționale ar trebui să încurajeze medici individuali, alți profesioniști din domeniul sănătății, pacienți și alte persoane și organizații relevante să lucreze împreună pentru a stabili sisteme care să asigure siguranța pacientului;

3. Asociațiile medicale naționale ar trebui să încurajeze dezvoltarea de modele eficiente pentru promovarea siguranței pacienților prin educația medicală continuă / dezvoltarea profesională continuă;

4. Asociațiile medicale naționale ar trebui să coopereze între ele și să facă schimb de informații despre evenimente adverse, inclusiv erori, soluțiile lor și „lecțiile învățate” pentru a îmbunătăți siguranța pacientului.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind siguranta pacientului, adoptata de cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washington, DC, SUA, Octombrie 2002 si reafirmata de cea de-a 191-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Republica Ceha, Aprilie 2012)

1.2.2.2. Dreptul la viață privată

Art. 16

Medicul va păstra secretul profesional şi va acţiona în acord cu dreptul legal al fiecărei persoane la respectul vieţii sale private din punctul de vedere al informaţiilor referitoare la sănătatea sa.

(Art. 17, Codul de deontologie al Colegiului Medicilor din Romania)

Art. 17

Toate informaţiile privind starea pacientului, rezultatele investigaţiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidenţiale chiar şi după decesul acestuia.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 18

Informaţiile cu caracter confidenţial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul îşi dă consimţământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 19

În cazul în care informaţiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditaţi, implicaţi în tratamentul pacientului, acordarea consimţământului nu mai este obligatorie.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 20

Pacientul are acces la datele medicale personale.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 21

(1) Orice amestec în viaţa privată, familială a pacientului este interzis, cu excepţia cazurilor în care această imixtiune influenţează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate şi numai cu consimţământul pacientului.

(2) Sunt considerate excepţii cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 22

Nimeni nu va fi supus la imixtiuni arbitrare în viața sa personală, în familia sa, în domiciliul lui sau în corespondența sa, nici la atingeri aduse onoarei și reputației sale. Orice persoană are dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea imixtiuni sau atingeri.

(Art. 12, Declaratia Universala a Drepturilor Omului)

Art. 23

(1) Nimeni nu va putea fi supus vreunor imixtiuni arbitrare sau ilegale în viața particulară, în familia, domiciliul sau corespondența sa, nici la atingeri ilegale aduse onoarei și reputației sale.

(Art. 17, Pactul internațional pentru drepturile civile și politice)

Art. 24

(1) Niciun copil nu va fi supus unei imixtiuni arbitrare sau ilegale în viața sa privată, în familia sa, în domiciliul său ori în corespondența sa, precum și niciunui fel de atac ilegal la onoarea și reputația sa.

(Art. 16, Conventia asupra Drepturilor Copilului)

Art. 25

1. Nicio persoană cu dizabilități, indiferent de locul sau de tipul de reședință, nu va fi supusă intruziunii arbitrare sau nelegale în viața personală, în familia, căminul ori corespondența sa sau în alte tipuri de comunicare ori atacurilor ilegale la onoarea și reputația sa. Persoanele cu dizabilități au dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea intruziuni sau atacuri.

2. Statele părți vor proteja confidențialitatea informațiilor referitoare la datele personale, medicale și de reabilitare ale persoanelor cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți.

(Art. 22, Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Organizatia Natiunilor Unite, 30 martie 2007)

Art. 26

Niciun lucrător migrant sau membru al familiei sale nu va fi supus la imixtiuni arbitrare sau nelegale în viața sa privată, de familie, corespondență sau alte mijloace de comunicare, sau la atingeri nelegale la onoare și reputație. Fiecare lucrător migrant și membru al familiei sale are dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea imixtiuni sau atingeri.

(Art. 14, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 27

Guvernele, în colaborare cu organizațiile neguvernamentale, organizațiile patronale și sindicale și cu sprijinul instituțiilor internaționale... (f) Reproiectarea informațiilor de sănătate, serviciilor și instructajului pentru lucrătorii medicali, în vederea sensibilizării acestora privind aspectele legate de gen și reflectării perspectivelor utilizatorului cu privire la abilitățile interpersonale, de comunicare și dreptul utilizatorului la viața privată și confidențialitate. Aceste servicii, cunoștințe și instructaje ar trebui să adopte o abordare holistică ...

(Art. 106, Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune, A patra Conferință mondială privind femeile. Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune, Septembrie 1995)

Art. 28

(1) Prelucrarea datelor cu caracter personal legate de originea rasială sau etnică, de convingerile politice, religioase, filozofice sau de natură similară, de apartenenţa sindicală, precum şi a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate sau viaţa sexuală este interzisă.

(2) Prevederile alin. (1) nu se aplică în următoarele cazuri:

a) când persoana vizată şi-a dat în mod expres consimţământul pentru o astfel de prelucrare;

b) când prelucrarea este necesară în scopul respectării obligaţiilor sau drepturilor specifice ale operatorului în domeniul dreptului muncii, cu respectarea garanţiilor prevăzute de lege; o eventuală dezvăluire către un terţ a datelor prelucrate poate fi efectuată numai dacă există o obligaţie legală a operatorului în acest sens sau dacă persoana vizată a consimţit expres la această dezvăluire;

c) când prelucrarea este necesară pentru protecţia vieţii, integrităţii fizice sau a sănătăţii persoanei vizate ori a altei persoane, în cazul în care persoana vizată se află în incapacitate fizică sau juridică de a-şi da consimţământul;

d) când prelucrarea este efectuată în cadrul activităţilor sale legitime de către o fundaţie, asociaţie sau de către orice altă organizaţie cu scop nelucrativ şi cu specific politic,

filozofic, religios ori sindical, cu condiţia ca persoana vizată să fie membră a acestei organizaţii sau să întreţină cu aceasta, în mod regulat, relaţii care privesc specificul activităţii organizaţiei şi ca datele să nu fie dezvăluite unor terţi fără consimţământul persoanei vizate;

e) când prelucrarea se referă la date făcute publice în mod manifest de către persoana vizată;

f) când prelucrarea este necesară pentru constatarea, exercitarea sau apărarea unui drept în justiţie;

g) când prelucrarea este necesară în scopuri de medicină preventivă, de stabilire a diagnosticelor medicale, de administrare a unor îngrijiri sau tratamente medicale pentru persoana vizată ori de gestionare a serviciilor de sănătate care acţionează în interesul persoanei vizate, cu condiţia ca prelucrarea datelor respective să fie efectuate de către ori sub supravegherea unui cadru medical supus secretului profesional sau de către ori sub supravegherea unei alte persoane supuse unei obligaţii echivalente în ceea ce priveşte secretul;

h) când legea prevede în mod expres aceasta în scopul protejării unui interes public important, cu condiţia ca prelucrarea să se efectueze cu respectarea drepturilor persoanei vizate şi a celorlalte garanţii prevăzute de prezenta lege.

(Art. 7, Legea nr. 677 din 21 noiembrie 2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date)

Art. 29

(1) În afara cazurilor prevăzute la anterior nu se aplică în privinţa prelucrării datelor privind starea de sănătate în următoarele cazuri:

a) dacă prelucrarea este necesară pentru protecţia sănătăţii publice;

b) pentru prevenirea săvârşirii unei fapte penale sau pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte ori pentru înlăturarea urmărilor prejudiciabile ale unei asemenea fapte.

(2) Prelucrarea datelor privind starea de sănătate poate fi efectuată numai de către ori sub supravegherea unui cadru medical, cu condiţia respectării secretului profesional, cu excepţia situaţiei în care persoana vizată şi-a dat în scris şi în mod neechivoc consimţământul atâta timp cât acest consimţământ nu a fost retras, precum şi cu excepţia situaţiei în care prelucrarea este necesară pentru prevenirea unui pericol iminent, pentru prevenirea săvârşirii unei fapte penale, pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte sau pentru înlăturarea urmărilor sale prejudiciabile.

(3) Cadrele medicale, instituţiile de sănătate şi personalul medical al acestora pot prelucra date cu caracter personal referitoare la starea de sănătate, fără autorizaţia autorităţii de supraveghere, numai dacă prelucrarea este necesară pentru protejarea vieţii, integrităţii fizice sau sănătăţii persoanei vizate. Când scopurile menţionate se referă la alte persoane sau la public în general şi persoana vizată nu şi-a dat consimţământul în scris şi în mod neechivoc, trebuie cerută şi obţinută în prealabil autorizaţia autorităţii de supraveghere. Prelucrarea datelor cu caracter personal în afara limitelor prevăzute în autorizaţie este interzisă.

(4) Cu excepţia motivelor de urgenţă, autorizaţia prevăzută la alin. (3) poate fi acordată numai după ce a fost consultat Colegiul Medicilor din România.

(5) Datele cu caracter personal privind starea de sănătate pot fi colectate numai de la persoana vizată. Prin excepţie, aceste date pot fi colectate din alte surse numai în măsura în care este necesar pentru a nu compromite scopurile prelucrării, iar persoana vizată nu vrea ori nu le poate furniza.

(Art. 9, Legea nr. 677 din 21 noiembrie 2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date)

Art. 30

Preambul

Medicii practicieni au o datorie etică și o responsabilitate profesională de a acționa în interesul maxim al pacienților lor, fără a ține cont de vârstă, sex, orientare sexuală, capacitate sau dizabilitate fizică, rasă, religie, cultură, credințe, apartenență politică, mijloace financiare sau naționalitate.

Această îndatorire include susținerea pacienților, atât ca grup (cum ar fi consilierea pentru probleme de sănătate publică), cât și ca persoane.

Ocazional, această datorie poate intra în conflict cu celelalte atribuții legale, etice și / sau profesionale ale medicului, creând dileme sociale, profesionale și etice pentru medic.

În mai multe contexte pot apărea potențiale conflicte cu obligația medicului de a pleda în numele pacientului său:

1. Conflict între obligația de consiliere și confidențialitate - Un medic este obligat din punct de vedere etic și adesea legal să păstreze cu încredere informațiile personale de sănătate ale pacientului și orice informații transmise medicului de către pacient în timpul îndatoririlor sale profesionale. Acest lucru poate intra în conflict cu obligația medicului de a pleda și proteja pacienții acolo unde pacienții pot fi incapabili să facă acest lucru singuri.

2. Conflictul dintre cel mai bun interes al pacientului și angajatorul sau dorintele asigurătorului - Deseori există potențial de conflict între datoria unui medic de a acționa în interesul cel mai bun al pacienților săi și dispozițiile angajatorului medicului sau ale organismului de asigurare, a cărei decizie poate fi modelată de factori economici sau administrativi fără legătură cu sănătatea pacientului. Exemple în acest sens ar putea fi impunerea unui asigurător de a prescrie un anumit medicament, în cazul în care medicul consideră că un medicament diferit ar corespunde mai bine unui anumit pacient sau refuzarea unei asigurări pentru un tratament pe care un medic îl consideră necesar.

3. Conflict între interesele individuale ale pacientului și societatea - Deși obligația principală a medicului este față de pacientul său, medicul poate, în anumite circumstanțe, să aibă responsabilități față de familia pacientului și / sau de societate. Acest lucru poate apărea în cazuri de conflict între pacient și familia sa, în cazul pacienților minori sau incapacitați sau în contextul resurselor limitate.

4. Conflictul dintre dorințele pacientului și judecata profesională a medicului sau valorile morale - Se presupune că pacienții sunt cei mai buni arbitri ai intereselor lor și, în general, un medic ar trebui să pledeze pentru și să accepte dorințele pacientului său. Cu toate acestea, în anumite cazuri, astfel de dorințe pot fi contrare judecății profesionale sau valorilor personale ale medicului.

Recomandari

1. Obligația de confidențialitate trebuie să fie primordială, cu excepția cazurilor în care medicul este obligat legal sau etic să dezvăluie aceste informații pentru a proteja bunăstarea fiecărui

pacient, terți sau societate. În astfel de cazuri, medicul trebuie să depună eforturi rezonabile pentru a notifica pacientul despre obligația de a încălca confidențialitatea și pentru a explica motivele pentru care se face acest lucru, cu excepția cazului în care acest lucru este în mod clar inadmisibil (cum ar fi faptul că a spune pacientului ar exacerba o amenințare) În anumite cazuri, cum ar fi testarea genetică sau HIV, medicii ar trebui să discute cu pacienții lor, înainte de a efectua testul, cazuri în care ar putea fi necesară încălcarea confidențialității. Un medic ar trebui să încalce confidențialitatea pentru a proteja pacientul individual numai în cazurile de pacienți minori sau incompetenți (cum ar fi anumite cazuri de abuz de copii sau vârstnici) și numai în cazul în care nu sunt disponibile măsuri alternative. În toate celelalte cazuri, confidențialitatea poate fi încălcată numai cu acordul specific al pacientului sau al reprezentantului său legal sau, dacă este necesar, pentru tratamentul pacientului, cum ar fi în cadrul consultărilor dintre medicii medici. Ori de câte ori trebuie încălcată confidențialitatea, aceasta trebuie făcută numai în măsura necesară și numai părții sau autorității relevante.

2. În toate cazurile în care obligația unui medic față de pacientul său este în conflict cu dispozițiile administrative ale angajatorului sau ale asigurătorului, medicul trebuie să se străduiască să schimbe decizia organismului angajator / asigurător. Obligația sa finală trebuie să fie față de pacient. Mecanismele ar trebui să existe pentru a proteja medicii care doresc să conteste deciziile angajatorilor / asigurătorilor fără a-și pune în pericol locurile de muncă și pentru a rezolva dezacordurile dintre profesioniștii medicali și administratori cu privire la alocarea resurselor. Aceste mecanisme ar trebui să fie incluse în contractele de muncă ale medicilor. Aceste contracte de muncă ar trebui să recunoască faptul că obligațiile etice ale practicienilor medicali depășesc obligațiile pur contractuale legate de angajare.

3. Medicul trebuie să fie conștient și să țină seama de factorii economici și de alți factori înainte de a lua o decizie cu privire la tratament. Cu toate acestea, medicul are obligația de a pleda în numele pacientului său pentru accesul la cel mai bun tratament disponibil. În toate cazurile de conflict dintre obligația medicului față de pacientul individual și obligația față de familia pacientului sau de societate, obligația la pacientul individual ar trebui să aibă în general prioritate.

4. Pacienții competenți au dreptul să stabilească, pe baza nevoilor, valorilor și preferințelor lor, ceea ce constituie pentru ei cel mai bun curs de tratament în orice situație dată. Dacă nu este o situație de urgență, medicii nu ar trebui să fie obligați să participe la orice proceduri care intră în conflict cu valorile personale sau cu judecata profesională. În astfel de cazuri care nu sunt de urgență, medicul ar trebui să explice pacientului incapacitatea acestuia de a îndeplini dorințele pacientului, iar pacientul trebuie să fie trimis la alt medic, dacă este necesar.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind consilierea si confidentialitatea, adoptat de cea de-a 45-a Adunare Generala Medicala, Budapesta, Ungaria, Octombrie 1993, si revizuit de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Africa de Sud, Octombrie 2006 si reafirmata de cea de-a 203-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Buenos Aires, Argentina, Aprilie 2016)

1.1.2.3. Dreptul la acces la informație

Art. 31

Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum şi la modul de a le utiliza.

(Art. 4, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 32

(1) Obligaţia medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv faţă de membrii familiei persoanei respective.

(2) Obligaţia medicului să păstreze secretul profesional persistă şi după ce persoana respectivă a încetat să îi fie pacient sau a decedat.

(Art. 18, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania)

Art. 33

(1) Medicul va gestiona informaţia medicală în baza prevederilor prezentului cod, ale legislaţiei în vigoare sau în baza mandatului pacientului.

(2) Obligaţia medicului de informare nu mai subzistă în cazul în care pacientul decide, sub semnătură, că nu mai doreşte să fie informat în cazul în care informaţiile prezentate de către medic i-ar cauza suferinţă.

(Art. 19, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 34

Derogările de la dreptul fiecărei persoane la respectul vieţii sale private din punctul de vedere al informaţiilor referitoare la sănătate sunt numai cele prevăzute în mod expres de lege.

(Art. 20, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 35

Medicul care a răspuns unei solicitări cu caracter medical se va asigura că persoana respectivă a înţeles pe deplin prescripţia, recomandarea sau orice altă cerinţă a medicului, precum şi cu privire la faptul că pacientul este, după caz, preluat de o altă unitate medicală ori în supravegherea altui specialist în domeniu.

(Art. 27, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 36

(1) În situaţia în care pacientul a fost preluat sau îndrumat către un alt specialist, medicul va colabora cu acesta din urmă, punându-i la dispoziţie orice fel de date sau informaţii cu caracter medical referitoare la persoana în cauză şi informându-l cu privire la orice altă chestiune legată de starea de sănătate a acesteia.

(2) Recomandările formulate de alţi specialişti în scris, inclusiv sub forma scrisorii medicale, nu au caracter obligatoriu pentru medicul curant, acesta având libertate de decizie, conform propriilor competenţe profesionale şi situaţiei particulare a pacientului.

(Art.28, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 37

(1) În cazul unui consult organizat de către medicul curant în condiţiile articolului anterior, luarea şi comunicarea deciziei finale aparţin medicului care l-a organizat.

(2) Dacă opinia majorităţii medicilor participanţi la un consult organizat în condiţiile articolului anterior diferă de a medicului care a organizat consultul, pacientul ori, după caz, instituţia sau persoana abilitată va fi informată.

(Art.30, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 38

În situaţia în care este necesar, medicul, cu consimţământul pacientului sau, după caz, al persoanei, respectiv al instituţiei abilitate, va solicita părerea unuia sau mai multor medici, cu care se poate consulta, pentru luarea celor mai adecvate măsuri în interesul pacientului.

(Art. 29, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 39

(1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identităţii şi statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.

(2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor şi obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.

(Art. 5, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 40

Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervenţiilor medicale propuse, a riscurilor potenţiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului şi nerespectării recomandărilor medicale, precum şi cu privire la date despre diagnostic şi prognostic.

(Art. 6, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 41

Pacientul are dreptul de a decide dacă mai doreşte să fie informat în cazul în care informaţiile prezentate de către medic i-ar cauza suferinţă.

(Art. 7, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 42

Informaţiile se aduc la cunoştinţă pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaşte limba română, informaţiile i se aduc la cunoştinţă în limba maternă ori în limba pe care o cunoaşte sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.

(Art. 8, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 43

Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat şi de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

(Art. 9, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 44

Pacientul are dreptul de a cere şi de a obţine o altă opinie medicală.

(Art. 11, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 45

Rudele şi prietenii pacientului pot fi informaţi despre evoluţia investigaţiilor, diagnostic şi tratament, cu acordul pacientului.

(Art. 10, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 46

Pacientul sau persoana desemnată în mod expres de acesta, conform prevederilor art. 9 şi 10, are dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigaţiilor, diagnosticului,

tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării şi, la cerere, o copie a înregistrărilor investigaţiilor de înaltă performanţă, o singură dată.

(Art. 12, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 47

Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenţie medicală asumându-şi, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecinţele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

(Art. 13, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 48

Când pacientul nu îşi poate exprima voinţa, dar este necesară o intervenţie medicală de urgenţă, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinţei acestuia.

(Art. 14, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 49

În cazul în care pacientul necesită o intervenţie medicală de urgenţă, consimţământul reprezentantului legal nu mai este necesar.

(Art. 15, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 50

În cazul în care se cere consimţământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înţelegere.

(Art. 16, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 51

(1) În cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenţia este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să îşi dea consimţământul, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate.

(2) Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienţii internaţi în spitale şi din 2 medici pentru pacienţii din ambulator.

(Art. 17, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 52

Consimţământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.

(Art. 18, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 53

Consimţământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învăţământul medical clinic şi la cercetarea ştiinţifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare ştiinţifică persoanele care nu sunt capabile să îşi exprime voinţa, cu excepţia obţinerii consimţământului de la reprezentantul legal şi dacă cercetarea este făcută şi în interesul pacientului.

Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat într-o unitate medicală fără consimţământul său, cu excepţia cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului şi evitării suspectării unei culpe medicale.

(Art. 19, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 54

(1) Nicio intervenţie în domeniul sănătăţii nu se poate efectua decât după ce persoana vizată şi-a dat consimţământul liber şi în cunoştinţă de cauză.

(2) În aceleaşi condiţii, consimţământul se poate retrage în orice moment de persoana vizată.

(3) Dispoziţiile privind retragerea consimţământului sunt valabile şi în ceea ce priveşte consimţământul exprimat, în condiţiile legii, de altă persoană sau instituţie decât persoana respectivă.

(Art. 11, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 55

(1) Atunci când, conform legii, un minor nu are capacitatea de a consimţi la o intervenţie, aceasta nu se poate efectua fără acordul reprezentantului său, autorizarea unei autorităţi sau a unei alte persoane ori instanţe desemnate prin lege.

(2) Medicul, în funcţie de vârsta şi gradul de maturitate a minorului şi numai strict în interesul acestuia, poate lua în considerare şi părerea minorului.

(Art. 12, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 56

Atunci când, conform legii, un major nu are, din cauza unui handicap mintal, a unei boli sau dintr-un motiv similar, capacitatea de a consimţi la o intervenţie, aceasta nu se poate efectua fără acordul reprezentantului său ori fără autorizarea unei autorităţi sau a unei persoane ori instanţe desemnate prin lege.

(Art. 13, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 57

(1) Medicul va solicita şi va primi consimţământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă sau cea îndreptăţită să îşi dea acordul cu privire la intervenţia medicală a primit informaţii adecvate în privinţa scopului şi naturii intervenţiei, precum şi în privinţa consecinţelor şi a riscurilor previzibile şi în general acceptate de societatea medicală.

(2) Pe cât posibil, medicul va urmări ca informarea să fie adecvată şi raportată persoanei care urmează să îşi manifeste consimţământul.

(Art. 14, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 58

Atunci când, din cauza unei situaţii de urgenţă, nu se poate obţine consimţământul adecvat, se va putea proceda imediat la orice intervenţie indispensabilă din punct de vedere medical în folosul sănătăţii persoanei vizate.

(Art. 15, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 59

În interesul pacientului sunt valabile şi vor fi luate în considerare autorizările şi dorinţele exprimate anterior cu privire la o intervenţie medicală de către un pacient care, în momentul noii intervenţii, nu este într-o stare care să îi permită să îşi exprime voinţa sau dacă prin natura sa actul medical are o succesiune şi o repetabilitate specifică.

(Art. 16, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 60

Cu excepţia unor situaţii obiectiv excepţionale şi imposibil de înlăturat, orice decizie medicală se va baza în primul rând pe examinarea personală şi nemediată a pacientului de către medicul respectiv.

(Art. 25, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 61

Investigaţia ori intervenţia medicală la distanţă, în oricare dintre formele şi modalităţile existente, este permisă numai în situaţia în care pacientul este asistat nemijlocit de către medicul său, iar scopul investigaţiei şi procedurilor la care este supus pacientul este acela de a ajuta medicul să determine diagnosticul, să stabilească tratamentul sau să întreprindă orice altă măsură medicală necesară finalizării actului medical sau intervenţiei medicale în cazul operaţilor. Excepţie fac situaţiile de urgenţă.

(Art. 32, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 62

În toate situaţiile medicul va respecta dreptul pacientului de a obţine o a doua opinie medicală.

(Art. 31, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 63

Avand in vedere cele mentionate mai sus cu titlul ”Dreptul de acces la informatie” Consiliul etic al Spitalului Municipal Motru recomanda completarea si anexarea la foaia de observatie a pacientului a Formularului de consimtamant etic din Anexa 1.

(Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru)

Art. 64

Orice om are dreptul la libertatea opiniilor și exprimării; acest drept include libertatea de a avea opinii fără imixtiune din afară, precum și libertatea de a căuta, de a primi și de a răspandi informații și idei prin orice mijloace și independent de frontierele de stat.

(Art. 19, Declaratia Universala a Drepturilor Omului)

Art. 65

Orice persoană are dreptul la libertatea de exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și de a răspandi informații și idei de orice fel, indiferent de frontiere, sub formă orală, scrisă, tipărită ori artistică, sau prin orice alt mijloc, la alegerea sa.

(Art. 19(2), Pactul internațional pentru drepturile civile și politice)

Art. 66

Statele părți vor recunoaște importanța funcției indeplinite de mijloacele de informare in masă și vor asigura accesul copilului la informație și materiale provenind din surse naționale și internaționale, in special cele care urmăresc promovarea bunăstării sale sociale, spirituale și morale și a sănătății sale fizice și mintale.

(Art. 17, Conventia Asupra Dreprurilor Copilului)

Art. 67

Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități își pot exercita dreptul la libertatea de expresie și opinie, inclusiv libertatea de a căuta, primi și impărtăși informații și idei, in condiții de egalitate cu ceilalți, prin toate formele de comunicare alese de ele, după cum sunt definite in articolul 2 din prezenta Convenție, inclusiv prin:

(a) Furnizarea informațiilor destinate publicului larg, către persoanele cu dizabilități, in formate accesibile și cu tehnologii adecvate diverselor tipuri de dizabilități, la timp și fără cost suplimentar;

(Art. 21, Pactul internațional pentru drepturile civile și politice)

Art. 68

Muncitorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la liberă exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și răspandi informații și idei independent de frontierele de stat, verbal, in scris sau tipărit, in formă artistică sau prin intermediul oricărui mijloc media la alegerea lui.

(Art 13(2), Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 69

(1) Muncitorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul de a fi informați de către statul
de origine, statul de angajare sau statul de tranzit, cu privire la: (a) drepturile lor care decurg din prezenta convenție;

(3) Astfel de informații adecvate se furnizează la cerere muncitorilor migranți și membrilor familiilor acestora, in mod gratuit și, pe cat posibil, intr-o limbă pe care sunt capabili să o înțeleagă.

(Art 33, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 70

Informația exactă, relevantă și cuprinzătoare este esențială pentru a permite pacienților și celor care ii ingrijesc să ia decizii informate asupra ingrijirii și tratamentului medical și a traiului in prezența afecțiunii pe care o au. Informația trebuie să fie prezentată intr-un format corespunzător principiilor de cunoștințe in domeniul sănătății, luand in considerare starea, limba, varsta, înțelegerea, abilitățile și cultura persoanei.

(Principiul 5, Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient)

Art. 71

Asociația Medicală Mondială și membrii componenți ai acesteia în numele membrilor lor medici, vor susține și se vor angaja pentru următoarele acțiuni:

1. Promovarea inițiativelor pentru îmbunătățirea accesului la informații medicale în timp util, actuale și bazate pe dovezi pentru profesioniștii din domeniul sănătății, pacienții și publicul, pentru a sprijini luarea de decizii adecvate, schimbări în stilul de viață, comportament continuu și îmbunătățirea calității asistenței medicale - menținând astfel dreptul la sănătate.

2. Promovarea standardelor de bună practică și etică pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de informații, garantând informații fiabile și de calitate, produse cu participarea medicilor, a altor profesioniști din domeniul sănătății și a reprezentanților pacienților.

3. Sprijină cercetarea pentru identificarea factorilor de activitate și barierelor pentru disponibilitatea informațiilor medicale, inclusiv modul de îmbunătățire a producției și diseminării informațiilor bazate pe dovezi pentru public, pacienți și profesioniști din domeniul sănătății și măsuri pentru creșterea nivelului de educație în sănătate și capacitatea de a găsi și interpreta astfel de informații.

4. Asigurați-vă că profesioniștii din domeniul sănătății au acces la informații bazate pe dovezi privind diagnosticul și tratamentul bolilor, inclusiv informații nepărtinitoare privind medicamentele. O atenție deosebită trebuie acordată celor care lucrează în asistența primară în țările cu venituri mici și medii.

5. Combate miturile și dezinformarea în jurul asistenței medicale prin dovezi științifice și clinice validate și îndemnând mass-media să raporteze în mod responsabil cu privire la problemele

de sănătate. Aceasta include studiul credințelor legate de sănătate care decurg din diferențe culturale sau sociologice. Acest lucru va îmbunătăți eficacitatea activităților de promovare a sănătății și va permite ca diseminarea informațiilor medicale să fie direcționată în mod adecvat către diferite segmente ale populației.

6. Îndeamnă guvernele să își recunoască obligația morală de a lua măsuri pentru a îmbunătăți disponibilitatea și utilizarea informațiilor de asistență medicală bazate pe dovezi. Aceasta include:

• resurse pentru selectarea, compilarea, integrarea și canalizarea informațiilor și cunoștințelor validate științific. Aceasta trebuie adaptată pentru a viza diferiți destinatari;

• măsuri pentru creșterea disponibilității informațiilor medicale pentru lucrătorii din domeniul sănătății și pentru pacienții din centrele de sănătate;

• folosirea tehnologiei moderne de comunicare și a social media;

• politici care susțin eforturile pentru creșterea disponibilității și a utilizării informațiilor de încredere în domeniul sănătății.

7. Îndeamnă guvernele să ofere sprijinul politic și financiar necesar pentru funcția Organizatiei Mondiale a Sanatatii pentru a asigura accesul la informații autoritare și strategice cu privire la problemele care afectează sănătatea popoarelor, pe baza Programului General de muncă al Organizatiei Mondiale a Sanatatii 2019-23.

(Statutul Asociatie Medicale Mondiale privind informatia despre sanatate pentru toti, Adoptata in cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019 - Recomandari)

Art. 72

Avand in vedere cele mentionate mai sus cu titlul ”Dreptul la acces la informatie”, in cazul in care pacientul refuza recomndarile oferite de medicul curant, Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru recomanda completarea si anexarea la foaia de observatie a pacientului a Formularului de refuz al recomandarilor medicale din Anexa 2, in vederea obiectivarii asumarii deciziei luate.

(Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru)

Art. 73

Definitii:

- „Pseudostiință” (știință falsă) se referă la setul de afirmații, presupuneri, metode, credințe sau practici care, fără a urma o metodă științifică validă și recunoscută, sunt prezentate în mod fals ca științifice sau bazate pe dovezi.
- „Pseudoterapiile” (terapii false) sunt acele practici destinate vindecării bolilor, ameliorării simptomelor sau îmbunătățirii stării de sănătate cu proceduri, tehnici, produse sau substanțe bazate pe criterii fără suportul dovezilor științifice actualizate disponibile; și care pot avea riscuri și daune potențiale semnificative.

Preambul

Practica medicală trebuie să se bazeze pe cele mai bune dovezi disponibile actualizate, dovedite științific. Diferențele dintre medicina convențională și alte practici care nu sunt susținute de dovezi științifice alcătuiesc universul complex al pseudoștiințelor și pseudoterapiilor.

Pseudostiințele și pseudoterapiile reprezintă un sistem complex de teorii, ipoteze, afirmații și metode considerate eronat ca științifice, acestea pot determina unii pacienți să perceapă o relație cauză-efect între pseudoterapii și percepția insanatosirii, prin urmare pot fi foarte periculoase și sunt neetice.

Există terapii și tehnici acceptate de comunitatea științifică care, utilizate în mod complementar (cum ar fi nutrițional, confort sau wellness, terapii de mediu și relaxare, sprijin psihoterapeutic sau consolidare, afectivitate și utilizarea placebo-urilor), oferă beneficii principalului validat și terapie medicală eficientă.

Multe țări nu au cadrul de reglementare pentru a aborda aceste pseudoterapii, ceea ce a permis proliferarea lor. În trecut, profesia medicală le considera ca fiind inofensive datorită lipsei lor percepute de efecte secundare, dar în zilele noastre există suficiente dovezi care să sugereze că pot prezenta un risc pentru siguranța pacientului.

Pseudostiința și pseudoterapia pot avea riscuri și daune potențiale semnificative din diverse motive:

• Există riscul ca pacienții să abandoneze tratamente medicale eficiente dovedite a fi eficiente sau măsurile de prevenire în favoarea practicilor care nu au valoare terapeutică demonstrata, ducând uneori la eșecul tratamentului pentru afecțiuni critice care pot duce chiar la deces.

• Există o probabilitate frecventă de întârzieri periculoase și pierderea oportunităților în aplicarea medicamentelor, procedurilor și tehnicilor recunoscute și aprobate de comunitatea medicală științifică ca intervenții eficiente bazate pe dovezi.

• Pot determina pacienții să sufere pierderi financiare, traume psihico-fizice și să meargă împotriva demnității oamenilor, afectandu-le integritatea morală.

• Terapiile nedovedite pot contribui la creșterea costurilor procedurilor de asistență medicală.

Toate noile metode de diagnostic, preventive și terapeutice ar trebui testate în conformitate cu metodele științifice și principiile etice pentru a le evalua siguranța, eficiența, eficacitatea și domeniul de aplicare.

Datoria unui medic este de a oferi asistență medicală de calitate tuturor pacienților pe baza celor mai bune dovezi științifice disponibile, așa cum se menționează în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Geneva și în Codul internațional de etică medicală, care recomandă cele mai înalte norme etice și îngrijiri de calitate pentru siguranța pacientului. Interesul pacientului trebuie plasat înaintea oricărui alt interes, inclusiv al propriului medic.

Recomandari

Astfel, Asociatia Medicala Mondiala face următoarele recomandări:

Autorităților naționale de sănătate

1. Este necesară o reglementare adecvată și riguroasă proporțională cu cele mai bune practici pentru a aborda riscurile și a reduce potențialele prejudicii care decurg din pseudoterapii și pseudostiințe.

2. Autoritățile naționale și sistemele de asistență medicală ar trebui să refuze aprobarea și rambursarea costurilor furnizorilor de pseudoterapii.

3. În colaborare cu organizații medicale profesionale, societăți științifice și asociații de pacienți, autoritățile naționale ar trebui să dezvolte campanii publice de sensibilizare cu privire la riscul pseudoterapiilor și pseudostiințelor.

Membrii constitutivi ai Asociatiei Medicale Mondiale și profesiei medicale

4. Membrii constitutivi ai Asociatiei Medicale Mondiale și profesiei medicale trebuie să recunoască și să fie conștienți de riscurile pseudoterapiilor și pseudostiințelor.

5. Pseudoterapiile și pseudostiințele nu ar trebui să fie privite ca specialități medicale recunoscute de comunitatea științifică și legalizate ca pseudoștiință de specialitate sau subspecialist.

6. Toate actele de intruziune profesională, pseudostiință și activități de pseudoterapie care pun în pericol sănătatea publică trebuie raportate autorităților competente, inclusiv publicitate înșelătoare și site-uri web de asistență medicală neacreditată care oferă servicii și / sau produse și care pun sănătatea pacienților în pericol, totuși confidențialitatea pacientului trebuie respectată. Rolul mass-mediei generale și specializate pentru transparență și veridicitate în creșterea conștientizării științifice critice a publicului este esențial.

7. Membrii constitutivi ar trebui să colaboreze cu guvernele pentru a stabili cel mai înalt nivel de protecție pentru pacienții tratați cu pseudoterapii / pseudostiințe. Atunci când se consideră că o astfel de practică este dăunătoare sau nu este etică de aplicat, ar trebui să existe un sistem care să oprească imediat sau să restricționeze substanțial orice tratament dat clasificat drept complementar și / sau alternativ pentru a proteja sănătatea publică.

Medicii

8. Cu sprijinul organizațiilor și autorităților relevante implicate în guvernarea și reglementarea profesiei medicale, medicii trebuie să continue să practice medicina ca serviciu bazat pe aplicarea cunoștințelor critice științifice actuale, a abilităților de specialitate și a comportamentului etic și să își mențină competențe actualizate cu privire la evoluțiile din domeniul lor profesional.

9. Pentru siguranța și calitatea îngrijirii pacientului, medicul trebuie să aibă libertatea de a prescrie, respectând în același timp dovezile științifice și standardul de îngrijire.

10. Pacientul trebuie să fie informat în mod corespunzător cu privire la opțiunile de terapie disponibile, eficacitatea și riscurile acestora și să poată participa la cele mai bune decizii terapeutice. O bună comunicare, încredere reciprocă și asistență medicală centrată pe persoană sunt pietrele de temelie ale relației medic-pacient. Pacienții și medicii trebuie și trebuie să poată discuta despre riscurile pseudostiinței și pseudoterapiilor. Educația pentru sănătate este fundamentală.

11. Medicii ar trebui educați să identifice pseudostiințele / pseudoterapiile, erorile logice și părtinirile cognitive și să-și sfătuiască pacienții în consecință. Ar trebui să fie conștienți de faptul că unele grupuri de pacienți, cum ar fi pacienții cu cancer, boli psihiatrice sau boli cronice grave, precum și copiii, sunt deosebit de vulnerabili la riscurile asociate utilizării pseudoterapiilor.

12. La obținerea istoricului pacientului (anamneză), medicul ar trebui să se întrebe despre toate măsurile terapeutice (dovedite sau nu) la care pacientul a fost expus sau la care este încă expus. Dacă este necesar, medicul trebuie să informeze pacientul cu privire la potențialele daune asociate cu utilizarea anterioară a pseudoterapiilor și pseudoștiințelor.

13. Medicul trebuie să informeze pacientul că tratamentul complementar nu este o alternativă terapeutică sau un substitut pentru un tratament medical principal validat.

Notă: Scopul acestei declarații nu este medicamentele tradiționale ancestrale și nici așa-numitele medicamente indigene, ferm înrădăcinate în popoare și națiuni, formând o parte intrinsecă a culturii, riturilor, tradițiilor și istoriei lor.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind pseudostiinta si pseudoterapia in domeniul sanatatii, adoptata de cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie, 2020)

1.1.2.4. Dreptul la integritate corporală

Art. 74

Orice individ are dreptul la libertate și la securitatea persoanei sale. Nimeni nu poate fi arestat sau deținut în mod arbitrar. Nimeni nu poate fi privat de libertatea sa decât pentru motivele legale și în conformitate cu procedura prevăzută de lege.

(Art. 9(1), Pactul internațional pentru drepturile civile și politice)

Art. 75

Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.

(Art. 12, Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale)

Art. 76

În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare:

(b) dreptul la securitatea persoanei și la protecția statului împotriva violențelor sau maltratărilor, fie din partea funcționarilor guvernului, fie a oricărui individ, grup sau instituție;

(Art. 5(b), Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială)

Art. 77

Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți:

(a) Se bucură de dreptul la libertate și siguranță a persoanei;

(Art. 14 (1), Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 78

Fiecare persoană cu dizabilități are dreptul de a-i fi respectată integritatea fizică și mentală, în condiții de egalitate cu ceilalți.

(Art. 17, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 79

(1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la libertate și la siguranță.

(3) Lucrătorii migranti și membrii familiilor acestora au dreptul la o protecție efectivă a statului împotriva violenței, vătămarii fizice, amenințărilor și intimidărilor săvârșite fie de către funcționarii publici, fie de către persoane fizice, grupuri sau instituții.

(Art 16, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 80

Respectul pentru persoană încorporează cel puțin două considerente etice fundamentale, și anume:

(a) respectarea autonomiei, care impune ca cei care sunt capabili să discearnă cu privire la alegerile lor personale treuie să fie tratați cu respect pentru capacitatea lor de autodeterminare;

(b) protecția persoanelor cu autonomie deficientă sau diminuată, care impune ca cei care sunt dependenți sau vulnerabili să beneficieze de protecție împotriva efectelor nocive sau a abuzurilor.

(Recomandări Internaționale Etice pentru Studii Biometrice cu Implicarea Subiecților Umani CIOMS. Recomandări etice internaționale pentru studiul biomedical cu implicarea subiecților umani, 2002)

Art. 81

1. Orice pacient are dreptul de a fi tratat într-un mediu cât mai puțin restrictiv și printr-un tratament cât mai puțin restrictiv sau intruziv. Tratamentul trebuie sa fie adecvat nevoilor de sănătate ale pacientului și trebuie sa aibă în vedere necesitatea de a proteja siguranța fizică a celorlalți.

2. Tratamentul și îngrijirea fiecărui pacient se bazează pe un plan individual discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat după cum este necesar și furnizat de către un personal calificat.

3. Serviciile de îngrijiri de sănătate mintală trebuie să fie furnizate întotdeauna în conformitate cu standardele de etică aplicabile pentru practicienii din acest domeniu, inclusiv cu standardele acceptate la nivel internațional, precum Principiile Eticii Medicale relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în ceaa ce privește protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Nu trebuie să se abuzeze de cunoștințele din domeniul sănătății mintale și de alte abilități relevante.

4. Tratamentul fiecarui pacient trebuie să fie direcționat spre conservarea și consolidarea autonomiei personale.

(Principiul 9, Principiile pentru Protecția Persoanelor cu Boli Psihice și pentru Îmbunătățirea Sănătății Mintale Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite . Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea sănătății mintale. Doc. ONU A/RES/46/119.17 decembrie 1991)

1.1.2.5. Dreptul la viață

Art. 82

Dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege. Nimeni nu poate fi privat de viața sa în mod arbitrar.

(Art. 6 (1), Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 83

Statele părți reafirmă că fiecare ființă umană are dreptul inalienabil la viață și vor lua toate măsurile necesare pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități se bucură efectiv de acest drept în condiții de egalitate cu ceilalți.

(Art. 10, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 84

1. Dreptul la viaţă al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenţionat, decât în executarea unei sentinţe capitale pronunţate de un tribunal când infracţiunea este sancţionată cu această pedeapsă prin lege.

2. Moartea nu este considerată ca fiind cauzată prin încălcarea acestui articol în cazurile în care aceasta ar rezulta dintr-o recurgere absolut necesară la forţă :

a. pentru a asigura apărarea oricărei persoane împotriva violenţei ilegale;

b. pentru a efectua o arestare legală sau a împiedica evadarea unei persoane legal deţinute;

c. pentru a reprima, conform legii, tulburări violente sau o insurecţie.

(Art. 2, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 85

1) Statele părți recunosc dreptul la viață al fiecărui copil.

2) Statele părți vor face tot ce le stă în putință pentru a asigura supravegherea și dezvoltarea copilului.

(Art. 6, Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 86

Dreptul la viață al lucrătorilor migranti și a membrilor familiilor este protejat prin lege.

(Art 9, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 87

Lucrătorii migranti și membrii familiilor au dreptul să primească orice îngrijire medicală care este urgentă și necesară pentru protejarea propriei vieți sau evitarea unui prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu trebuie să le fie refuzată din cauza unei neregularități, de orice natură ar fi aceasta, legată de ședere sau angajare.

(Art 16, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

1.1.2.6. Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate

Art. 88

Medicul îşi va dedica întreaga ştiinţă şi pricepere interesului pacientului său şi va depune toată diligenţa pentru a se asigura că decizia luată este corectă, iar pacientul beneficiază de maximum de garanţii în raport cu condiţiile concrete, astfel încât starea sa de sănătate să nu aibă de suferit.

(Art. 8, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 89

Cu excepţia unor cazuri de urgenţă vitală, medicul acţionează potrivit specialităţii, competenţelor şi practicii pe care le are.

(Art. 9, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 90

(1) În orice situaţie, angajamentul profesional al medicului nu poate depăşi competenţa profesională, capacitatea tehnică şi de dotare a cabinetului sau a unităţii sanitare ori baza materială afectată, inclusiv prin convenţii sau colaborări ferme cu alte unităţi sanitare.

(2) Dacă medicul nu are suficiente cunoştinţe ori experienţa necesară pentru a asigura o asistenţă medicală corespunzătoare, acesta va solicita un consult adecvat situaţiei sau va îndruma bolnavul către un astfel de consult la o altă unitate medicală. Aceleaşi dispoziţii se vor aplica şi în

cazul în care dotarea tehnică şi materială a unităţii în care are loc consultul sau intervenţia medicală nu este adecvată consultului, stabilirii diagnosticului sau intervenţiei medicale.

(Art. 26, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 91

Preambul

1. Sănătatea nu este pur și simplu absența bolii, ci este, de asemenea, mai mult decât o stare de înflorire fizică, psihologică și socială și include capacitatea unei persoane de a se adapta la adversitățile fizice, sociale și mentale. Este afectata de mulți factori, inclusiv accesul la îngrijiri de sănătate și în special Determinanții Sociați ai Sănătății (DSS), iar refacerea sa este multidimensională. Societatea are obligația de a pune la dispoziția tuturor membrilor săi accesul la un nivel adecvat de îngrijire, indiferent de capacitatea de plată.

2. Profesioniștii din domeniul sănătății se confruntă în mod regulat cu efectele lipsei de acces la îngrijiri de sănătate și inegalități de sănătate adecvate și au responsabilitatea corespunzătoare de a contribui cu expertiza lor de a lucra cu guvernele la nivel local, regional și național pentru a se asigura că înțeleg determinanții sociali ai sănătății și să se integreze reducerea factorilor care duc la inegalitate în toate politicile. Politicile de asistență medicală ar trebui să sugereze modalități de a elimina inegalitatea de sănătate.

3. Accesul la asistența medicală este un factor important în reducerea consecințelor pe termen scurt, mediu și lung ale sănătății precare, cauzate de condiții sociale și alte condiții adverse. Accesul este în sine multidimensional și este limitat de factori, inclusiv resurse umane pentru sănătate, instruire, finanțe, transport, disponibilitate geografică, libertate de alegere, educație publică, asigurarea calității și tehnologie.

Instrucțiuni

Muncitori in domeniul sanatatii

4. Furnizarea de îngrijiri medicale depinde în mare măsură de disponibilitatea lucrătorilor medicali instruiți. Instruirea nu trebuie să includă doar competențe socio-medicale, ci ar trebui să sublinieze în mod deosebit înțelegerea modului în care factorii determinanți sociali ai sănătății afectează rezultatele sănătății oamenilor.

Distribuția lucrătorilor din domeniul sănătății variază mult, la fel ca și demografia în majoritatea țărilor, unde o populație îmbătrânită constituie o provocare uriașă pentru anii următori. Există distribuție globală inegala. În timp ce toate țările formează lucrătorii din domeniul sănătății, mișcarea globală, în special din țările mai puțin dezvoltate spre cele mai bine dezvoltate, duce la lipsuri continue. Dezvoltarea codurilor de recrutare etică poate contribui la reducerea activităților de recrutare necorespunzătoare de către state. Codurile de recrutare etică ar trebui, de asemenea, aplicate agențiilor de recrutare comercială.

5. Cercetarea este necesară pentru a determina cel mai bun amestec dintre diferiți lucrători din domeniul sănătății pentru diferite setări clinice pentru a răspunde nevoilor populațiilor. Distribuția defectuoasă în țări ar trebui abordată prin căutarea unor metode de atragere a lucrătorilor din domeniul sănătății în zonele rurale și îndepărtate, sau în alte regiuni subestimate, cel puțin pentru o parte a carierei lor. Trebuie analizate concepte inovatoare pentru a face interesantă activitatea în domenii subestimate; nu trebuie utilizate metode de recrutare punitive și coercitive. Recrutarea studenților care își exprimă dorința de a se întoarce în zona natală poate contribui la ameliorarea acestei probleme.

Instruire

6. Instruirea primară a lucrătorilor din domeniul sănătății trebuie să fie adecvată, accesibilă și de bună calitate, ceea ce face ca instruirea să fie costisitoare, țara de origine suportând aceste costuri. Muncitorii se mută pentru a continua cu pregătirea secundară, inclusiv formare profesională superioară și specializare pentru medici, și, de asemenea, pentru a câștiga mai mulți bani care pot fi trimisi acasă pentru a sprijini familia și comunitatea.

7. Ambiția pentru îmbunătățirea de sine este de înțeles; eforturile de creștere a retenției lucrătorilor din domeniul sănătății ar trebui să includă considerarea încurajării revenirii în țara de origine, folosind noile abilități și cunoștințe pentru îmbunătățirea accesului la îngrijiri medicale.

8. Țările nu ar trebui să recruteze activ din alte state. Chiar și atunci când fac acest lucru în mod pasiv, această recrutare ar trebui să aibă loc în conformitate cu standardele etice și cu Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind orientările etice pentru migrația internațională a lucrătorilor din sănătate.

Finanţare

9. Accesul la îngrijire este esențial pentru întreaga populație. Metodele de finanțare a asistenței sunt pentru fiecare țară in functie de deciziile acesteia, în funcție de resursele proprii, de prioritățile sociale și de sănătate și de nevoile de sănătate. Țările ar trebui să dezvolte sisteme de venituri care reduc dependența de plățile din buzunar și de asigurările de sănătate private, deoarece acestea cresc inegalitățile între grupurile de populație.

10. Niciun sistem unic de finanțare nu este ideal pentru fiecare țară; soldul exact trebuie să fie hotărât local. În luarea deciziei privind sistemele de finanțare, guvernele trebuie să înțeleagă natura esențială a asistenței medicale, cerința absolută de a fi disponibilă tuturor, bazată pe nevoia clinică și nu pe capacitatea de plată, iar accesul poate fi restricționat de temerile financiare. Eligibilitatea pentru îngrijire nu asigură accesul, mai ales dacă schemele de coplata le exclud pe cele cu mai puține resurse financiare.

11. Trebuie utilizate mijloace inovatoare pentru a oferi asistență medicală cuprinzătoare, inclusiv parteneriate cu furnizori privați și entități comerciale, care pot fi în măsură să ofere elemente de îngrijire specializată. În acest sens, statele trebuie să se asigure că aceasta nu limitează îngrijirile de specialitate la cea mai mare proporție a populației lor și nici nu ar trebui privită ca o preferință pentru un model privat de asistență medicală.

12. Deciziile de limitare a accesului la elemente de îngrijire a sănătății ar trebui luate pe baza informațiilor obiective, pe baza celor mai bune date științifice disponibile despre eficacitatea și siguranța serviciilor de asistență medicală. Acesta trebuie să includă dezbaterile publice despre conceptele implicate și acceptarea acestora. Nu trebuie introdus nimic care să discrimineze persoanele în vârstă sau populațiile vulnerabile.

13. Publicul ar trebui să aibă acces la informații clare despre resursele de asistență medicală de care dispun și modul în care acestea pot fi accesate. Ar trebui stabilite procese specifice pentru a se asigura că sărăcia sau analfabetismul nu vor fi niciodată o barieră pentru accesul la îngrijire.

Oamenii vulnerabili și greu de accesat

14. Există grupuri de oameni în fiecare țară greu de accesat cu mesaje de îngrijire a sănătății și care deseori solicită îngrijiri medicale cu întârziere în evoluția bolii.

15. O varietate de metode ar trebui utilizate pentru a se asigura că persoanele greu accesibile sunt conștiente de disponibilitatea asistenței medicale, fără costuri directe, inclusiv metode de reducere a fricii și a altor bariere în calea accesului.

16. În cazul în care există vulnerabilități specifice, cum ar fi dizabilitățile de învățare sau deficiențele senzoriale, soluțiile ar trebui să includă identificarea și abordarea acestor vulnerabilități.

17. Lucrătorii de asistență medicală au datoria de a furniza îngrijiri care nu beneficiază de orice formă de discriminare neloială.

Transport

18. Instituțiile de asistență medicală trebuie să fie amplasate în locuri ușor de accesat. Acest lucru poate însemna colaborarea cu furnizorii de transport local pentru a se asigura că rutele de transport public formale și informale trec de facilități.

Ar trebui să se ia în considerare accesul la facilitățile de asistență medicală prin metode de transport active.

În special în locații rurale și îndepărtate, pacienții pot parcurge distanțe considerabile pentru a participa la unități.

19. Pacienților care au nevoie de trimitere la îngrijiri secundare și de specialitate trebuie să li se acorde acces la transport. Cei care au nevoie de ajutor pentru accesarea asistenței primare ar trebui să primească, de asemenea, sprijin. Transportul trebuie, de asemenea, oferit pacienților din mediul rural izolați care necesită un nivel de îngrijire care poate fi găsit doar în centrele medicale metropolitane. Telemedicina poate fi uneori un substitut acceptabil pentru transportul pacienților.

Disponibilitate geografică

20. Lucrul cu alți furnizori de sănătate, inclusiv moase tradiționalie, poate oferi asistență. Acestea ar trebui să fie integrate în sistemul de îngrijire a sănătății, să li se ofere instruire și să fie asistați pentru a oferi îngrijiri care sunt sigure și eficiente și care includ trimiterea acolo unde este necesar. Aceasta nu se extinde la sistemul de sănătate de stat care oferă sau finanțează îngrijiri care nu se bazează pe dovezi, inclusiv așa-numitele terapii complementare.

Libertate de alegere

21. Libertatea de a alege furnizorii de îngrijiri și opțiunile de îngrijire pe care le oferă este un element esențial al îngrijirii în fiecare sistem. Necesită capacitatea de a înțelege această alegere și libertatea de a alege un furnizor dintre alternative.

22. Barierele la libertatea de alegere pot consta în accesul la resurse financiare, înțelegerea opțiunilor și în factori geografici culturali sau alți factori. Accesul la informații despre opțiunile disponibile este crucial pentru a face o alegere în cunoștință de cauză.

23. Autoritățile medicale ar trebui să se asigure că toate populațiile înțeleg cum să acceseze îngrijiri și ar trebui să încerce să se asigure că populațiile au acces la informații obiective despre disponibilitatea diferiților furnizori de servicii medicale.

24. Odată ce indivizii au acces la îngrijiri printr-un anumit furnizor sau medic, ar trebui să li se ofere posibilitatea de a lua în considerare opțiunile clinice deschise acestora; accesul la resursele informaționale disponibile sistematic este un element esențial care susține alegerea.

Educație publică

25. Educația generală este un factor determinant al sănătății; cu cât este mai bine educată o persoană, cu atât este mai bună probabilitatea de sănătate a acesteia. În cazul în care sănătatea este prezentă, educația prealabilă poate fi un factor determinant al vitezei cu care persoana accesează asistența medicală. De asemenea, educația ajută persoanele să ia alegeri adecvate cu privire la opțiunile de îngrijire la care au acces.

26. Educația specifică despre problemele de sănătate poate fi un adjuvant important la planificarea stilului de viață. În timp ce educația singură nu împiedică oamenii, de exemplu, să fumeze, să consume droguri sau alcool, poate ajuta la luarea deciziilor cu privire la comportamentul la risc.

27. Un nivel general de educație în materie de sănătate ajută pacienții să aleagă între diferite opțiuni de tratament și să respecte sau să coopereze cu cerințele acelui tratament. Acesta va îmbunătăți, de asemenea, îngrijirea de sine și potrivirea autoreflexiunii.

28. Ar trebui să se stabilească programe educaționale care ajută oamenii să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la sănătatea lor personală și despre utilizările adecvate atât de îngrijire de sine, cât și de îngrijire profesională. Aceste programe ar trebui să includă informații despre costurile și beneficiile asociate cursurilor alternative de tratament în contextul medicinei moderne; utilizarea serviciilor profesionale care permit depistarea precoce și tratamentul sau prevenirea bolilor; responsabilități personale în prevenirea bolilor; și utilizarea eficientă a sistemului de sănătate. Medicii ar trebui să participe activ, acolo unde este cazul, la astfel de eforturi educaționale și trebuie să li se ofere resurse adecvate pentru a le permite să efectueze o astfel de educație.

29. Educația publică ajută de asemenea guvernele prin înțelegerea sporită a măsurilor de sănătate publică, inclusiv impozitarea tutunului, interzicerea consumului uman al unor produse și restricții la libertățile individuale din cauza problemelor de sănătate. Atunci când guvernele trebuie să impună mecanisme legislative sau de altă natură, trebuie să se întreprindă o campanie de educare și explicație publică pentru a obține înțelegerea publică și respectarea voluntară.

Asigurarea calității

30. Mecanismele de asigurare a calității ar trebui să facă parte din fiecare sistem de furnizare a asistenței medicale. Medicii au răspunderea pentru asigurarea calității asistenței medicale și nu trebuie să permită alte considerente să pună în pericol calitatea îngrijirii oferite.

Tehnologie

31. Tehnologia joacă un rol din ce în ce mai mare în furnizarea de servicii de asistență medicală. Prețurile de achiziție de capital sunt ridicate din cauza necesității de servicii logistice specifice, inclusiv tehnicieni calificați și facilități adecvate.

Tehnologiile avansate nu sunt disponibile în toate locurile; accesul la bunurile lor trebuie să fie bine planificat pentru a se asigura că beneficiază toți pacienții care au nevoie, nu doar cei locali către centrele tehnologice avansate.

Circumstanțe extraordinare

32. În circumstanțe extraordinare, inclusiv conflicte armate și evenimente naturale majore, precum cutremurele, medicii au datoria specifică de a se asigura că factorii de decizie protejează accesul la îngrijire, în special pentru cei mai vulnerabili și cei mai puțin capabili să se deplaseze în zone mai sigure.

Recomandări

33. Determinanții sociali ai sănătății afectează foarte mult accesul la îngrijiri medicale, precum și impactul direct asupra sănătății.

Medicii ar trebui să lucreze cu guvernele pentru a se asigura că sunt capabili să întreprindă acțiuni eficiente cu privire la determinatii sociali ai sanatatii.

34. Accesul la asistența medicală necesită o examinare sistematică pentru a asigura îndeplinirea condițiilor adecvate. Acestea includ:

34.1 Dispunând de un sistem de sănătate adecvat, universal, solidar și echitabil, dotări adecvate cu resurse, fiind disponibil în întreaga țară, oferind centrelor de sănătate și personalului lor profesional o finanțare suficientă și durabilă, persoanele fiind tratate pe baza nevoilor și nu pe capacitate a plăti.

34.2 Alegerea pacientului ar trebui să includă ce facilitate să acceseze.

34.3 Accesul la informații adecvate pentru toți este esențial pentru luarea de decizii și pentru cooperarea cu furnizorii de servicii medicale.

34.4 Educația este atât un factor determinant social, cât și un factor cheie în cooperarea cu asistența medicală, încurajând îngrijirea de sine responsabilă, cu sprijin accesibil.

34.5 Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să fie liberi să se deplaseze în întreaga lume, în special pentru a accesa oportunități educaționale și profesionale. Această mobilitate nu trebuie să afecteze disponibilitatea resurselor, în special în țările sărace cu resurse.

34.6 Medicilor trebuie să li se ofere criterii etice transparente și eficiente pentru a lucra în zone supraaglomerate sau subpopulate.

34.7 Furnizarea de asistență medicală necesită acțiuni din partea guvernului la toate nivelurile, care să colaboreze cu populațiile pentru a se asigura că oamenii înțeleg beneficiile acestei îngrijiri și pot avea acces la ea.

34.8 Medicii au un rol important în asigurarea faptului că planificarea asistenței medicale are un sens clinic, este comunicată bine populației deservite și că pacienții nu sunt puse în pericol de resursele inadecvate, de planificarea deficitară sau de alte defecte ale sistemului.

34.9 Medicii sunt conștienți de sistemul de sănătate și acest lucru îi obligă să joace un rol social conștient în ceea ce privește factorii determinanți sociali ai sănătății și accesul la îngrijiri medicale de unul singur sau prin asociațiile medicale reprezentative.

34.10 Asociațiile medicale ar trebui să colaboreze cu membrii lor pentru a promova accesul la sisteme de îngrijire a sănătății care să sprijine în mod echitabil nevoile populațiilor.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind accesul la sanatate, adoptat de cea de-a 40-a Adunare Medicala Mondiala, Viena, Austria, Septembrie 1988 si revizuita de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asiciatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 92

De-a lungul întregii sale activităţi, medicul îşi va respecta confraţii, ferindu-se şi abţinându-se să îi denigreze.

(Art. 10, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 93

(1) Intervenţiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condiţiile de dotare necesare şi personal acreditat.

(2) Se exceptează de la prevederile alin. (1) cazurile de urgenţă apărute în situaţii extreme.

(Art. 30, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 94

(1) Refuzul acordării asistenţei medicale poate avea loc strict în condiţiile legii sau dacă prin solicitarea formulată persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i ştirbi independenţa profesională, a-i afecta imaginea sau valorile morale ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic, cu scopul şi rolul social al profesiei medicale.

(2) În toate cazurile, medicul îi va explica persoanei respective motivele care au stat la baza refuzului său, se va asigura că prin refuzul acordării serviciilor medicale viaţa sau sănătatea persoanei în cauză nu este pusă în pericol şi, în măsura în care refuzul este bazat pe încălcarea convingerilor sale morale, va îndruma persoana în cauză spre un alt coleg sau o altă unitate medicală.

(Art. 34, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 95

Medicul poate refuza asigurarea asistentei medicale in situatiile urmatoare:

1. atunci cand pacientul este trimis altui medic, furnizand toate datele medicale obtinute, care justifica asistenta altui medic cu competente sporite;
2. pacientul manifesta o atitudine ostila si/sau ireverentioasa fata de medic.

(Art. 654, Legea privind reforma in domeniul sanatatii 95/2006)

Art. 96

Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.

(Art. 31, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 97

Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material şi de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităţilor, mediul de îngrijire şi tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.

(Art. 32, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 98

Pacientul internat are dreptul şi la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara spitalului.

(Art. 33, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 99

(1) Personalul medical sau nemedical din unităţile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unităţii respective.

(2) Pacientul poate oferi angajaţilor sau unităţii unde a fost îngrijit plăţi suplimentare sau donaţii, cu respectarea legii.

(Art. 34, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 100

(1) Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.

(2) Continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea şi parteneriatul dintre diferitele unităţi medicale publice şi nepublice, spitaliceşti şi ambulatorii, de specialitate sau de medicină generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. După externare pacienţii au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

(Art. 35, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 101

Pacientul are dreptul să beneficieze de asistenţă medicală de urgenţă, de asistenţă stomatologică de urgenţă şi de servicii farmaceutice, în program continuu.

(Art. 36, Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 102

(1) Medicul se va asigura că pacientul a înţeles natura şi întinderea relaţiei medic-pacient, că are o aşteptare corectă cu privire la rezultatele actului medical şi la serviciile medicale pe care acesta urmează să le primească.

(2) Odată încheiată înţelegerea medic-pacient, medicul este ţinut să ducă la îndeplinire toate obligaţiile asumate, aşa cum rezultă ele din înţelegerea părţilor, dintr-un document scris dacă există sau din obiceiurile şi cutumele profesiei medicale.

(Art. 33, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 103

1. Orice om are dreptul la un nivel de trai care sa-i asigure sănătatea și bunăstarea lui și familiei sale, cuprinzînd hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare; el are dreptul la asigurare în caz de șomaj, boală, invaliditate, văduvie, bătrânețe sau în celelalte cazuri de pierdere a mijloacelor de subzistență, în urma unor împrejurări independente de voința sa.

2. Mama și copilul au dreptul la ajutor și ocrotire deosebite. Toți copiii, fie ca sunt născuți în cadrul unei căsătorii sau în afara acesteia, se bucură de aceeași protecție socială.

(Art. 25, Declaratia Universala a Drepturilor Omului)

Art. 104

3. Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.

4. Măsurile pe care statele părți la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura: ... (c) profilaxia și tratamentul maladiilor epidemice, endemice, profesionale și ale altora, precum și lupta împotriva acestor maladii;

(Art. 12, Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale)

Art. 105

Statele părți vor veghea ca instituțiile, serviciile și așezămintele care răspund de protecția și îngrijirea copiilor să respecte standardele stabilite de autoritățile competente, în special cele referitoare la securitate și sănătate, la numărul și calificarea personalului din aceste instituții, precum și la asigurarea unei supravegheri competente.

(Art. 33(3), Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 106

1. Statele părți recunosc dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă și de a beneficia de serviciile medicale și de recuperare. Ele vor depune eforturi pentru a garanta că nici un copil nu este lipsit de dreptul de a avea acces la aceste servicii.

2. Statele părți vor depune eforturi pentru a asigura aplicarea efectivă a acestui drept și, în mod deosebit, vor lua măsurile corespunzătoare pentru:

(a) reducerea mortalității infantile și a celei în rândul copiilor;

(b) asigurarea asistenței medicale și a măsurilor de ocrotire a sănătății pentru toți copiii, cu accent pe dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății;

(d) asigurarea ocrotirii sănătății mamelor în perioada pre- și postnatală;

(Art. 24, Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 107

1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.

2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

(Art. 12, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare impotriva femeilor)

Art. 108

Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate. În special, statele părți vor:

a) Furniza persoanelor cu dizabilități aceeași gamă de servicii, la același nivel de calitate și standard de îngrijire și programe medicale gratuite ori la prețuri accesibile, precum cele furnizate celorlalte persoane, inclusiv în domeniul sănătății sexuale și reproductive și al programelor publice de sănătate pentru populație;

b) Furniza acele servicii de sănătate specifice, necesare persoanelor cu dizabilități, inclusiv servicii adecvate de diagnosticare și de intervenție timpurie și servicii menite să prevină riscul apariției altor dizabilități, inclusiv în rândul copiilor și persoanelor vârstnice;

c) Furniza aceste servicii de sănătate cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc aceste persoane, inclusiv în mediul rural;

d) Solicita profesioniștilor din domeniul medical să furnizeze persoanelor cu dizabilități îngrijire de aceeași calitate ca și celorlalți, inclusiv pe baza consimțământului informat și liber exprimat, printre altele, prin creșterea gradului de conștientizare privind drepturile omului, demnitatea, autonomia și nevoile persoanelor cu dizabilități, prin instruire și prin promovarea de standarde etice în domeniul serviciilor de sănătate publice și private;

e) Interzice discriminarea persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește dreptul la asigurare de sănătate sau de viață, în cazul în care legislația națională permite acest lucru, accesul la acest tip de asigurări realizându-se într-o manieră corectă și adecvată;

f) Împiedica orice refuz discriminator de acordare a îngrijirilor de sănătate ori a serviciilor medicale sau a unor alimente ori lichide pe criterii de dizabilitate.

(Art. 25, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 109

Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora beneficiază de dreptul de a primi orice îngrijire medicală care este necesară de urgență, în vederea protejării propriei vieți sau pentru evitarea unui prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu va fi refuzată din cauza unei neregularități legate de ședere sau angajare.

(Art 28, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 110

Lucrătorii migranți trebuie să se bucure de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu:...accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția respectării cerințelor de participare la un astfel de proiect;

(Art 43(1)(e), Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 111

Membrii familiilor lucrătorilor migranți beneficiază de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu: accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția respectării cerințelor de participare la un astfel de proiect;

(Art 45(1)(c), Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 112

Statele părți trebuie să aplice măsuri la fel de favorabile ca cele aplicate propriilor cetățeni, în vederea asigurării conformității condițiilor de muncă și de trai pentru lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora într-o situație obișnuită, cu standardele de fitness, siguranță, sănătate și principiile demnității umane.

(Art 70, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

1.1.2.7. Dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante

Art. 113

Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

(Art. 3, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 114

(1) În sensul prezentei convenții, termenul tortură înseamnă orice act prin care se provoacă unei persoane, cu intenție, o durere sau suferințe puternice, fizice ori psihice, mai ales cu scopul de

a obține de la această persoană sau de la o persoană terță informații sau mărturisiri, de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terță persoană l-a comis ori este bănuită că l-a comis, de a o intimida sau de a face presiuni asupra ei ori de a intimida sau a face presiuni asupra unei terțe persoane, sau pentru oricare alt motiv bazat pe o formă de discriminare oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau astfel de suferințe sunt aplicate de către un agent al autorității publice sau de orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau la instigarea ori cu consimțământul expres sau tacit al unor asemenea persoane. Acest termen nu se referă la durerea ori suferințele rezultând exclusiv din sancțiuni legale, inerente acestor sancțiuni sau ocazionate de ele.

(2) Acest articol nu aduce atingere niciunui instrument internațional sau legi naționale care conține ori poate să conțină dispoziții de mai largă cuprindere.

(Art. 1, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 115

În toate situaţiile actul profesional, în oricare formă sau modalitate s-ar desfăşura, se va face cu respectarea strictă a demnităţii umane ca valoare fundamentală a corpului profesional.

(Art. 3, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 116

Relaţia medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională şi se va clădi pe respectul acestuia faţă de demnitatea umană, pe înţelegere şi compasiune faţă de suferinţă.

(Art. 7, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 117

Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante.

(Art. 5, Declaratia Universala a Drepturilor Omului, Organizatia Natiunilor Unite, 10 Decembrie 1948)

Art. 118

Nimeni nu va fi supus torturii și nici unor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. În special, este interzis ca o persoană să fie supusă, fără consimțământul său, unei experiențe medicale sau științifice.

Orice persoană privată de libertate va fi tratată cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane.

(Art. 7, 10(1) Pactul internațional pentru drepturile civile și politice, Organizatia Natiunilor Unite, 23 Martie 1976)

Art. 119

(1) Fiecare stat parte ia măsuri legislative, administrative, judiciare și alte măsuri eficace pentru a împiedica săvârșirea de acte de tortură pe oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa.

(2) Nicio împrejurare excepțională, oricare ar fi ea, fie că este vorba de starea de război sau de amenințări cu războiul, de instabilitate politică internă sau de orice altă stare de excepție, nu poate fi invocată pentru a justifica tortura.

(3) Ordinul unui superior sau al unei autorități publice nu poate fi invocat pentru a justifica tortura.

(Art. 2, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 120

(1) Fiecare stat parte veghează ca toate actele de tortură să constituie infracțiuni în raport cu dreptul său penal. Se va proceda tot astfel în legătură cu tentativa de a săvârși tortura sau cu orice act, comis de orice persoană, care constituie complicitate sau participare la actul de tortură.

(2) Fiecare stat parte consideră aceste infracțiuni ca fiind pasibile de pedepse corespunzătoare, dată fiind gravitatea lor.

(Art. 4, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 121

Fiecare stat parte se va îngriji ca datele și informațiile referitoare la interdicția torturii să facă parte integrantă din programul de instruire a personalului civil sau militar însărcinat cu aplicarea legilor, personalului medical, agenților autorității publice și altor persoane care pot interveni în paza, interogatoriul sau tratamentul oricărui individ reținut, arestat sau încarcerat sub orice formă.

(Art. 10(1), Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 122

Fiecare stat parte va asigura oricărei persoane care pretinde că a fost supusă torturii pe oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa dreptul de a face plângere în fața autorităților competente ale acelui stat, care vor proceda imediat și imparțial la examinarea cauzei sale. Se vor lua măsuri pentru a asigura protecția reclamantului si a martorilor împotriva oricăror rele tratamente sau oricărei intimidări intervenite ca efect al plângerii depuse sau al oricărei depoziții date.

(Art. 13, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 123

(1) Fiecare stat parte garantează, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură, dreptul de a obține reparație și de a fi indemnizată în mod echitabil și de o manieră adecvată, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai complet posibilă. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, avânzii-cauză ai acesteia au dreptul la despăgubiri.

(2) Prezentul articol nu exclude niciun drept la despăgubiri pe care l-ar putea avea victima sau orice altă persoană în virtutea legilor naționale.

(Art. 14, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 124

(1) Fiecare stat parte se angajează să interzică, în oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa, orice alte acte cauzatoare de suferințe sau tratamente cu cruzime, inumane ori degradante care nu sunt acte de tortură în sensul definit la art. 1, atunci când asemenea acte sunt săvârșite de un agent al autorității publice sau de orice altă persoană acționând cu titlu oficial sau la instigarea sa ori cu consimțământul său expres sau tacit. În mod special, obligațiile enunțate la art. 10, 11, 12, și 13 sunt aplicabile ca urmare a înlocuirii mențiunii torturii prin mențiunea altor forme de suferințe sau tratamente cu cruzime, inumane ori degradante.

(Art. 16, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 125

Recomandari catre asociațiile medicale naționale:

1. Încercarea sa va asigurati că deținuții sau victimele torturii sau cruzimii sau a maltratării au acces la îngrijiri medicale imediate și independente. Încercati sa va asigurati că medicii includ evaluarea și documentarea simptomelor de tortură sau maltratare în registrele medicale folosind garanțiile procedurale necesare pentru a preveni punerea in pericol a acestora.

2. Promovarea conștientizării Protocolului de la Istanbul și a Principiilor sale cu privire la investigarea eficientă și documentarea torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante. Acest lucru ar trebui realizat la nivel de țară folosind diferite metode de diseminare a informațiilor; inclusiv instruiri, publicații și documente web.

3. Difuzați catre medici Protocolul de la Istanbul.

4. Promovarea instruirii medicilor cu privire la identificarea diferitelor moduri de tortură, în recunoașterea simptomelor fizice și psihologice în urma unor forme specifice de tortură și în utilizarea tehnicilor de documentare prevăzute în Protocolul de la Istanbul pentru a crea documentație care poate fi folosită ca dovadă în acte juridice sau administrative proceduri.

5. Promovarea conștientizării corelației dintre rezultatele examinării, înțelegerea metodelor de tortură și a afirmațiilor de abuz ale pacienților;

6. Facilitarea producerii de rapoarte medicale de înaltă calitate despre victimelor torturii pentru a fi prezentate organelor judiciare și administrative;

7. Încercarea de a se asigura că medicii respectă consimțământul informat și să evite punerea în pericol a persoanelor în timp ce evaluează sau documentează semne de tortură și maltratare;

8. Încercarea de a se asigura că medicii includ evaluarea și documentarea simptomelor de tortură sau maltratare în registrele medicale, utilizând garanțiile procedurale necesare pentru a preveni punerea în pericol a deținuților.

9. Sprijină adoptarea, în țara lor, a normelor etice și a dispozițiilor legislative:

1. urmărește afirmarea obligației etice a medicilor de a raporta sau denunța actele de tortură sau tratamentul crud, inuman sau degradant de care sunt conștienți; în funcție de circumstanțe, raportul sau denunțarea ar fi adresată autorităților medicale, juridice, naționale sau internaționale, organizațiilor neguvernamentale sau Curții penale internaționale. Medicii ar trebui să-și folosească discreția în această chestiune, ținând cont de punctul 68 din Protocolul de la Istanbul.

2. stabilirea, în acest sens, a unei excepții etice și legislative a confidențialității profesionale, care permite medicului să raporteze abuzuri, atunci când este posibil cu acordul subiectului, dar în anumite circumstanțe în care victima nu este în măsură să se exprime liber, fără consimțământ explicit .

3. atenționarea medicilor pentru a evita punerea în pericol a persoanelor, raportând pe o bază numită o victimă care este lipsită de libertate, supusă constrângerii sau amenințării sau într-o situație psihologică compromisă

10. Pune la dispoziția lor toate informațiile utile privind procedurile de raportare, în special autorităților naționale, organizațiilor neguvernamentale și Curții Penale Internaționale.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind responsabilitatea medicilor in documentarea si denuntarea actelor de tortura, cruzime, inumane sau tratament degradant, adoptat de cea de-a 54-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Helsinki, Finlanda, Septembrie 2003 si amendata de cea de-a 58-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Copenhaga, Danemarca, Octombrie 2007, Recomandari)

Art. 126

1. Medicul nu trebuie să facă față, să fie condamnat sau să participe la practica torturii sau a altor forme crude, proceduri inumane sau degradante, indiferent de sensul despre care este suspectată victima acestor proceduri, acuzat sau vinovat, indiferent de convingerile sau motivele victimei și în toate situațiile, inclusiv în condamnarea armată și conflicte civile.

2. Medicul nu trebuie să ofere premise, instrumente, substanțe sau cunoștințe care să faciliteze practica de tortură sau alte forme de tratament crud, inuman sau degradant sau de a diminua capacitatea victimei de a rezista la un astfel de tratament.

3. Când acordați asistență medicală deținuților sau prizonierilor care sunt sau care ar putea fi ulterior, în condițiile în care interogatoriul, medicii trebuie să fie deosebit de atenți pentru a asigura con-identitatea tuturor personalului medical informație. În orice caz, medicul trebuie să raporteze o încălcare a Convențiilor de la Geneva autoritatilor.

4. Așa cum se spune în Rezoluția Asociatie Medicale Mondiale privind responsabilitatea medicilor în documentarea și denunțarea acțiunilor de tortură sau tratament crud sau inuman sau degradant și ca o excepție a con-esențialității profesionale, medicii au obligația etică de a raporta abuzuri, atunci când este posibil, cu acordul subiectului, dar în anumite cazuri circumstanțe în care victima nu poate să se exprime liber, fără consimțământ explicit.

5. Medicul nu trebuie să utilizeze și să nu utilizeze, în măsura în care poate, cunoștințe sau abilități medicale sau informații de sănătate specifice persoanelor fizice, pentru a facilita sau a ajuta în alt mod orice interogare, legală sau ilegală persoane fizice.

6. Medicul nu trebuie sa fie prezent, de buna voie sau prin amenintare, in timpul niciunei proceduri ce presupune tortura sau nicio alta forma de tratament crud, inuman sau degradant.

7. Un medic trebuie să aibă o independență clinică completă în a decide cu privire la îngrijirea unei persoane pentru care el sau ea este responsabilă din punct de vedere medical. Rolul fundamental al medicului este de a atenua suferința colegului său ființelor umane și niciun motiv, personal, colectiv sau politic, nu trebuie să prevaleze acestui scop superior.

8. În cazul în care un deținut refuză hrănirea și este considerat de către medic ca fiind capabil să formeze o o judecată nealterată și rațională cu privire la consecințele unui astfel de refuz voluntar de hrănire, el sau ea nu va fi hrănită în mod artificial, așa cum este declarat în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Malta privind greva foamei. Decizia privind capacitatea prizonierului de a forma o astfel de judecată ar trebui să fie confirmată de cel puțin un alt medic independent. Consecințele refuzului hrănirii sunt explicate de către medic prizonierului.

9. Reamintind Declarația de la Hamburg privind sprijinul medicilor care refuză să participe sau la utilizarea torturii sau alte forme de tratament crud, inuman sau degradant, Asociatia Medicala Mondiala sprijină și încurajează comunitatea internațională, asociațiile medicale naționale și colegii medici să-i sprijine, atat medicul cat și familia acesteia în fața amenințărilor sau represaliilor cauzate de refuzul de a participa la utilizarea torturii sau a altor forme de tratament crud, inuman sau degradant.

10. Asociația Medicală Mondială face apel la Asociațiile Medicale Naționale pentru a încuraja medicii să continue pregătirea lor profesională pentru dezvoltare profesională și educația în drepturile omului.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale – Ghiduri pentru practicieni privind tortura sau orice alta forma de tratament crud, inuman, sau degradant sau pedepsele detinutilor, Adoptat de cea de-a 29-a Adunare Medicala

Mondiala, Tokyo, Japonia, Octombrie 1975, Revizuita editorial in cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu, Divonne-les-Bains, Franța, mai 2005 și in cea de-a 173-a sesiune a consiliului Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franța, mai 2006, revizuit de a 67-a Adunare Generală a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, octombrie 2016)

Art. 127

Asociatia Medicala Mondiala subliniază funcția vitală a reparației victimelor torturii și familiilor acestora în reconstrucția vieții lor și în realizarea redresării și a rolului important al medicilor în reabilitare.

Asociatia Medicala Mondiala încurajează asociațiile sale membre să lucreze cu agențiile relevante - guvernamentale și nonguvernamentale - care acționează pentru repararea victimelor torturii, în special în domeniile de documentare și reabilitare, precum și de prevenire.

Asociatia Medicala Mondiala își încurajează membrii să sprijine agențiile care sunt amenințate - sau supuse represaliilor din partea părților din cauza implicării lor în documentarea torturii, reabilitării și reparației victimelor torturii.

Asociatia Medicala Mondiala invită membrii săi să folosească experiența lor medicală pentru a sprijini victimele torturii, în conformitate cu articolul 14 din Convenția ONU împotriva torturii.

Asociatia Medicala Mondiala solicită asociațiilor sale membre să sprijine și să faciliteze colectarea datelor la nivel național pentru a monitoriza punerea în aplicare a obligației statului de a furniza servicii de reabilitare.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind dreptul la reabilitarea a victimelor torturii, adopta de cea de-a 64-a Adunarea Generala, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 3013, Recomandari)

Art. 128

1. Pe baza mai multor declarații etice și orientări internaționale subscrise de profesia medicală, medicilor din întreaga lume sunt interzise să contracareze, să condoneze sau să participe la practica torturii și la alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante pentru orice motiv.

2. Printre aceste declarații se numără Codul de etică medicală al Asociației Medicale Mondiale, Declarația de la Geneva, Declarația de la Tokyo (1975), Rezoluția privind responsabilitatea medicilor în documentarea și denunțarea actelor de tortură sau tratament inuman sau degradant. (2003) și Rezoluția privind participarea medicului la pedeapsa capitală (1981); precum și Comitetul permanent al Declarației medicilor europeni din Madrid (1989); Rezoluția nordică privind implicarea medicului în pedeapsa capitală; și Declarația Asociației Mondiale de Psihiatrie din Hawaii.

3. Cu toate acestea, niciuna dintre aceste declarații sau declarații nu abordează în mod explicit problema ce protecție ar trebui să fie extinsă medicilor dacă sunt presionați, chemați sau ordonați să ia parte la tortură și la alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Nici aceste declarații sau declarații nu exprimă sprijin explicit sau obligația de a proteja medicii care se întâlnesc sau conștientizează astfel de proceduri.

4. Asociația Medicală Mondială reiterează și confirmă responsabilitatea profesiei medicale organizate:

4.1 Încurajarea medicilor să-și onoreze angajamentul ca medici de a servi umanitatea și de a rezista la orice presiune de a acționa contrar principiilor etice care guvernează dedicarea lor în această sarcină;

4.2 Să sprijine dificultatile experientelor practicienilor ca urmare a rezistenței lor la orice astfel de presiune sau ca urmare a încercărilor lor de a vorbi sau de a acționa împotriva unor astfel de proceduri inumane; și,

4.3 Pentru a-și extinde sprijinul și a încuraja alte organizații internaționale, precum și membrii componenți ai Asociației Medicale Mondiale , să sprijine medicii care se confruntă cu dificultati ca urmare a încercărilor lor de a acționa în conformitate cu cele mai înalte principii etice ale profesia.

4.4 Pentru a încuraja medicii să raporteze și să documenteze orice acte de tortură și alte pedepse crude, inumane sau degradante sau pedepse de care au cunoștință.

5. În plus, având în vedere angajarea continuă a unor astfel de proceduri inumane în multe țări din întreaga lume și incidentele documentate de presiune asupra medicilor pentru a acționa contravențional principiilor etice subscrise de profesie, Asociatia Medicala Mondiala considera ca este necesar ca:

5.1 Pentru a protesta la nivel internațional împotriva oricărei implicări sau a unor presiuni de implicare a medicilor în acte de tortură și alte forme de tratament sau pedepse crude, inumane sau degradante;

5.2 Pentru a sprijini și proteja și a solicita Asociatiilor Medicale Nationale sale să sprijine și să protejeze medicii care rezistă la implicarea în astfel de proceduri inumane sau care se documentează și raportează aceste proceduri, sau care lucrează pentru tratarea și reabilitarea victimelor acestora. In ceea ce privește asigurarea dreptului de a menține cele mai înalte principii etice, inclusiv confidentialitatea medicală;

5.3 Publicarea informațiilor despre și susținerea medicilor care raportează dovezi de tortură și să facă cunoscute cazurile dovedite de încercări de implicare a medicilor în astfel de proceduri; și,

5.4 Încurajarea membrilor compuși să acționeze pentru ca medicii să fie trași la răspundere în fața legii în caz de complicitate la actele de tortură și la alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante;

5.5 Pentru a încuraja membrii componenți să solicite autorităților academice corespunzătoare să învețe și să investigheze în toate școlile de medicină și spitale consecințele torturii și ale tratamentului acesteia, reabilitarea supraviețuitorilor, documentația torturii și protecția profesională descrisă în prezenta declarație.

(Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Hamburg privind asistența medicilor medicali care refuză să participe sau să comande utilizarea torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante, adoptat de cea de-a 49-a Adunare Generală a Asociatiei Medicale mondiale, Hamburg, Germania, noiembrie 1997, reafirmată de cea de-a 176-a sesiune a Consiliului Asociatiei Medicale Mondiale, Berlin, Germania, mai 2007, si reafirmată cu revizuirea minoră de către cea de-a 207-a sesiune a Consiliului Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, octombrie 2017)

Art. 129

1. Declarația din 1975 a Asociației Medicale Mondiale de la Tokyo interzice strict personalului medical angajarea în acte de tortură sau alte forme de tratament crud, inuman sau degradant și le impune respectarea confidentialitatii informatiilor medicale.

2. În plus „Principiile eticii medicale relevante pentru rolul personalului sanitar, in special medicii, în protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor tratamente si pedepse crude, inumane sau degradante tratamentului sau a pedepsei" ale Natiunilor Unite interzice personalului medical „sa participe, sa fie complici, sa instige sau isa incerce sa comita acre de tortura sau alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante ".

3. Din 2011, în cel puțin opt țări, personalul medical a participat la examinari anale forțate a barbatilor si femeilor transgen care s-au terminat cu acuzatii privind comportamentul sexual intrepersoane de acelasi sex.

4. Raportul special al ONU pentru tortură și alte forme de tratament crud, inuman și degradant
a descris examinările anale forțate ca o formă de tortură sau un tratament crud, inuman și degradant care este „medical fara valoare".

5. Mai mult, Grupul de Medicilor Experti Independenți, format din specialiști în medicina criminalistică din în întreaga lume, a stabilit că „examinarea nu are nicio valoare în depistarea anomaliilor ale tonusului sfincterului anal care poate fi atribuit în mod fiabil actului sexual consensual ".

6. Asociatia Medicala Mondiala este profund perturbat de complicitatea personalului medical în aceste nonvalori si examinari nestintifice, inclusiv pregătirea rapoartelor medicale care sunt utilizate în procesele de condamnare a bărbaților și femeile transsexuale cu conduită consensuală homosexuala.

7. Cu toate că o parte a personalului medical sustine ca acestia si-au dat consimtamantul pentru pentru aceste examinari , capacitatea persoanelor aflate în custodie de a oferi un consimțământ liber și informat este limitată. Chiar și când acordul este liber, personalul medical ar trebui să se abțină de la proceduri care sunt lipsite de valoare medicală și discriminatorii și cu potențial incriminator.

Recunoscând că persoanele care au fost supuse examenelor anale forțate le-au descris ca fiind dureroase, umilitoare si care tind catre agresiune sexuală, Asociatia Medica Mondiala:

8. Invită membrii săi și alți profesioniști din domeniul medical să se abțină de la participarea la examinari anale fortate;

9. Indeamnă asociațiile medicale naționale să emită comunicări scrise care să le interzică membrilor sa participe la astfel de examene.

10. Indeamnă asociațiile medicale naționale să-i educe pe medici și pe profesioniștii din domeniul sănătății despre natura inutilă si fara valoare stiintifica a examenelor anale forțate și faptul că reprezint o forma de tratament de tortura sau crus, inuman si degradant.

11. Invită Organizația Mondială a Sănătății să facă o declarație specială prin care să se opună examinărilor anale forțate să dovedească valoarea nestintifica si neetica a activitatilor sexuale homosexuale in lezarea eticii medicale.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind interzicerea examinarii anale fortate pentru substituirea activitatilor homosexuale, adoptata in cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

1.1.2.8. Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice

Art. 130

(1) Orice persoană are dreptul de a lua parte la guvernarea țării sale, fie direct, fie prin reprezentanți liber aleși.

(3) Voința poporului trebuie să constituie baza puterii de stat; această voință trebuie să fie exprimată prin alegeri nefalsificate, care să aibă loc în mod periodic prin sufragiu universal, egal și exprimat prin vot secret sau urmând o procedură echivalentă care să asigure libertatea votului.

(Art. 21, Declaratia Universala a Drepturilor Omului)

Art. 131

Orice cetățean are dreptul și posibilitatea, fără discriminare de a lua parte la conducerea treburilor publice, fie direct, fie prin intermediul unor reprezentanți liber aleși.

(Art. 25 (a), Pactul internațional pentru drepturile civile și politice)

Art. 132

(1) Statele părţi la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică şi mintală pe care o poate atinge.

(2) Măsurile pe care statele părţi la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura: ... (i) profilaxia şi tratamentul maladiilor epidemice, endemice, profesionale şi ale altora, precum şi lupta împotriva acestor maladii; (ii) crearea de condiţii care să asigure tuturor servicii medicale şi un ajutor medical în caz de boală.

(Art. 12, Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale)

Art. 133

Statele părţi vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării faţă de femei în viaţa politică şi publică a ţării şi, în special, pentru a le asigura, în condiţii de egalitate cu bărbaţii: (b) dreptul de a lua parte la elaborarea politicii statului şi la punerea acesteia în aplicare, de a ocupa funcţii publice şi a exercita toate funcţiile publice la toate eşaloanele de guvernământ.

(Art. 7, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor)

Art. 134

Dreptul femeilor de a participa din plin la elaborarea şi executarea planurilor de dezvoltare la toate nivelurile.

(Art. 14(2)(a), Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor)

Art. 135

Statele părţi vor garanta persoanelor cu dizabilităţi drepturi politice şi posibilitatea de a beneficia de acestea, în condiţii de egalitate cu alţii, şi se angajează:

(a) Să se asigure că persoanele cu dizabilităţi pot participa efectiv şi deplin la viaţa politică şi publică, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, în mod direct sau prin reprezentanţi liber aleşi, precum şi că au dreptul şi oportunitatea de a vota şi de a fi alese, printre altele, prin:

(i) Asigurarea de proceduri, facilităţi şi materiale de vot adecvate, accesibile şi uşor de înţeles şi utilizat;

(ii) Protejarea dreptului persoanelor cu dizabilităţi de a vota prin vot secret la alegerile şi referendumurile publice, fără intimidare, de a candida la alegeri, de a deţine efectiv un mandat ales şi de a îndeplini orice funcţie publică, la orice nivel guvernamental, facilitând utilizarea tehnologiilor noi şi de asistare, acolo unde este cazul;

(iii) Garantarea exprimării libere a voinţei persoanelor cu dizabilităţi ca electori şi în acest scop, dacă este cazul, la solicitarea acestora, să permită asistarea la vot de către o persoană la alegerea lor.

(Art. 29, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 136

Oamenii au dreptul și obligația de a participa individual și colectiv la planificarea și punerea în aplicare a propriilor îngrijiri de sănătate.

(Art. IV, Declarația de la Alma-Ata, Conferința internațională privind asistența medicală primară. Declarația de la Alma- Alta. 6 septembrie 1978)

Art. 137

Pacienții au dreptul și responsabilitatea de a participa, potrivit nivelului lor de competență și preferință, în calitate de partener la luarea deciziilor asupra îngrijirilor de sănătate, decizii care le pot afecta viața. Acest lucru necesită un serviciu de sănătate receptiv care să ofere alternative potrivite de tratament și opțiuni manageriale care să răspundă nevoilor pacienților, să încurajeze și să sprijine pacienții și îngrijitorii acestora care direcționează și gestionează îngrijirea astfel încât să obțină cea mai bună calitate a vieții. Organizațiile de pacienți trebuie să fie împuternicite să joace un rol semnificativ în conducerea și sprijinirea pacienților și a familiilor acestora, să își exercite dreptul de a face alegeri în cunoștință de cauză privind îngrijirea sănătății.

(Principiul 2, Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient Alianța Internațională a Organizațiilor Pacienților, Februarie 2006. A se vedea și Declarația politică a IAPO privind implicarea pacientului)

Art. 138

Pacienții și organizațiile de pacienți merită să împartă responsabilitatea privind elaborarea politicilor de îngrijiri de sănătate prin implicarea semnificativă și susținută la toate nivelele și din toate punctele de vedere, pentru a se asigura că acestea sunt proiectate în jurul pacientului. Acest lucru nu ar trebui să se limiteze la politica de îngrijiri de sănătate, ci trebuie să includă politica socială care va avea un impact, în cele din urmă, asupra vieții pacienților.

(Principiul 3, Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient Alianța Internațională a Organizațiilor Pacienților [IAPO].Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient. Februarie 2006. A se vedea și Declarația politică a IAPO privind implicarea pacientului.)

1.1.2.9. Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării

Art. 139

Prin discriminare se înţelege orice deosebire, excludere, restricţie sau preferinţă, pe bază de rasă, naţionalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenenţă la o categorie defavorizată, precum şi orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoaşterii, folosinţei sau exercitării, în condiţii de egalitate, a drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social şi cultural sau în orice alte domenii ale vieţii publice.

(Art. 2, Ordonanta 137/2000 privind prevenirea şi sancţionarea tuturor formelor de discriminare)

Art. 140

Toți oamenii sunt egali în fața legii și au, fără nicio deosebire, dreptul la o egală protecție a legii. Toți oamenii au dreptul la o protecție egală împotriva oricărei discriminări care ar viola prezenta declarație și împotriva oricărei provocări la o asemenea discriminare.

(Art. 7, Declaratia Universala a Drepturilor Omului)

Art. 141

Actul profesional şi întreaga activitate a medicului se vor exercita, respectiv desfăşura fără niciun fel de discriminare, inclusiv în ceea ce priveşte starea de sănătate sau şansele de vindecare ale pacientului.

(Art. 2, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 142

1. Orice persoană are dreptul la libertate de gândire, de conştiinţă şi de religie ; acest drept include libertatea de a-şi schimba religia sau convingerile, precum şi libertatea de a-şi manifesta religia sau convingerea în mod individual sau colectiv, în public sau în particular, prin cult, învăţământ, practici şi îndeplinirea ritualurilor.

2. Libertatea de a-şi manifesta religia sau convingerile nu poate face obiectul altor restrângeri decât cele prevăzute de lege care, într-o societate democratică, constituie măsuri necesare pentru siguranţa publică, protecţia ordinii, a sănătăţii, a moralei publice, a drepturilor şi a libertăţilor altora.

(Art. 9, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 143

Membrii profesiei medicale, confruntați cu tratarea rezultatelor acestei inechități, au o responsabilitate majoră și solicită asociațiile lor medicale naționale să:

• Recunoasca importanța inegalității în materie de sănătate și nevoia de a influența politica și acțiunile naționale pentru prevenirea și reducerea acesteia

• Identifice factorii de risc social și cultural la care sunt expuși pacienții și familiile și sa planifice activități clinice (diagnostic și tratament) pentru a contracara consecințele acestora.

• Indrume pentru eliminarea barierelor financiare în calea obținerii de îngrijiri medicale necesare.

•Indrume pentru un acces egal pentru toți la serviciile de asistență medicală, indiferent de diferențele geografice, sociale, de vârstă, sex, diferențe religioase, etnice și economice sau de orientare sexuală.

• Ceara includerea studiilor privind inegalitatea în sănătate (inclusiv sfera de aplicare, gravitatea, cauzele, implicațiile economice, sociale și sociale), precum și furnizarea de instrumente de competență culturală, la toate nivelurile de pregătire medicală academică, inclusiv instruire suplimentară pentru cei care sunt deja în practică clinică .

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind inechitatile in sanatate, adoptat decea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie 2009, Recomandari)

Art. 144

Toate persoanele sunt egale în fața legii și au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egală din partea legii. În această privință legea trebuie să interzică orice discriminare și să garanteze tuturor persoanelor o ocrotire egală și eficace contra oricărei discriminări, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau întemeiată pe orice altă împrejurare.

(Art. 26, Pactul internațional pentru drepturile civile și politice)

Art. 145

Statele părți la prezentul Pact se angajează să garanteze că drepturile enunțate în el vor fi exercitate fără nici o discriminare întemeiată pe rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau orice altă împrejurare.

(Art. 2(2), Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale)

Art. 146

În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: … (e) drepturi economice, sociale și culturale, în special: … (IV) dreptul la sănătate, la îngrijire medicală, la securitate socială și la servicii sociale.

(Art. 5, Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială)

Art. 147

(1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.

(2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

(Art. 12, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor)

Art. 148

Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a elimina discriminarea față de femei din zonele rurale, cu scopul de a asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, participarea lor la dezvoltarea rurală și la avantajele acestei dezvoltări și, în special, le vor asigura dreptul:… de a avea acces la serviciile corespunzătoare în domeniul sănătății, inclusiv la informații, sfaturi și servicii în materie de planificare a familiei;

(Art. 14(2)(b), Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor)

Art. 149

(1) Statele părți recunosc că pentru copiii cu dizabilități fizice și mintale trebuie să se asigure o viață împlinită și decentă, în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața comunității.

(2) Statele părți recunosc dreptul copiilor cu dizabilități de a beneficia de îngrijiri speciale și încurajează și asigură, în măsura resurselor disponibile, la cerere, copiilor cu dizabilități care îndeplinesc condițiile prevăzute și celor care îi au în îngrijire, un ajutor adaptat situației copilului și situației părinților sau a celor cărora le este încredințat.

(3) Recunoscând nevoile speciale ale copiilor cu dizabilități ajutorul acordat conform paragrafului 2 al prezentului articol va fi gratuit ori de câte ori acest lucru este posibil, ținând seama de resursele financiare ale părinților sau ale celor care îi au în îngrijire, și va fi destinat asigurării accesului efectiv al copiilor cu dizabilități la educație, formare profesională, servicii medicale, recuperare, pregătire în vederea ocupării unui loc de muncă, activități recreative, de o manieră care să asigure deplina integrare socială și dezvoltare individuală a copiilor, inclusiv dezvoltarea lor culturală și spirituală.

(4) În spiritul cooperării internaționale, statele părți vor favoriza schimbul de informații relevante în domeniul medicinei preventive și al tratamentului medical psihologic și funcțional al copiilor cu dizabilități, inclusiv prin difuzarea și accesul la informații referitoare la metodele de recuperare, educare și formare profesională, în scopul de a permite statelor părți să își perfecționeze capacitățile și competențele și să își extindă experiența în aceste domenii. În această privință se va ține seama, în mod deosebit, de nevoile țărilor în curs de dezvoltare.

(Art. 23, Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 150

Scopul prezentei Convenții este de a promova, proteja și asigura exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități și de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă.

(Art.1, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 151

(1) Statele părți reafirmă că persoanele cu dizabilități au dreptul la recunoașterea, oriunde s-ar afla, a capacității lor juridice.

(2) Statele părți vor recunoaște faptul că persoanele cu dizabilități se bucură de asistență juridică în condiții de egalitate cu ceilalți, în toate domeniile vieții.

(3) Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacității lor juridice.

(4) Statele părți se vor asigura că toate măsurile legate de exercitarea capacității juridice prevăd protecția adecvată și eficientă pentru prevenirea abuzurilor, conform legislației internaționale privind drepturile omului.

(Art.12, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 152

Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate.

(Art.25, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

Art. 153

Statele părți se angajează, în conformitate cu instrumentele internaționale referitoare la drepturile omului, să respecte și să garanteze tuturor lucrătorilor migranți și membrilor familiilor acestora aflați pe teritoriul sau în zonele aflate sub jurisdicția sa, drepturile prevăzute în prezenta Convenție, fără nici o deosebire în funcție de sex, rasă, culoare, limbă, religie sau convingeri, opinii politice sau alte opinii, origine națională, etnică sau socială, naționalitate, vârstă, poziție economică, avere, stare civilă, naștere sau alt statut.

(Art 7, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti si a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 154

Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora beneficiază de dreptul de a primi orice îngrijire medicală care este necesară în mod urgent pentru a rămâne în viață sau a evita un prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu trebuie să le fie refuzată din cauza vreunei iregularități legate de ședere sau angajare.

(Art 28, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti si a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 155

(1) Lucrătorii migranți se bucură de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu:... (e) Accesul la serviciile sociale și de sănătate, cu condiția ca toate cerințele să fie îndeplinite.

(2) Statele parte vor promova condiții pentru asigurarea unui tratament eficient, de calitate pentru a permite lucrătorilor migranți să beneficieze de drepturile menționate la alineatul 1 al prezentului Articol cât timp durata șederii lor satisface cerințele corespunzătoare, astfel cum au fost autorizate de statul angajator.

(Art 43, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti si a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 156

În statul angajator, membrii familiilor lucrătorilor migranți beneficiază de tratament egal împreună cu cetățenii statului, în legătură cu: ...accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția ca toate cerințele să fie îndeplinite.

(Art 45(a)(c), Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 157

Pacienții trebuie să aibă acces la serviciile de îngrijiri de sănătate conform afecțiunii de care suferă. Aceasta include accesul la servicii de calitate sigure și corespunzătoare, tratamente, îngrijire preventivă și activități de promovare a sănătății. Trebuie luate măsuri ca toți pacienții să poată accesa serviciile necesare, indiferent de afecțiunea lor sau de statutul socio-economic.

Pentru ca pacienții să ajungă la cel mai ridicat nivel de calitate a vieții, îngrijirile de sănătate trebuie să susțină necesitățile emoționale ale pacienților și să ia în considerare și alți factori, precum educația, munca și problemele de familie care au impact asupra abordării opțiunilor de alegere și gestionare a îngrijirilor de sănătate.

(Principiul 4, Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient IAPO. Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient. Februarie 2006)

Art. 158

1. Asociatia Medicala Mondiala reitereaza Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind ingrijirile medicale ale refugiatilor originar adoptat in Ottawa, Canada in 1998 si care statueaza:

Medicii au datoria de a acorda îngrijiri medicale corespunzătoare indiferent de statutul civil sau politic al pacientului, iar guvernele nu trebuie să le refuze pacienților dreptul să primească și nici să se amestece în obligația medicilor de a administra tratament adecvat.

Medicii nu pot fi forțați să participe la acțiuni punitive sau judiciare implicând refugiați sau persoane strămutate pe plan intern sau să administreze orice tratament sau măsură nejustificată prin diagnostic, cum ar fi sedative pentru facilitarea unei deportări ușoare din țară sau relocare.

Medicilor trebuie să li se ofere timp adecvat și resurse suficiente pentru a evalua starea fizică și psihică a refugiaților care solicită azil.

Asociatiile Medicale Nationale si medicii trebuie sa sustina activ si sa promoveze drepturile tuturor persoanelor de a primi ingrijiri medicale bazandu-se pe necesitatile clinice si sa se exprime daca legislatia si practicile sunt in opozitie cu drepturile fundamentale.

2. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă guvernele și autoritățile locale să asigure accesul la asistență medicală adecvată, precum și condiții de viață sigure și adecvate pentru toți, indiferent de statutul lor juridic.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind regugiatii si imigrantii, Adoptata de Consiliul de Rezolutie in cea de-a 203-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Buenos Aires, Aprilie 2016 si adopata de cea de-a 67-a intrunire medicala mondiala, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Principii)

1.1.2.10. Dreptul la un recurs efectiv

Art. 159

Statele părţi la prezentul Pact se angajează:

(a) să garanteze că orice persoană ale cărei drepturi sau libertăţi recunoscute în prezentul Pact au fost violate va dispune de o cale de recurs efectivă, chiar atunci când încălcarea a fost comisă de persoane acţionând în exerciţiul funcţiunilor lor oficiale;

(b) să garanteze că autoritatea competentă, judiciară, administrativă ori legislativă sau orice altă autoritate competentă potrivit legislaţiei statului, va hotărî asupra drepturilor persoanei care foloseşte calea de recurs şi să dezvolte posibilităţile de recurs jurisdicţional;

(c) să garanteze că autorităţile competente vor da urmare oricărui recurs care a fost recunoscut ca justificat.

(Art.2(3), Pactul internațional pentru drepturile civile și politice, Organizatia Natiunilor Unite, 16 Decembrie 1966)

Art. 160

1. Orice persoană are dreptul la libertate şi la siguranţă. Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepţia următoarelor cazuri şi potrivit căilor legale :

a. dacă este deţinut legal pe baza condamnării pronunţate de către un tribunal competent ;

b. dacă a făcut obiectul unei arestări sau deţineri legale pentru nerespectarea unei hotărâri pronunţate de un tribunal, conform legii, ori în vederea garantării executării unei obligaţii prevăzute de lege ;

c. dacă a fost arestat sau reţinut în vederea aducerii sale în faţa autorităţii judiciare competente, atunci când există motive verosimile de a se bănui că a săvârşit o infracţiune sau când există motive temeinice ale necesităţii de a-l împiedica să săvârşească o infracţiune sau să fugă după săvârşirea acesteia ;

d. dacă este vorba de detenţia legală a unui minor, hotărâtă pentru educaţia sa sub supraveghere sau despre detenţia sa legală, în vederea aducerii sale în faţa autorităţii competente ;

e. dacă este vorba despre detenţia legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond ;

f. dacă este vorba despre arestarea sau detenţia legală unei persoane în scopul împiedicării pătrunderii ilegale pe teritoriu sau împotriva căreia se află în curs o procedură de expulzare ori de extrădare.

2. Orice persoană arestată trebuie să fie informată, în cel mai scurt termen şi într-o limbă pe care o înţelege, asupra motivelor arestării sale şi asupra oricărei acuzaţii aduse împotriva sa.

3. Orice persoană arestată sau deţinută în condiţiile prevăzute de paragraful 1 lit. c) din prezentul articol trebuie adusă de îndată înaintea unui judecător sau a altui magistrat împuternicit prin lege cu exercitarea atribuţiilor judiciare şi are dreptul de a fi judecată într-un termen rezonabil sau eliberată în cursul procedurii. Punerea în libertate poate fi subordonată unei garanţii care să asigure prezentarea persoanei în cauză la audiere.

4. Orice persoană lipsită de libertatea sa prin arestare sau detenţie are dreptul să introducă recurs în faţa unui tribunal, pentru ca acesta să statueze într-un termen scurt asupra legalităţii detenţiei sale şi să dispună eliberarea sa dacă detenţia este ilegală.

5. Orice persoană, victimă a unei arestări sau deţineri în condiţii contrare dispoziţiilor acestui articol, are dreptul la reparaţii.

(Art. 5, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 161

Asociatia Medicala Mondiala face apel la toate Asociatiile Medicale Nationale să contribuie la asigurarea faptului că, atunci când membrii acesteia participă la investigații medico-legale în scopuri umanitare și pentru drepturile omului, aceste investigații sunt stabilite cu un mandat clar bazat pe cele mai înalte standarde etice, științifice și legale și sunt conforme cu principiile și practica acțiunii criminalistice umanitare dezvoltată de Comitetul International de Cruce Rosie.

Asociatia Medicala Mondiala solicită Asociatiilor Medicale Nationale să dezvolte expertiză în principiile aplicate de diferitele autorități privind investigațiile medico-legale în scopuri umanitare și pentru drepturile omului, inclusiv cele dezvoltate de Comitetul International de Cruce Rosie pentru a preveni cazurile noi și pentru a rezolva cele ale persoanelor dispărute existente și pentru a-și ajuta membrii în aplicând aceste principii investigațiilor medico-legale la nivel mondial.

Asociatia Medicala Mondial solicită Asociatiile Medicale Nationale să disemineze principiile care ar trebui să se aplice acestor investigații, inclusiv cele elaborate de Comitetul International de Cruce Rosie și să încerce să se asigure că medicii refuză să participe la investigații care sunt inacceptabile din punct de vedere etic sau altfel.

Asociatia Medicala Mondial solicită Asociatiile Medicale Nationale să contribuie la asigurarea respectării de către medicii medici legisti a principiilor consacrate de dreptul internațional umanitar pentru gestionarea, documentarea și identificarea morților demnă și adecvată și acolo unde este posibil, pentru a oferi răspunsuri la declin.

Asociatia Medicala Mondial solicită Asociatiile Medicale Nationale să fie atente la calificările academice și la înțelegerea etică, asigurându-se că medicii legisti practică meseria cu competență și independență.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind investigatiile medico-legale, adoptat de cea de-a 54-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Helsinki, Finalanda, Septembrie 2003 si amendata de cea de-a 64-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013, Recomandari)

Art. 162

(1) Toţi oamenii sunt egali în faţa tribunalelor şi a curţilor de justiţie. Orice persoană are dreptul ca litigiul în care se află să fie examinat în mod echitabil şi public de către un tribunal competent, independent şi imparţial, stabilit prin lege.

(6) Când o condamnare penală definitivă este ulterior anulată sau se acordă graţierea deoarece un fapt nou sau nou-descoperit dovedeşte că s-a produs o eroare judiciară, persoana care a suferit o pedeapsă în urma acestei condamnări va primi o indemnizaţie în conformitate cu legea, afară de cazul când s-a dovedit că nedescoperirea în timp util a faptului necunoscut îi este imputabilă ei, în întregime sau în parte.

(Art. 14, Pactul internațional pentru drepturile civile și politice, Organizatia Natiunilor Unite, 16 Decembrie 1966)

Art. 163

Fiecare stat parte la prezentul Pact, se angajează să acţioneze, atât prin propriul său efort, cât şi prin asistenţă şi cooperare internaţională, în special pe plan economic şi tehnic, folosind la maximum resursele sale disponibile, pentru ca exercitarea deplină a drepturilor recunoscute în prezentul Pact să fie asigurată progresiv prin toate mijloacele adecvate, inclusiv prin adoptarea de măsuri legislative.

(Art. 2(1)Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale, Organizatia Natiunilor Unite, 3 Ianuarie 1976)

Art. 164

Fiecare stat parte va garanta, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură dreptul de a obţine reparaţie şi de a fi despăgubită în mod echitabil şi adecvat, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai completă posibil. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, persoanele aflate în întreţinerea acesteia au dreptul la compensaţie.

(Art. 14 (1) Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, 18 Decembrie 1990)

Art. 165

Preambul

Conflictele internaționale și civile, precum și sărăcia și foamea duc la un număr mare de refugiați, inclusiv solicitanții de azil, refuzați solicitanți de azil și migranți fără documente, precum și persoane strămutate intern în toate regiunile. Aceste persoane sunt printre cele mai vulnerabile din societate.

Codurile internaționale de drepturi ale omului și etică medicală, inclusiv Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Lisabona privind drepturile pacientului, declară că toate

persoanele au dreptul, fără discriminare, la îngrijiri medicale adecvate. Cu toate acestea, legislația națională diferă și deseori nu este în conformitate cu acest principiu important.

Afirmație

Medicii au datoria să ofere îngrijiri medicale adecvate, indiferent de starea civilă sau politică a pacientului, iar guvernele nu ar trebui să refuze pacienților dreptul de a primi astfel de îngrijiri și nici nu ar trebui să interfereze cu obligația medicilor de a administra tratament doar pe baza nevoilor clinice.

Medicii nu pot fi obligați să participe la nicio acțiune punitivă sau judiciară care implică refugiați, inclusiv solicitanți de azil, refuzați de azil și migranți fără document, sau stramutati intern sau să administreze orice măsură de diagnostic sau tratament nejustificat, cum ar fi sedative pentru a facilita deportarea ușoară din țară sau relocare.

Medicilor trebuie să li se acorde timp și resurse suficiente pentru a evalua starea fizică și psihologică a refugiaților care solicită azil.

Asociațiile Medicale și medicii ar trebui să sprijine și să promoveze în mod activ dreptul tuturor persoanelor de a primi îngrijiri medicale doar pe baza nevoilor clinice și să se pronunțe împotriva legislației și practicilor care se opun acestui drept fundamental.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind ingrijirile medicale pentru refugiati, incluzand pe cei care cer azil, carora li s-a refuzat azilul, migrantilor fara documente si a persoanelor stramutate intern, adoptata de cea de-a 50-a Adunare Medicala Mondiala, Ottawa, Canada, Octombrie 1998, reafirmata de cea de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale mondiale, Vancouver, Canada, Octombrie 2010)

Art. 166

Concilierea pe cale amiabila a diferendumului intre angajati ai Spitaluilui Municipal Motru a intre angajati si paciaenti sau alte persoane cu care intra in contact in perioada serviciului se incheie prin semnarea procesului verbal de conciliere din Anexa 3.

(Consiliul Etic al Spitaluilui Municipal Motru)

1.1.3 Drepturi speciale

1.1.3.1 Reproducerea

Art. 167

Asociatia Medicala Mondiala recomandă Asociațiilor Medicale Naționale:

Promovarea educației în planningul familial, prin colaborarea cu guvernele, ONG-urile și alții pentru a oferi servicii și asistență sigure și de înaltă calitate;

Cererea guvernelor să se asigure că aceste informații, materiale, produse și servicii sunt disponibile fără a ține cont de naționalitate, crez, rasă, religie sau statut socioeconomic.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind planningul familial si dreptul femeii la contraceptie, adoptata de cea de-a 48-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Somerset West, Africa de Sud, Copenhaga, Danemarca, Octombrie 2000 si reafirmata cu revizuire minora de cea de-a 2017-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017, Recomandari)

Art. 168

Dreptul femeii la viaţă prevalează în cazul în care sarcina reprezintă un factor de risc major şi imediat pentru viaţa mamei.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 169

Pacientul are dreptul la informaţii, educaţie şi servicii necesare dezvoltării unei vieţi sexuale normale şi sănătăţii reproducerii, fără nici o discriminare.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 170

(1) Dreptul femeii de a hotărî dacă să aibă sau nu copii este garantat, cu excepţia cazului prevăzut la art. 26.

(2) Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerii.

(3) Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente şi lipsite de riscuri.

(Legea drepturilor pacientului 46/2003)

Art. 171

1. Întreruperea de sarcină indicată medical se referă numai la întreruperea sarcinii din motive de sănătate, în conformitate cu principiile medicinii bazate pe dovezi și a bunelor practici clinice. Această declarație o face să nu includă sau să implice nicio opinie cu privire la întreruperea sarcinii efectuate din alte motive decât cele medicale indicație.

2. Încetarea sarcinii este o problemă medicală între pacient și medic. Atitudini față de încetarea sarcinii este o problemă de convingere individuală și conștiință care trebuie respectate.

3. O circumstanță în care pacientul poate fi rănit prin purtarea sarcinii la termen prezintă un conflict între viața fătului și sănătatea femeii însărcinate. Răspunsuri diverse pentru a rezolva acest lucru reflecta diversele standarde culturale, legale, tradiționale și regionale de îngrijire medicală în întreaga lume.

4. Medicii trebuie să fie conștienți de încetarea legislației locale, a reglementărilor și a cerințelor de raportare. Legile naționale, normele, standardele și practicile clinice legate de încetarea sarcinii ar trebui să promoveze și să protejeze sănătatea, demnitatea și drepturile lor ale femeilor, consimțământul voluntar informat și autonomia luarea deciziilor, con-identitatea și confidențialitatea. Asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze pentru această națională politica de sănătate respectă aceste principii.

5. În cazul în care legea permite efectuarea încetării sarcinii, indicată medical, procedura trebuie să fie efectuată să fie efectuat de un medic competent și numai în cazuri extreme de un alt lucrător de îngrijire medicală calificat, în conformitate cu principiile medicamentelor bazate pe dovezi și practicile medicale bune într-o unitate aprobată care corespunde standardelor medicale cerute.

6. Convingerile atât ale medicului, cât și ale pacientului trebuie respectate.

7. Pacienții trebuie să fie susținuți corespunzător și să li se ofere tratamentul medical și psihologic necesar împreună cu consiliere adecvată, dacă doresc.

8. Medicii au dreptul la obiecții conștiincioase pentru a face avort; prin urmare, ei se pot retrage asigurând în același timp continuitatea asistenței medicale de către un coleg calificat. În toate

cazurile, medicul trebuie să facă performanță acele proceduri necesare pentru a salva viața femeii și pentru a preveni vătămarea gravă a sănătății ei.

9. Medicii trebuie să lucreze cu instituțiile și autoritățile competente pentru a se asigura că nici o femeie nu este rănită din cauza faptului că încetarea indicată medical a serviciilor de sarcină nu este disponibilă.

(Asociatia Medicala Mondiala, Statutul avorturilor cu indicatie medicala, Adoptat in cea de-a 24-a Adunare Medicala Mondiala, Oslo, Norvegia, august 1970, si amendata de cea de-a 35-a Adunare Medicala Mondiala, Venetia, Italia, Octombrie, 1983, a 57-a Adunare Generala, Pilanesberg, Octombrie, 2006, si de a 69-a Adunare Generala, Reykjavik, Islada, Ocrombrie, 2018)

Art. 172

(1) Întreruperea cursului sarcinii săvârşită în vreuna dintre următoarele împrejurări:

a) în afara instituţiilor medicale sau a cabinetelor medicale autorizate în acest scop;

b) de către o persoană care nu are calitatea de medic de specialitate obstetrică-ginecologie şi drept de liberă practică medicală în această specialitate;

c) dacă vârsta sarcinii a depăşit paisprezece săptămâni.

(2) Întreruperea cursului sarcinii, săvârşită în orice condiţii, fără consimţământul femeii însărcinate.

Spitalul Municipal Motru are obligatia de a pune la dispozitia pacientilor formular de cerere a avorturilor pentru pacientele adulte, cu discernamant si formular de cerere a avorturilor pentru pacientele minore si/sau fara discernamant.

(3) Dacă prin faptele prevăzute în alin. (1) şi alin. (2) s-a cauzat femeii însărcinate o vătămare corporală, iar dacă fapta a avut ca urmare moartea femeii însărcinate

(4) Când faptele au fost săvârşite de un medic, pe lângă pedeapsa închisorii, se va aplica şi interzicerea exercitării profesiei de medic.

(5) Tentativa la infracţiunile prevăzute în alin. (1) şi alin. (2) se pedepseşte.

(6) Nu constituie infracţiune întreruperea cursului sarcinii în scop terapeutic efectuată de un medic de specialitate obstetrică-ginecologie, până la vârsta sarcinii de douăzeci şi patru de săptămâni, sau întreruperea ulterioară a cursului sarcinii, în scop terapeutic, în interesul mamei sau al fătului.

(Art. 201, Codul Penal al Romaniei)

Art. 173

(1) Vătămarea fătului, în timpul naşterii, care a împiedicat instalarea vieţii extrauterine se pedepseşte cu închisoarea de la 3 la 7 ani.

(2) Vătămarea fătului, în timpul naşterii, care a cauzat ulterior copilului o vătămare corporală, se pedepseşte cu închisoarea de la unu la 5 ani, iar dacă a avut ca urmare moartea copilului pedeapsa este închisoarea de la 2 la 7 ani.

(3) Vătămarea fătului în timpul sarcinii, prin care s-a cauzat ulterior copilului o vătămare corporală, se pedepseşte cu închisoarea de la 3 luni la 2 ani, iar dacă a avut ca urmare moartea copilului pedeapsa este închisoarea de la 6 luni la 3 ani.

(4) Vătămarea fătului săvârşită în timpul naşterii de către mama aflată în stare de tulburare psihică se sancţionează cu pedeapsa prevăzută în alin. (1) şi alin. (2), ale cărei limite se reduc la jumătate.

(5) Dacă faptele prevăzute în alin. (1)-(4) au fost săvârşite din culpă, limitele speciale ale pedepsei se reduc la jumătate.

(6) Nu constituie infracţiune faptele prevăzute în alin. (1)-(3) săvârşite de un medic sau de persoana autorizată să asiste naşterea sau să urmărească sarcina, dacă acestea au fost săvârşite în cursul actului medical, cu respectarea prevederilor specifice profesiei şi au fost făcute în interesul femeii gravide sau al fătului, ca urmare a riscului inerent exercitării actului medical.

(7) Vătămarea fătului în perioada sarcinii de către femeia însărcinată nu se pedepseşte.

(Art. 202, Codul Penal al Romaniei)

Art. 174

Asociația Medicală Mondială este profund îngrijorata de faptul că feticidele feminine și avortul de selecție sexuală sunt des practicate în anumite țări.

Asociația Medicală Mondială denunță feticidele feminine și avortul pe selecție de sex ca un exemplu total inacceptabil de discriminare de gen.

Asociația Medicală Mondială consideră că avortul pentru selecția de sex din motive de preferință de gen este discriminatoriu, atunci când se datorează exclusiv preferinței părinților și în cazul în care nu există implicații asupra sănătății pentru făt sau femeie.

Asociația Medicală Mondială face apel la Asociațiile Medicale Naționale:

• Să denunțe practica feticidului feminin și utilizarea avortului de selecție sexuală pentru preferințe de gen și;

• Sa-și sfătuiasca guvernele în consecință

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind avorturile pe considerente de sex si feticidul feminin, Adoptat de cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washinton, DC, SUA, Octombrie 2002, reafirmata de cea 191-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Praga, Republica Cehia, Aprilie 2012 si revizuita de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

1.1.3.2 Genetica

Art. 175

Preambul:

Genetica contribuie la înțelegerea tot mai mare a cauzelor, evoluțiilor, clasificărilor și tratamentelor bolilor. Utilizarea geneticii este în creștere, trecând de la identificarea bolilor monogene și utilizarea în tratamentul cancerului către predicția riscurilor de boli multifactoriale și manipularea genelor individuale. În aceste moduri, utilizarea geneticii face și din ce în ce mai mult să creeze o valoare mare atât la nivel individual, cât și la nivel social. Cu toate acestea, utilizarea informațiilor genetice despre indivizi ridică, de asemenea, probleme privind confidențialitatea și riscul de suferință psihologică, stigmatizare și discriminare.

Această declarație oferă recomandări pentru utilizarea geneticii medicale care respectă provocările etice pe care le implică o astfel de utilizare. Acesta vizează în primul rând utilizarea geneticii în furnizarea asistenței medicale. Colectarea, stocarea și utilizarea datelor genetice dincolo de îngrijirea individuală a pacienților ar trebui să respecte principiile enunțate în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Taipei cu privire la considerațiile etice privind bazele de date din sănătate și biobăncile.

Utilizarea geneticii în cercetările medicale care implică subiecți umani, inclusiv cercetarea asupra materialelor și datelor umane identificabile, ar trebui să respecte principiile prezentate în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Helsinki privind principiile etice pentru cercetarea medicală care implică subiecți umani.

Această declarație ar trebui citită în ansamblu și fiecare dintre alineatele sale constitutive ar trebui să fie aplicat ținând cont de toate celelalte paragrafe relevante. Declarația trebuie actualizată în conformitate cu evoluțiile din domeniul geneticii.

Informațiile genetice au caracteristici semnificative din punct de vedere etic. În mod individual, aceste caracteristici pot fi găsite și în alte tipuri de informații despre asistența medicală. Cu toate acestea, combinația acestor caracteristici face ca informațiile genetice să fie deosebit de sensibile. Această sensibilitate - combinată cu interesul intens pentru informațiile genetice din partea multor părți interesate - subliniază importanța respectării principiilor fundamentale ale eticii medicale, în special dreptul pacientului la autonomie, confidențialitate, viata privata și beneficii în legătură cu generarea, stocarea, utilizarea sau distribuirea informații genetice.

Printre caracteristicile semnificative din punct de vedere etic sunt:

- Informațiile genetice sunt identificatoare pentru un individ.
- Analiza genetică poate genera informații extinse și detaliate despre un individ.
- Analiza genetică poate genera concluzii suplimentare.
- Nu se cunoaște încă semnificația completă a informațiilor generate de analiza genetică.
- Informațiile genetice despre un individ nu pot fi complet anonimizate și informațiile genetice dezactivate pot fi reidentificate.
- Datele genetice conțin informații nu numai despre individul care a fost supus testării, ci și despre persoanele care sunt înrudite genetic cu individul testat.
- Testarea genetică a unei persoane poate presupune ca medicul să solicite acces la informații de îngrijire a sănătății despre - sau testarea genetică a persoanelor înrudite genetic (membrii familiei).

Principii etice

Beneficiu

Testarea genetică în contextul asistenței medicale ar trebui să se facă în primul rând în beneficiul pacientului testat.

Relevanţă

Testul de genetică nu ar trebui să aibă un scop mai larg decât pentru ce a fost facut testul.

Consimțământ informat

1. Testarea genetică trebuie făcută numai cu acordul în cunoștință de cauză al persoanei fizice sau al tutorelui său legal.

Testele genetice pentru predispoziția la boală trebuie efectuate numai la copii, dacă există indicații clinice clare și dacă conștientizarea rezultatelor testului ar fi în interesul superior al copilului.

2. Procesul de consimțământ trebuie să ofere pacientului informații inteligibile, exacte și adecvate despre următoarele:

- Scopul, natura și beneficiile testului.

• Riscurile, sarcinile și limitările testului.

• Natura și semnificația informațiilor care trebuie generate de test.

• Procedurile de returnare a rezultatelor, inclusiv constatări suplimentare și descoperiri viitoare.

• Opțiunile de răspuns la rezultate, inclusiv posibile tratamente.

• Cum, unde și pentru cât timp vor fi stocate rezultatele testului, datele și probele biologice și cine poate avea acces la rezultatele actuale și viitoare.

• Posibile utilizări secundare ale informațiilor generate de test

• Măsurile care protejează confidențialitatea, confidențialitatea și autonomia, inclusiv măsurile de securitate a datelor

• Procedurile de gestionare a rezultatelor care au implicații pentru persoanele înrudite genetic

• După caz, utilizarea comercială și partajarea beneficiilor, probleme de proprietate intelectuală și transferul de date sau materiale către terți.

Constatări suplimentare (constatări secundare și incidentale)

1. Un test genetic poate genera descoperiri suplimentare care nu au legătură cu scopul principal al testului, denumit, de asemenea, concluzii secundare sau incidentale. Procedurile pentru tratarea acestor constatări ar trebui să fie determinate înainte de test, iar informațiile despre aceste proceduri ar trebui să fie comunicate pacientului ca parte a procesului de consimțământ.

2. Principiile pentru gestionarea constatărilor suplimentare trebuie să includă considerarea pentru:

• Preferințele pacientului în ceea ce privește gestionarea constatărilor suplimentare.

• Importanța descoperirilor suplimentare pentru sănătatea pacientului și alte interese.

• Importanța constatărilor pentru sănătatea și alte interese ale persoanelor care sunt înrudite genetic cu pacientul.

• Valabilitatea științifică a constatărilor suplimentare.

• Punctele forte ale dovezilor pentru corelația dintre rezultatele suplimentare și riscurile legate de sănătate pentru pacient.

• Gradul în care rezultatele suplimentare pot fi acționate, medical sau altfel.

Consiliere genetică

1. Trebuie să se ofere întotdeauna consiliere genetică adecvată atunci când sunt oferite sau efectuate teste genetice sau tratamente bazate pe genetică și pentru interpretarea rezultatelor. Consilierea ar trebui să permită pacientului să ia decizii informate în funcție de propriile valori și interese. Consilierea nu trebuie să fie părtinitoare in raport cu valorile personale ale consilierului. Dreptul individului de a nu fi testat ar trebui protejat și, dacă persoana respectivă a fost testată, nu ar trebui să existe nicio obligație pentru individ să acționeze asupra rezultatelor testului.

2. Studenții medicinisti și medicii ar trebui să primească educație și instruire în consiliere genetică, în special consiliere legată de diagnosticul pre-simptomatic al bolii.

Confidențialitatea

Ca toate documentele medicale, informațiile din testarea genetică sau din terapia genetică trebuie păstrate strict confidențiale și nu trebuie dezvăluite terților în formă identificabilă fără

acordul individului testat. Părțile terțe, cărora li se pot da rezultate în anumite circumstanțe, sunt identificate la punctul 15.

Informarea terților

În cazul unui rezultat al testului care poate avea implicații pentru terți, cum ar fi rudele apropiate, individul testat ar trebui încurajat să discute rezultatele testului cu astfel de părți terțe. În cazurile în care dezvăluirea rezultatelor implică un prejudiciu preconizat care este grav și inevitabil, cu excepția dezvăluirii și în mod clar mai mare decât vătămarea care poate rezulta din dezvăluirea, medicul poate dezvălui informațiile necesare unor astfel de terți fără acordul pacientului, dar ar trebui de obicei discutat acest lucru cu pacientul mai întâi. Dacă medicul are acces la o comisie de etică, este de preferat să consulte o astfel de comisie înainte de a dezvălui informații către terți.

Protejarea datelor

Colectarea, stocarea și utilizarea datelor genetice necesită cel mai înalt nivel de protecție a datelor.

Discriminare

Niciun individ sau grup nu trebuie discriminat în niciun fel pe baza informatiilor genetice, inclusiv domeniile drepturilor omului, ocupării forței de muncă și asigurărilor. Această protecție ar trebui să se aplice persoanelor care au fost supuse testării genetice sau terapiei genetice, precum și persoanelor despre care se pot deduce informații genetice. Trebuie să se acorde o atenție specială pentru a proteja grupurile și indivizii vulnerabili.

Costul testării

Decizia de a include analiza genetică ca parte a îngrijirii medicale poate introduce costuri semnificative pentru pacient și sistemul de sănătate. Prin urmare, o astfel de decizie ar trebui să se bazeze întotdeauna pe așteptarea că preturile analizei sunt justificate de beneficiile pentru pacient.

Fiabilitate și limitări

1. Identificarea genelor legate de boală a dus la o creștere a numărului de teste genetice disponibile, analize și tratamente. Pe măsură ce numărul, tipurile și complexitatea acestora cresc, trebuie avut mare grijă pentru a le asigura fiabilitatea, precizia și calitatea acestora și pentru a informa pacienții despre limitările lor.

2. Beneficiul unui test genetic pentru un individ poate depinde de disponibilitatea informațiilor despre populația de fond relevantă. Profesioniștii medicali ar trebui să fie conștienți de sfera de aplicare și de limitările datelor genetice de fond și a informațiilor de sănătate stocate în bazele de date utilizate în furnizarea serviciilor de testare genetică clinică.

Teste directe către consumator

Dacă testele genetice sunt oferite direct consumatorilor în scopuri medicale, acestea trebuie să îndeplinească aceleași standarde tehnice, profesionale, legale și etice ca testele oferite de laboratoarele certificate și trebuie să fie în conformitate cu recomandările prezentate în această declarație. În special, furnizorii de teste directe către consumatori trebuie să furnizeze informații inteligibile, corecte și adecvate despre fiabilitatea și limitările serviciilor lor.

Utilizarea clinică a datelor din cercetare

Pentru proiectele de cercetare care implică teste genetice și unde poate fi identificat participantul, participantul la cercetare trebuie informat despre posibilitatea descoperirilor care indică o amenințare serioasă pentru sănătatea participantului. Dacă există astfel de descoperiri,

participantului trebuie să li se ofere o recomandare la consiliere genetică și intervenție medicală adecvată.

Terapia genică și editarea

Terapia genică și editarea reprezintă o combinație de tehnici utilizate pentru manipularea genelor asociate bolilor.

Utilizarea acestor tehnici ar trebui să respecte următoarele orientări:

• Utilizarea terapiei genice și editarea somatică a genomului ar trebui să corespundă standardelor de etică medicală și responsabilității profesionale.

• Autonomia pacientului trebuie respectată și trebuie obținut întotdeauna consimțământul informat. Acest proces de consimțământ informat ar trebui să includă dezvăluirea riscurilor terapiei genice și a editării, inclusiv faptul că pacientul ar trebui să fie supus mai multor runde de terapie genică, riscul unui răspuns imun, problemele potențiale care apar din utilizarea vectorilor virali și efectele genomului in afara tintei.

• Terapia genică și editarea trebuie efectuate numai după o analiză atentă a riscurilor și beneficiilor implicate și o evaluare a eficacității percepute a terapiei, în comparație cu riscurile, efectele secundare, disponibilitatea și eficacitatea altor tratamente.

• Editarea genică a celulelor germinale are riscuri nerezolvate științific și nu trebuie aplicată clinic. Acest lucru nu exclude testarea editării genelor sau a altor cercetări similare.

Clonarea

Clonarea include atât clonarea terapeutică, și anume clonarea celulelor stem individuale pentru a produce o copie sănătoasă a unui țesut sau organ bolnav pentru transplant, cât și clonarea reproductivă, respectiv clonarea unui om existent pentru a produce un duplicat genetic al acelui om. Asociatia Medicala Mondiala se opune reproducerii clonarii oamnenilor.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Reykjavik – Consideratii etice privind folosirea geneticii in sistemele de sanatate, adoptata de cea de-a 56-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Santiago, Chile, Octombrie 2005, revizuita de cea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie, 2009 si de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

Art. 176

1. Editarea genomului uman, la fel ca orice altă intervenție medicală, ar trebui implementată în conformitate cu dovezile adecvate care sunt colectate prin studii de cercetare bine conduse și aprobate etic.

2. Atunci când se urmărește utilizarea celulelor germinale în scopuri de cercetare, editarea liniei germinale ar trebui permisă numai într-un cadru etic și legal separat, distinct de un cadru etic și legal aplicat editării genomului somatic.

3. Guvernele ar trebui:

• Sa elaboreze cadre de reglementare solide și aplicabile pentru editarea genomului în țările lor.

• Se îndemne la continuarea dezvoltării unui consens internațional, bazat pe știință și etică, pentru a determina aplicațiile terapeutice admise ale editării genomului liniei germinale.

4. Membrii constitutivi ai Asociatiei Medicale Mondiale ar trebui:

• Sa fie conștienți de progresele în cercetarea în medicina genomică și sa ii informeze pe membrii lor despre progresele științifice în genom

• Sa pledeze pentru cercetare pentru a înțelege

(i) beneficiile și riscurile editării genomului uman,

(ii) aspectele socio-politice, etice și juridice ale editării liniei germinale umane

(iii) necesitatea implicării medicului în editarea terapeutică a genomului.

• Sa elaboreze si sa promoveze orientări etice pentru editarea genomului pentru membrii acestora, luând în considerare perspectivele societale, consensul profesional, legile și reglementările naționale și standardele internaționale.

• Sa pledeze pentru dezvoltarea legilor și reglementărilor corespunzătoare pentru editarea genomului, în conformitate cu normele și standardele naționale și internaționale.

• În cazul în care editarea genomului uman este sigură și eficientă, sa pledeze pentru accesul egal al pacientului la tehnologie.

5. Medicii trebuie:

• Educați asupra aspectelor tehnice, etice, sociale și juridice ale editării genomului.

• Familiarizați cu cadrul etic internațional și local care reglementează genomul

• Sa respecte toate standardele etice pentru cercetarea aprobată în aceste domenii, inclusiv consimțământul informat adecvat.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind Editarea Genomului Uman, Adoptat de cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie, 2020)

1.1.3.3 Femeia

Art. 177

Asociația Medicală Mondială își îndeamnă membrii componenți să:

• Condamnne categoric încălcările drepturilor de baza ale omului, ale femeilor și copiilor, inclusiv încălcări generate de practicile sociale, politice, religioase, economice și culturale;

• Insiste asupra drepturilor tuturor femeilor și copiilor asupra îngrijirii medicale complete și adecvate, în special atunci când restricțiile religioase, sociale și culturale sau discriminarea pot împiedica accesul la astfel de îngrijiri medicale;

• Pledeaze pentru egalitatea primelor de asigurare de sănătate și acoperirea pentru a se asigura că accesul femeilor la îngrijire nu este împiedicat de cheltuieli prohibitiv ridicate;

• Promoveze furnizărea de anticonceptionale, îngrijire prenatală și maternă și îngrijire postnatală, inclusiv imunizarea, nutriția pentru creșterea corespunzătoare și dezvoltarea asistenței medicale pentru copii;

• Asigurare accesul universal la sănătatea sexuală și reproductivă;

• Promoveze sănătătatea femeilor și copiilor ca drepturi ale omului;

• Sfatuiasca referitor la oportunitățile educaționale, de angajare și economice pentru femei și pentru accesul acestora la informații despre asistența medicală și serviciile de sănătate;

• Să aiba dreptul de a lucra ca realizare a dreptului uman la egalitatea de șanse și egalitatea de tratament, indiferent de sex.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind accesul femeilor si al copilului la sanatate, adoptata de cea de-a 49-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Hamburg, Germania, Noiembrie 1997, si revizuita de cea de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Seoul, Coreea de Sud, Octombrie 2008 si de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019, Recomandari)

Art. 178

Asociatia Medicala Mondiala:

• Afirmă că violența nu se referă doar la violență fizică, psihologică și sexuală, ci include abuzuri, cum ar fi practicile culturale și tradiționale dăunătoare, precum și acțiuni precum complicitatea la traficul de femei și este o problema majoră de sănătate publică.

• Recunoaște legătura dintre o mai bună educație și alte drepturi pentru femei precum sănătatea și bunăstarea societății familiale și subliniază că egalitatea în libertățile civile și drepturile omului este o problemă de sănătate.

• Va pregăti materiale de informare și de sfaturi pentru Asociatiile Medicale Nationale pentru a le utiliza cu guvernele naționale și grupurile interguvernamentale care abordează implicațiile asupra sănătății și bunăstării discriminării față de femei și fete, inclusiv adolescenți. Acest material va include referințe relevante despre impactul violenței asupra bunăstării familiei și asupra sustenabilității financiare a societății

• Va colabora cu alții pentru a pregăti și distribui medicilor și altor lucrători din domeniul sănătății materiale de informare și de sfatuire care se ocupă de practicile tradiționale și culturale dăunătoare, inclusiv mutilarea genitală a femeilor, zestrea și uciderea onoarei și accentuarea impactului asupra sănătății, precum și a încălcărilor drepturilor omului .

• Pregăti exemple practice ale impactului violenței și strategii pentru reducerea acesteia, cum ar fi ghiduri de consens care se bazează pe cele mai bune dovezi disponibile.

• Va susține la OMS, la alte agenții ONU și din alte părți pentru a pune capăt discriminării și violenței împotriva femeilor.

• Va colabora cu alții pentru a pregăti șabloane de materiale educaționale pentru utilizare de către practicieni individuali pentru documentarea și raportarea cazurilor individuale de abuz.

•Încuraja pe altii să elaboreze materiale educaționale gratuite online pentru a oferi îndrumări angajaților din prima linie de sănătate cu privire la abuzuri și efectele acestuia și la strategiile de prevenire.

• Încuraja legiferarea clasificării violul in grup folosit ca armă de război ca crimă împotriva umanității, care este eligibil pentru litigii prin jurisdicția sistemului Curții Penale Internaționale.

Asociatiile Medicale Nationale:

•Utilizați și promovați materialele disponibile pentru prevenirea și tratarea consecințelor violenței împotriva femeilor și fetelor și acționați ca sfatuitori în propria țară.

• Caută să se asigure că cei care concep și oferă educație medicilor și altor lucrători din domeniul sănătății sunt conștienți de probabilitatea expunerii la violență, consecințele acesteia și dovezile privind strategiile preventive care funcționează și pun accentul corespunzător pe acest lucru la studenți, absolvenți și continuați educarea lucrătorilor din domeniul sănătății.

• Recunoașteți importanța raportării mai complete a sechelelor de violență și încurajați dezvoltarea unei formări care să pună accent pe conștientizarea și prevenirea violenței, pe lângă utilizarea mai bună a raportării și a cercetării privind incidența, prevalența și impactul asupra sănătății tuturor formelor de violență.

• Încurajați jurnalele medicale să publice mai multe cercetări privind interacțiunile complexe din acest domeniu, menținându-l astfel în conștientizarea profesiilor și contribuind la dezvoltarea unei cercetari si documentari solide bazata pe diverse tipuri de violenta si cercetarea acesteia.

• Încurajați jurnalele medicale să ia în considerare publicarea unor teme despre violență, inclusiv neglijarea femeilor și a fetelor.

• Sfatuiti despre înregistrarea universală a nașterilor și o limită de vârstă mai mare pentru căsătorie.

• Sfatuiti referitor la implementarea eficientă a drepturilor omului universale.

• Sfatuiti referitor la educația și susținerea părinților cu privire la îngrijirea, dezvoltarea, educația și protecția copiilor, în special a fetelor.

• Sfatuiti referitor la monitorizarea statisticilor privind copiii, incluzând atât indicatori pozitivi și negativi de sănătate și bunăstare, cât și determinanți sociali ai sănătății.

• Sfatuiti pentru legiferare împotriva practicilor nocive specifice, inclusiv feticidul feminin, mutilarea genitală a femeilor, căsătoria forțată și pedeapsa corporală.

• Sfatuiti pentru incriminarea violului în toate circumstanțele, inclusiv în cadrul căsătoriei.

• Condamna utilizarea violului in grup ca armă de război și lucrează cu alții pentru a-l documenta și raporta.

• Sfatuiti pentru dezvoltarea datelor de cercetare cu privire la impactul violenței și neglijării asupra victimelor primare și secundare și societatea pentru finanțare sporită pentru astfel de cercetări.

• Sfatuiti pentru protecția celor care vorbesc împotriva abuzurilor, inclusiv a medicilor și a altor lucrători din domeniul sănătății.

Medicii ar trebui:

• Sa folosească materialul dezvoltat pentru educația lor pentru a se informa mai bine despre efectele abuzului și despre strategiile de succes de prevenire.

• Sa ofere asistență medicală și protecție copiilor (în special în perioadele de criză) și sa documenteze și raporteze toate cazurile de violență împotriva copiilor, având grijă să protejați intimitatea pacientului cât mai mult posibil.

• Trateze și schimbe, dacă este posibil, complicațiile și efectele adverse ale mutilării genitale feminine și sfatuiti pacientul pentru servicii de asistență socială.

• Sa se opuna publicarii sau difuzarii numelor, adreselor sau asemănărilor victimelor fără permisiunea explicită a victimei.

• Evalueze riscului de violență în familie în contextul luării unui istoric social de rutină.

• Fie atenti la asocierea dintre dependența actuală de alcool sau droguri în rândul femeilor și istoricul de abuz.

• Sprijine colegii care se implică personal în muncă pentru a pune capăt abuzurilor.

• Lucreaze pentru a stabili relația necesară de încredere cu femeile abuzate și copiii, inclusiv respectarea confidențialității.

• Sprijine acțiunile globale și locale pentru a înțelege mai bine consecințele asupra sănătății atât ale abuzului, cât și ale refuzului drepturilor și pledează pentru servicii sporite pentru victime.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind violenta impotriva femeilor si fetelor, adoptata de cea de-a 61-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Vancouver, Canada, Octombrie 2010, Actiuni)

Art. 179

Mutilarea genitală a femeilor (MGF) include proceduri care modifică sau provoacă în mod intenționat leziuni ale organelor genitale feminine din motive non-medicale. Procedura nu are beneficii pentru sănătate pentru fete și femei. Procedurile pot provoca sângerare severă și probleme la urinare, și mai târziu chisturi, infecții, precum și complicații la naștere și risc crescut de decese la nou-născuți. Peste 200 de milioane de fete și femei în viață au fost tăiate astăzi în 30 de țări din Africa, Orientul Mijlociu și Asia, unde MGF sunt mai intalnite. MGF se desfășoară în cea mai mare parte la fete tinere, între vârste și 15 ani. MGF este o încălcare a drepturilor omului la fete și femei.

Mutilarea genitală feminină este clasificată în 4 tipuri majore.

Tipul 1: Adesea denumit clitoridectomie, aceasta este îndepărtarea parțială sau totală a clitorisului (o parte mică, sensibilă și erectilă a organelor genitale feminine) și, în cazuri foarte rare, doar prepuțul (pliul pielii din jurul clitoris).

Tipul 2: Adesea denumit excizie, aceasta este îndepărtarea parțială sau totală a clitorisului și a labiilor minore (pliurile interioare ale vulvei), cu sau fără excizia labiilor majore (pliurile exterioare ale pielii vulvei)).

Tipul 3: Adesea denumit infibulare, aceasta este îngustarea deschiderii vaginale prin crearea unui sigiliu de acoperire. Garnitura este formată prin tăierea și repoziționarea labiilor minore, sau a labiilor majore, uneori prin cusături, cu sau fără îndepărtarea clitorisului (clitoridectomie).

Tipul 4: Aceasta include toate celelalte proceduri dăunătoare pentru organele genitale feminine în scopuri non-medicale, de ex. înțepături, piercing, incizie, răzuire și cauterizare a zonei genitale.

Deinfibularea se referă la practica de a deschide deschiderea vaginală sigilată la o femeie care a fost infibulată, care este adesea necesară pentru îmbunătățirea sănătății și bunăstării, precum și pentru a permite actul sexual sau pentru a facilita nașterea.

(Organizatia Mondiala a Sanatatii, 31 ianuarie 2018)

Art. 180

1. Ținând cont de nevoile psihologice și de "identitatea culturală" a persoanelor implicate, medicii ar trebui să explice pericolele și consecințele mutilarilor genitale feminine și să descurajeze realizarea sau promovarea mutilarile genitale feminine. Medicii ar trebui să integreze promovarea sănătății femeilor și consilierea împotriva mutilarilor genitale feminine în activitatea lor.

2. Medicii ar trebui să ajute la educarea profesioniștilor din domeniul sănătății și să lucreze cu comunitatea locală, culturală și socială lideri care să-i educe cu privire la consecințele adverse ale MGF. Ei ar trebui să sprijine persoanele care doresc să pună capăt MGF și înființarea de programe comunitare concepute pentru a scoate în afara practicii, oferind informații medicale despre efectele dăunătoare, la nevoie.

3. Există campanii active împotriva MGF care sunt conduse de lideri de femei și șefi de stat din Africa și în altă parte. Aceste campanii au emis declarații puternice împotriva practicii.

4. Medicii ar trebui să lucreze cu grupuri precum aceștia și alții care gestionează femeile însărcinate, inclusiv moașe, asistente medicale și însoțitori de naștere tradiționale, pentru a se asigura că toți practicienii au informetii standardizate și sensibile despre MGF.

5. Medicii ar trebui să coopereze cu orice strategie legală preventivă atunci când un copil riscă MGF.

6. Asociațiile medicale naționale ar trebui să stimuleze conștientizarea publică și profesională a efectelor dăunătoare de MGF.

7. Asociațiile medicale naționale ar trebui să se asigure că educația și conștientizarea MGF fac parte din susținerea sa prevenirea violenței împotriva femeilor și fetelor.

8. Asociațiile medicale naționale ar trebui să colaboreze cu liderii de opinie, încurajându-i să devină activi pledează împotriva MGF

9. Asociațiile medicale naționale ar trebui să stimuleze acțiunile guvernului în prevenirea practicării MGF. Acest ar trebui să includă programe de consiliere juridica susținute și elaborarea unei legislații care să interzică MGF.

10. Asociatiile Medicale Nationale trebuie să interzică implicarea medicilor în practica de MGF, inclusiv reîncadrarea după naştere. Medicii trebuie încurajați să efectueze operații reconstructive la femeile care au suferit de MGF. Medicii ar trebui să încerce să asigure furnizarea unui medicament adecvat (și nejudecator) și îngrijiri psihologice pentru femeile care au suferit MGF.

11. Medicii ar trebui să fie conștienți de faptul că riscul de MGF ar putea fi o justificare pentru importanța congenitalitatii pacientului, și permite dezvăluirea către servicii sociale sau alte servicii relevante pentru a proteja un copil de vătămări grave.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale Privind Mutilarile Genitale feminine Adoptata la Budapesta, Ungaria, Octombrie, 1993 si revizuit editorial in cea de-a 170-a Sedinta de Consiliu Divonne-les-Bains, Franta, Mai, 2005, si revizuita in cea de-a 67-a adunadre Generala, Taipei, Taiwan, Octombrie, 2016)

1.1.3.4. Pacientul copil

Art. 181

1. Un loc sigur si un mediu securizat cuprind:
   a. Apă curată, aer și sol;
   b. Protecția împotriva vătămărilor, exploatării, discriminării și a practicilor tradiționale care aduc atingere sănătății din copilul și
   c. Familii, case și comunități sănătoase
2. Un loc unde un copil poate avea o sănătate bună și o dezvoltare a dezvoltării:
   a. Îngrijirea prenatală și maternă pentru cea mai bună sănătate posibilă la naștere
   b. Nutriție pentru creșterea corespunzătoare, dezvoltarea și sănătatea pe termen lung
   c. Oportunități de învățare timpurie și îngrijire de înaltă calitate la domiciliu și în comunitate
   d. Oportunități și încurajarea pentru activități fizice
   e. Educație primară și secundară de înaltă calitate și accesibilă

3. O gamă completă de resurse de sănătate disponibile pentru toate mijloacele:

a. Interesul superior al copilului trebuie să fie considerația principală în furnizarea de asistență medicală;

b. Cei care au grijă de copii au pregătirea și abilitățile speciale necesare pentru a le permite să răspundă corespunzător nevoilor medicale, fizice, emoționale și de dezvoltare ale copiilor și familiilor lor

c. Asistența medicală de bază, inclusiv promovarea sănătății, imunizarea recomandată, medicamentele și sănătatea dentară

d. Îngrijirea sănătății mintale și trimiterea promptă la intervenție atunci când sunt identificate probleme

e. Acces prioritar la medicamente pentru salvarea vietii si a membrelor pentru toate mamele și copiii

f. Spitalizarea numai dacă îngrijirile și tratamentele necesare nu pot fi asigurate acasă, în comunitate sau mai departe pe bază de ambulatoriu

g. Acces la servicii de diagnostic și tratament de specialitate atunci când este nevoie

h. Servicii de reabilitare și suport în cadrul comunității

i. Managementul durerii și îngrijirea și prevenirea (sau reducerea la minimum) a suferinței

j. Consimțământul informat este necesar înainte de inițierea oricărei cercetări diagnostice, terapeutice, reabilitative sau orice alta procedura de cercetare asupra unui copil. În majoritatea cazurilor, consimțământul se obține de la părintele sau părțile legale tutore sau, în unele cazuri, de o familie extinsă, deși dorințele unui copil competent ar trebui să fie luate înainte de acordarea consimțământului.

4. Cercetarea și monitorizarea pentru îmbunătățirea continuă include:

a. Toți sugarii vor fi înregistrați special în termen de o lună de la naștere.

b. Toți copiii vor fi tratați cu demnitate și respect

c. Îngrijirea de calitate este asigurată prin monitorizarea continuă a serviciilor, inclusiv colectarea de date și evaluarea rezultatelor

d. Copiii vor împărtăși beneficiile din cercetarea științifică relevante pentru nevoile lor

e. Confidențialitatea unui pacient copil va fi respectată.

(Declaratia de la Ottawa a Asociatiei Medicale Mondiale privind sanatatea copilului, adoptata in cea de-a 50-a Adunare Medicala Mondiala, Ottawa, Canada, Octombrie 1998 si amendata de cea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicala Mondiala, New Delhi, India, Octombrie 2009)

Art. 182

Statele părți vor garanta copilului capabil de discernământ dreptul de a-și exprima liber opinia asupra oricărei probleme care îi privește, opiniile copilului urmând să fie luate în considerare ținându-se seama de vârsta sa și de gradul său de maturitate.

(Art. 12(a), Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 183

Statele părți recunosc dreptul copilului care a fost plasat de către autoritatea competentă pentru a primi îngrijiri, la protejarea sau tratarea afecțiunilor sale fizice ori mentale, dreptul la verificarea periodică a tratamentului respectiv și a oricăror alte aspecte legate de plasarea sa.

(Art. 25, Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 184

Statele părți vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a facilita recuperarea fizică și psihologică și reintegrarea socială a copiilor, victime ale unei forme de neglijență, exploatare sau abuz, de tortură sau pedeapsă ori tratamente crude, inumane sau degradante ori victime ale unui conflict armat. Această readaptare și această reintegrare se vor desfășura în condiții care favorizează sănătatea, respectul de sine și demnitatea copilului.

(Art. 39, Convenția asupra Drepturilor Copilului)

Art. 185

Statele părți recunosc dreptul copilului care a fost plasat de către autoritatea competentă pentru a primi îngrijiri, la protejarea sau tratarea afecțiunilor sale fizice ori mentale, dreptul la verificarea periodică a tratamentului respectiv și a oricăror alte aspecte legate de plasarea sa.

(Art. 25, Convenția asupra Drepturilor Copilului, Organizatia Natiunilor Unite, 20 noiembrie 1989)

Art. 186

Statele părți vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a facilita recuperarea fizică și psihologică și reintegrarea socială a copiilor, victime ale unei forme de neglijență, exploatare sau abuz, de tortură sau pedeapsă ori tratamente crude, inumane sau degradante ori victime ale unui conflict armat. Această readaptare și această reintegrare se vor desfășura în condiții care favorizează sănătatea, respectul de sine și demnitatea copilului.

(Art 39, Convenția asupra Drepturilor Copilului, Organizatia Natiunilor Unite, 20 noiembrie 1989)

Art. 187

1. Statele parti vor garanta copilului capabil de discernamant dreptul de a-ti exprima liber opinia asupra oricarei probleme care îl priveste, opiniile copilului urmand sa fie luate în considerare tinandu-se seama de varsta sa si de gradul sau de maturitate.

2. In acest scop copilului i se va da, în special, posibilitatea de a fi ascultat în orice procedura judiciara sau administrativa care îl priveste, fie direct, fie printr-un reprezentant sau un organism competent, în conformitate cu regulile de procedura din legislatia nationala.

(Art. 12, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 188

1. Copilul are dreptul la libertatea de exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a cauta, de a primi si de a difuza informatii si idei de orice natura, indiferent de frontiere, sub forma orala, scrisa, tiparita sau artistica ori prin orice alte mijloace, la alegerea copilului.

2. Exercitarea acestui drept poate face subiectul restrictiilor, dar numai al acelor restrictii expres prevazute de lege si absolut necesare pentru:

a) respectarea drepturilor sau a reputatiei altora; sau

b) protejarea securitatii nationale, a ordinii publice, a sanatatii publice si a bunelor moravuri.

(Art. 13, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 189

1. Statele parti vor respecta dreptul copilului la libertatea de gandire, de constiinta si religie.

2. Statele parti vor respecta drepturile si obligatiile parintilor sau, dupa caz, ale reprezentantilor legali ai copilului de a-l îndruma în exercitarea dreptului sus-mentionat, de o maniera care sa corespunda capacitatilor în formare ale acestuia.

3. Libertatea de a-si manifesta propriile convingeri religioase sau alte convingeri nu poate fi îngradita decat de restrictiile prevazute în mod expres de lege si care sunt necesare pentru protectia securitatii publice, a ordinii publice, a sanatatii publice si a bunelor moravuri sau a libertatilor si drepturilor fundamentale ale altora.

(Art. 14, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 190

1. Statele parti recunosc drepturile copilului la libertatea de asociere si la libertatea de întrunire pasnica.

2. Exercitarea acestor drepturi nu poate fi îngradita decat de restrictiile prevazute în mod expres de lege si care sunt necesare într-o societate democratica, în interesul securitatii nationale, al sigurantei sau ordinii publice ori pentru a proteja sanatatea publica sau bunele moravuri ori pentru a proteja drepturile si libertatile altora.

(Art. 15, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 191

1. Statele parti recunosc dreptul copilului de a se bucura de cea mai buna stare de sanatate posibila si de a beneficia de serviciile medicale si de recuperare. Ele vor depune eforturi pentru a garanta ca nici un copil nu este lipsit de dreptul de a avea acces la aceste servicii.

2. Statele parti vor depune eforturi pentru a asigura aplicarea efectiva a acestui drept si, în mod deosebit, vor lua masurile corespunzatoare pentru:

a) reducerea mortalitatii infantile si a celei în randul copiilor;

b) asigurarea asistentei medicale si a masurilor de ocrotire a sanatatii pentru toti copiii, cu accent pe dezvoltarea masurilor primare de ocrotire a sanatatii;

c) combaterea maladiilor si a malnutritiei, inclusiv în cadrul masurilor primare de ocrotire a sanatatii, recurgând, printre altele, la tehnologii accesibile si la aprovizionarea cu alimente nutritive si cu apa potabila, luand în considerare pericolele si riscurile de poluare a mediului natural;

d) asigurarea ocrotirii sanatatii mamelor în perioada pre- si postnatala

e) asigurarea ca toate segmentele societatii, în mod deosebit parintii si copiii, sunt informate, au acces la educatie si sunt sprijinite în folosirea cunostintelor de baza despre sanatatea si alimentatia copilului, despre avantajele alaptarii, ale igienei si salubritatii mediului înconjurator si ale prevenirii accidentelor;

f) crearea serviciilor de medicina preventiva, de îndrumare a parintilor si de planificare familiala, si asigurarea educatiei în aceste domenii.

3. Statele parti vor lua toate masurile eficiente corespunzatoare, în vederea abolirii practicilor traditionale daunatoare sanatatii copiilor.

4. Statele parti se angajeaza sa favorizeze si sa încurajeze cooperarea internationala în vederea asigurarii, în mod progresiv, a deplinei înfaptuiri a dreptului recunoscut în prezentul articol. In aceasta privinta se va tine seama, în mod deosebit, de nevoile tarilor în curs de dezvoltare.

(Art. 24, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 192

Statele parti vor veghea ca:

a) nici un copil sa nu fie supus la tortura, la pedepse sau la tratamente crude, inumane sau degradante.

b) nici un copil sa nu fie privat de libertate în mod ilegal sau arbitrar.

c) orice copil privat de libertate sa fie tratat cu omenie si cu respectul cuvenit demnitatii umane si de o maniera care sa tina seama de nevoile persoanelor de varsta sa.

(Art. 37, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 193

(1) Copilul are dreptul de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate pe care o poate atinge şi de a beneficia de serviciile medicale şi de recuperare necesare pentru asigurarea realizării efective a acestui drept.

(2) Accesul copilului la servicii medicale şi de recuperare, precum şi la medicaţia adecvată stării sale în caz de boală este garantat de către stat, costurile aferente fiind suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi de la bugetul de stat.

(3) Organele de specialitate ale administraţiei publice centrale, autorităţile administraţiei publice locale, precum şi orice alte instituţii publice sau private cu atribuţii în domeniul sănătăţii sunt obligate să adopte, în condiţiile legii, toate măsurile necesare pentru:

a) reducerea mortalităţii infantile;

b) asigurarea şi dezvoltarea serviciilor medicale primare şi comunitare;

c) prevenirea malnutriţiei şi a îmbolnăvirilor;

d) asigurarea serviciilor medicale pentru gravide în perioada pre- şi postnatală, indiferent dacă acestea au sau nu au calitatea de persoană asigurată în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

e) informarea părinţilor şi a copiilor cu privire la sănătatea şi alimentaţia copilului, inclusiv cu privire la avantajele alăptării, igienei şi salubrităţii mediului înconjurător;

f) dezvoltarea de acţiuni şi programe pentru ocrotirea sănătăţii şi de prevenire a bolilor, de asistenţă a părinţilor şi de educaţie, precum şi de servicii în materie de planificare familială;

g) verificarea periodică a tratamentului copiilor care au fost plasaţi pentru a primi îngrijire, protecţie sau tratament;

h) asigurarea confidenţialităţii consultanţei medicale acordate la solicitarea copilului;

i) derularea sistematică în unităţile şcolare de programe de educaţie pentru viaţă, inclusiv educaţie sexuală pentru copii, în vederea prevenirii contactării bolilor cu transmitere sexuală şi a graviditătii minorelor.

(4) Părinţii sunt obligaţi să solicite asistenţă medicală pentru a asigura copilului cea mai bună stare de sănătate pe care o poate atinge şi pentru a preveni situaţiile care pun în pericol viaţa, creşterea şi dezvoltarea copilului.

(5) În situaţia excepţională în care viaţa copilului se află în pericol iminent ori există riscul producerii unor consecinţe grave cu privire la sănătatea sau integritatea acestuia, medicul are dreptul de a efectua acele acte medicale de strictă necesitate pentru a salva viaţa copilului, chiar fără a avea acordul părinţilor sau al altui reprezentant legal al acestuia.

(6) Vizitele periodice ale personalului medical de specialitate la domiciliul gravidelor şi al copiilor până la împlinirea vârstei de un an sunt obligatorii, în vederea ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului, educaţiei pentru sănătate, prevenirii abandonului, abuzului, neglijării, exploatării şi oricărei forme de violenţă asupra copilului.

(Art. 46, Legea 272/2004 privind drepturile copilului)

Art. 194

(1) Copilul are dreptul de a beneficia de un nivel de trai care să permită dezvoltarea sa fizică, mentală, spirituală, morală şi socială.

(2) Părinţilor sau, după caz, reprezentanţilor legali, le revine responsabilitatea de a asigura cele mai bune condiţii de viaţă necesare creşterii şi dezvoltării copiilor; părinţii sunt obligaţi să le asigure copiilor locuinţă, precum şi condiţiile necesare pentru creştere, educare, învăţătură, pregătire profesională, precum şi un mediu de viaţă sănătos.

(Art. 47, Legea 272/2004 privind drepturile copilului)

Art. 195

(1) Copilul are dreptul de a beneficia de asistenţă socială şi de asigurări sociale, în funcţie de resursele şi de situaţia în care se află acesta şi persoanele în întreţinerea cărora se găseşte.

(2) În cazul în care părinţii sau persoanele care au, potrivit legii, obligaţia de a întreţine copilul nu pot asigura, din motive independente de voinţa lor, satisfacerea nevoilor minime de locuinţă, hrană, îmbrăcăminte şi educaţie ale copilului, statul, prin autorităţile publice competente, este obligat să asigure acestora sprijin corespunzător, sub formă de prestaţii financiare, prestaţii în natură, precum şi sub formă de servicii, în condiţiile legii.

(3) Părinţii au obligaţia să solicite autorităţilor competente acordarea alocaţiilor, indemnizaţiilor, prestaţiilor în bani sau în natură şi a altor facilităţi prevăzute de lege pentru copii sau pentru familiile cu copii.

(4) Autorităţile administraţiei publice locale au obligaţia de a informa părinţii şi copiii în legătură cu drepturile pe care le au, precum şi asupra modalităţii de acordare a drepturilor de asistenţă socială şi de asigurări sociale.

(Art. 48, Legea 272/2004 privind drepturile copilului)

Art. 196

(1) Copilul cu handicap are dreptul la îngrijire specială, adaptată nevoilor sale.

(2) Copilul cu handicap are dreptul la educaţie, recuperare, compensare, reabilitare şi integrare, adaptate posibilităţilor proprii, în vederea dezvoltării personalităţii sale.

(3) În vederea asigurării accesului la educaţie, recuperare şi reabilitare, copilul cu handicap poate fi şcolarizat în alt judeţ/sector al municipiului Bucureşti decât cel de domiciliu, cu suportarea cheltuielilor din bugetul judeţului/sectorului în care se află unitatea de învăţământ.

(4) Îngrijirea specială trebuie să asigure dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială a copiilor cu handicap. Îngrijirea specială constă în ajutor adecvat situaţiei copilului şi părinţilor săi ori, după caz, situaţiei celor cărora le este încredinţat copilul şi se acordă gratuit, ori de câte ori acest lucru este posibil, pentru facilitarea accesului efectiv şi fără discriminare al copiilor cu handicap la educaţie, formare profesională, servicii medicale, recuperare, pregătire, în vederea ocupării unui loc de muncă, la activităţi recreative, precum şi la orice alte activităţi apte să le permită deplina integrare socială şi dezvoltare a personalităţii lor.

(5) Organele de specialitate ale administraţiei publice centrale şi autorităţile administraţiei publice locale sunt obligate să iniţieze programe şi să asigure resursele necesare dezvoltării serviciilor destinate satisfacerii nevoilor copiilor cu handicap şi ale familiilor acestora în condiţii care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia şi să le faciliteze participarea activă la viaţa comunităţii.

(Art. 49, Legea 272/2004 privind drepturile copilului)

Art. 197

(1) Copilul cu dizabilităţi beneficiază de asistenţă medicală gratuită, inclusiv de medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu, cât şi pe timpul spitalizării, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile stabilite prin contractul-cadru.

(2) Părintele sau reprezentantul legal are obligaţia de a respecta şi/sau urma serviciile prevăzute în planul de recuperare pentru copilul cu dizabilităţi încadrat în grad de handicap.

(Art. 50, Legea 272/2004 privind drepturile copilului)

Art. 198

1. Asociatia Medicala Mondiala condamnă cu fermitate orice încălcare a drepturilor copiilor care trăiesc pe stradă și orice violare a acestor drepturi, în special discriminarea și stigmatizarea și expunerea lor la abuz, violență, exploatare și manipulare, inclusiv traficul.

2. Asociatia Medicala Mondiala invită guvernele să abordeze factorii care duc la copiii care trăiesc pe străzi și să ia măsuri pentru a pune în aplicare toate legislațiile și sistemele de protecție aplicabile pentru a reduce implicațiile asupra sănătății pentru copiii străzii. Autoritățile naționale au obligația să asigure îngrijirea tuturor copiilor și, acolo unde este necesar, să sprijine revenirea lor într-un mediu de viață adecvat pentru un copil. Reducerea implicațiilor asupra sănătății include nu numai tratarea directă a problemelor de sănătate, ci și protecția copiilor din stradă împotriva riscurilor pentru sănătate, precum expunerea la droguri, infecția cu HIV, fumatul și băutul.

3. Asociatia Medicala Mondiala invită guvernele, asociațiile medicale naționale și cadrele medicale să recunoască amploarea acestui fenomen și să inițieze campanii de prevenire și conștientizare. Acești copii trebuie să poată accesa toată gama de sănătate și protecție socială necesare.

4. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă toate asociațiile medicale naționale să lucreze cu omologii legali, guvernele, profesioniștii din domeniul sănătății și autoritățile publice pentru a asigura drepturile fundamentale ale copiilor, care sunt o populație deosebit de vulnerabilă care are nevoie de protecție, în special acces la asistență medicală și educație. Dreptul la hrană și la locuința ar trebui să fie garantat și ar trebui interzisă orice formă de discriminare sau exploatare.

5. Asociatia Medicala Mondiala condamnă orice practică necorespunzătoare de evaluare a vârstei care utilizează investigații clinice sau paraclinice insuficient de fiabile. Până să ajungă la vârsta adultă, adolescenții trebuie să se poată bucura de statutul lor de minori, așa cum este recunoscut de Convenția internațională a ONU privind drepturile copilului.

6. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă medicii să rămână vigilenți pentru a oferi tot sprijinul necesar pentru a oferi îngrijiri adecvate și cuprinzătoare pentru „copiii străzii”. Medicii ar trebui să fie conștienți de faptul că ramanerea fără adăpost este o problemă perversivă. Aceștia ar trebui să aibă cunoștință de existența locuințelor în propria comunitate și sunt încurajați să stabilească o relație de încredere între medic și copii strazii pentru a se implica în programe locale de ajutor și de consiliere.

7. Asociatia Medicala Mondiala susține că ar trebui depuse toate eforturile pentru a oferi copiilor, în special celor fără adăpost, acces la un mediu psiho-social adecvat și echilibrat, în care drepturile lor, inclusiv dreptul la sănătate, să fie respectate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind sustinerea suportului sanitar pentru copii strazii, adoptat de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015, Recomandari)

Art. 199

1. Bunăstarea copiilor este extrem de importantă. Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să le asigure bunăstarea copiilor, acestia fiind în centrul tuturor deciziilor legate de copil și sa acționeaze în interesul superior al tuturor copiilor in toate interacțiunile lor cu copiii, tinerii, familiile, factorii de decizie și alți profesioniști.

2. Una dintre cele mai distructive manifestări ale violenței și tulburărilor în familie este abuzul asupra copiilor în toate formele. Prevenirea, protecția, identificarea precoce, intervențiile adecvate și tratamentul complet ale victimei fiind copilul abuzat raman o pentru comunitatea medicală mondială. Asociația Medicală Mondială a solicitat sporirea asistenței medicale a copiilor care trăiesc pe străzi în Declarația sa privind Sprijinirea Sănătății Sprijin pentru copiii din stradă, dar este important să se abordeze cauzele principale ale abuzului copiilor sub toate formele sale.

3. Denumirile de abuzuri asupra copiilor diferă de la cultură la cultură. Din păcate, raționalizări culturale dăunătoare comportamentului față de copii poate fi acceptat prea ușor ca dovadă că tratamentul aplicat copiilor nu este nici unul abuziv sau dăunător. De exemplu, contribuția la munca a copiilor în viața de zi cu zi a familiilor și în societate trebuie recunoscută și încurajată doar atâta timp cât contribuie și la propria lor dezvoltare. În schimb, exploatarea copiilor pe piața muncii îi privează de copilărie și de oportunitățile educaționale și pune în pericol sănătatea lor prezentă și viitoare. Asociatia Medicala Mondiala priveste o astfel de exploatare a copiilor ca o formă serioasă de abuz asupra copiilor sub toate formele sale.

4. În sensul prezentei declarații, diferitele forme de abuz asupra copiilor includ abuzul emoțional, fizic abuz, abuz sexual, traficul de copii, exploatarea și neglijarea copilului. Neglijarea copilului reprezintă un eșec al a părintele sau al unei alte persoane responsabilă legal de bunăstarea copilului, pentru a asigura nevoile de bază ale copilului și un nivel adecvat de îngrijire.

Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că abuzul asupra copiilor, sub toate formele sale, este o problemă de sănătate mondială și recomandă Asociațiilor Medicale Nationale sa adoptă următoarele recomandări pentru medici:

5. Medicii au un rol unic și special în identificarea și ajutorarea copiilor abuzați și ai lor familii.

6. Toți medicii trebuie educați cu privire la importanța primordială a bunăstării copiilor.

7. Medicii trebuie să cunoască și să respecte legile nationale cu privire la modul de exprimare a consimțământului la copii. Medicii trebuie să acționeze în interesul copiilor în toate interacțiunile lor cu copiii, tinerii, familiile, factorii de decizie și alți profesioniști.

8. Colaborarea cu o echipă multidisciplinară cu experiență este recomandată medicului. O astfel de echipă poate include medici, asistenți sociali, psihiatri pentru copii și adulți, specialiști în dezvoltare, psihologi și avocați. Atunci când participarea cu o astfel deechipă nu este posibilă sau nu este disponibilă, medicul trebuie să se consulte cu alte persoane din domeniul medical, social, de aplicare a legii și personal care se ocupa de sănătatea mintală.

9. Medici de îngrijire primară, medici de familie, internisti, pediatri, specialiști în medicina de urgență, chirurgi, psihiatri și alți specialiști care tratează copiii trebuie să dobândească cunoștințe și abilități în evaluarea fizică, psihologică și emoțională a abuzului asupra copiilor sub toate formele sale, despre evaluarea dezvoltarii copilului și abilitatile de parenting, despre utilizarea resurselor comunitare și responsabilitatea legala a medicului.

10. Toți medicii care tratează copiii și adulții cu responsabilități de îngrijire pentru copii ar trebui să cunoasca principiilor Convenției ONU privind Drepturile Copilului, precum și prevederile legii nationale privind protectia copiilor si tinerilor.

11. Evaluarea medicală a copiilor care sunt suspectați că au fost abuzați trebuie efectuată de medici pricepuți atât în pediatrie cât și în evaluarea abuzurilor. Evaluarea medicală trebuie adaptată la vârsta, rănile și starea copilului și poate include testarea sângelui, o serie de radiografii pentru trauma și proiecții de dezvoltare și comportamentale. Radiografiile de control sunt necesare mai ales la unii copii care prezenta răni grave, aparent in urma abuzurilor.

12. Evaluarea medicală și managerierea copiilor abuzați sexual includ un istoric complet și examinarea fizică, întrucât abuzurile fizice și sexuale apar adesea împreună; examinarea organelor genitale și anusul; colectarea și procesarea dovezilor, inclusiv fotografii; și tratamentul și / sau prevenirea sarcinii și a bolilor venerice. Trebuie acordată atenție dreptului copilului la viața privată.

13. Este esențial ca medicul să înțeleagă și să fie sensibil la următoarele: calitatea relațiilor între persoanele care ingrijesc copilul; acțiuni disciplinare sau pedepse utilizate în casa copilului; stresuri economice asupra familie; stresuri emoționale sau emise de membrii familiei; mambrii ai familiei care prezinta probleme de sănătate mintală; violența dintre persoanele care acordă îngrijire copilului sau alți membri ai familiei; consumul de substanțe și abuzul, inclusiv alcool și droguri legale și ilegale; și orice alte forme de stres care ar putea avea legătură cu abuzul copilului sub toate formele sale.

14. Toți medicii trebuie să fie conștienți de faptul că pot apărea toate formele de abuz asupra copiilor de către alți copii. Recunoaştere că acesta poate fi rezultatul abuzului prealabil sau actual al presupusului abuzator trebuie să fie în primul rand in mintea medicului atunci când suspecteaza sau intalneste astfel de situații.

15. Semnele de abuz sunt adesea subtile, iar diagnosticul poate necesita discutii complete și atente cu copilul, părintele (părțile), persoanele care acordă îngrijire și frații. Incoerențele dintre explicațiile și caracteristicile prejudiciului/prejudiciurilor cum ar fi gravitatea, tipul și vârsta, ar trebui documentate și investigate în continuare.

16. Pentru orice copil care se prezintă la o unitate medicală, nevoile de urgenta medicala si sanatate mentala trebuies evaluate la inceput. Dacă se suspectează un abuz, autoritatile care se ocupa de siguranta trebuiesc anuntate inainte de externarea din institutie.

Aceste măsuri ar trebui să includă:

Raportarea tuturor cazurilor suspectate serviciilor de protecție a copiilor;

Spitalizarea oricărui copil abuzat care are nevoie de protecție în perioada de evaluare inițială;

Informarea părinților cu privire la suspiciunea de abuz sau diagnosticul de abuz, dacă este în siguranță acest lucru; și

Raportarea rănilor copilului la serviciile de protecție a copiilor sau la alte autorități relevante.

17. Dacă este necesară spitalizarea, o evaluare promptă a evaluarii copilului din punct de vedere al fizicului, emoționalului și a problemelor de dezvoltare sunt necesare. Această evaluare cuprinzătoare ar trebui realizată de medici cu expertiză sau printr-o echipă multidisciplinară de experți cu pregătire specializată în abuzuri asupra copiilor.

18. Dacă se suspectează un abuz asupra copilului, medicul ar trebui să discute cu părintele (părinții) despre faptul că abuzul la copii este în diagnosticul dierential al problemei copilului lor. Serviciile de protecție a copilului pot fi solicitate pentru sfaturi.

19. În timpul discuțiilor cu părinții, cu tutorii sau cu persoanele care acordă îngrijire, este esențial ca medicul să întrețină obiectivitatea și evitarea declarațiilor acuzatoare sau de judecată în interacțiuni cu părintele (părțile) sau individul (persoanele) responsabil pentru îngrijirea copilului.

20. Este esențial ca medicul să înregistreze istoricul și rezultatele examinării in foaia de observatie în timpul procesului de evaluare. Leziunile trebuie documentate folosind fotografii, ilustrații și descrieri detaliate. Fișa medicală oferă adesea dovezi critice pe proceduri in instanță.

21. Medicii ar trebui să participe la toate nivelurile de prevenire prin asigurarea consilierii familiei prenatale și postnatală, identificarea problemelor în dezvoltarea și creșterea copilului și consiliere cu privire la planningul familial și controlul nasterilor.

22. Măsuri de sănătate publică, cum ar fi vizitele la domiciliu ale asistenților medicali și ale altor profesioniști din domeniul sănătății, recomandări anticipative de către părinți, iar incurajarea examinarii spre binele nou-nascutului si binele copilului trebuie incurajata de catre medici. Programe care îmbunătățesc starea de sănătătate generala a copilului au de asemenea, tendința de a preveni abuzul în toate formele sale și ar trebui să fie susținută de medicii și organele de reprezentare ale acestora.

23. Medicii ar trebui să recunoască faptul că abuzul și neglijarea copiilor sunt o problemă complexă și mai mult de un tip de tratament si serviciu pot fii necesare pentru a ajuta copiii abuzați și familiile lor. Dezvoltarea unui tratament adecvat necesită contribuții din partea mai multor profesii, inclusiv medicină, drept, asistență medicală, educație, psihologie și muncă socială.

24. Medicii ar trebui să promoveze dezvoltarea de programe inovatoare care să promoveze cunoștințele medicale și competență în domeniul abuzului și neglijenței asupra copiilor. Includerea recenziilor în curs de cunoștințe, abilități și competență în ceea ce privește protejarea drepturilor copiilor și tinerilor, promovarea sănătății și bunăstării acestora și recunoașterea și răspunsul la cazurile suspectate de abuz și neglijare a copiilor este crucială în programe educaționale profesionale. Medicii ar trebui să primeasca educație cu privire la neglijarea și abuzul copilului în toate formulare în timpul instruirii ca studenți.

25. În interesul copilului, se poate renunta la confidențialitatea pacientului in cazurile de abuz asupra copilului. Prima datorie a medicul trebuie să-și protejeze pacientul dacă se suspectează victimizarea. Indiferent de tipul de abuz (inclusiv abuz fizic, abuz emoțional, abuz sexual, traficare, exploatare sau neglijare), un raport special trebuie să fie făcut autorităților competente.

26. Includerea unor recenzii în curs de cunoastere, abilități și competențe în legătură cu protejarea drepturilor copii și tineri, promovarea sănătatii și bunăstarii și recunoașterea și răspunsul la acestea cazuri suspectate de abuz în toate formele și neglijarea copilului sunt cruciale în programele educaționale profesionale.

27. Curriculumul medical de licență trebuie să includă un curs obligatoriu privind abuzul asupra copiilor, sub toate formele sale, în cadrul programului de pediatrie, care poate fi dezvoltat în cadrul învățământului medical postuniversitar și continuu pentru cei care intenționează să lucreze în cadrul acestui domeniu.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind copii abuzati si neglijati, adoptata de cea de-a 36-a Adunare Medicala Mondiala, Singapore, Octombrie 1984, si amendata de cea de-a 41-a Adunare Medicala Mondiala, Hong Kong, Septemrie 1989 si de cea de-a 44-a Adunare Medicala Mondiala, Marbella, Spania, Septembrie 1992 si de cea de-a 47-a Adunare Medicala Mondiala, Bali, Indonesia, Septembrie 1995 si de cea de-a 57-a Adunare Medicala Mondiala, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 67-a Adunare Medicala Mondiala, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016 si revizuita de cea de-a 68-a Adunare Medicala Mondiala, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

1.1.3.5 Adoptiile

Art. 200

Statele parti care recunosc si/sau autorizeaza adoptia vor veghea ca interesele supreme ale copilului sa primeze si:

a) vor veghea ca adoptia unui copil sa fie autorizata numai de autoritatile competente care verifica, în conformitate cu legea si cu procedurile aplicabile, precum si pe baza tuturor informatiilor pertinente si credibile, ca adoptia se poate realiza luand în considerare statutul copilului în raport cu parintii, cu rudele si cu reprezentantii sai legali si daca este cazul, ca persoanele interesate si-au dat consimtamantul cu privire la adoptie în cunostinta de cauza în urma unei consilieri corespunzatoare;

b) recunosc ca adoptia în strainatate poate fi considerata ca un mijloc alternativ de asigurare a îngrijirii necesare copilului, daca acesta, în tara de origine, nu poate fi încredintat spre plasament familial sau spre adoptie ori nu poate fi îngrijit în mod corespunzator;

c) vor asigura ca, în cazul adoptiei în strainatate, copilul beneficiaza de garantiile si standardele echivalente celor existente în cazul adoptiei nationale;

d) vor lua toate masurile corespunzatoare pentru a se asigura ca, în cazul adoptiei în strainatate, plasamentul copilului nu conduce la obtinerea de castiguri materiale necuvenite pentru persoanele implicate;

e) promoveaza obiectivele prezentului articol, încheind aranjamente sau acorduri bilaterale ori multilaterale, dupa caz, si se straduiesc, în acest cadru, sa asigure ca plasarea copiilor în strainatate sa fie efectuata de autoritatile sau organele competente.

(Art. 21, Conventia UNICEF cu privire la drepturile copilului)

Art. 201

Preambul:

1. Convenția UNICEF privind drepturile copilului solicită, la articolul 21, un proces de adoptare transparentă și corectă, în care interesul superior al copilului să fie principalul motiv de îngrijorare.

2. Convenția de la Haga privind protecția copiilor și cooperarea în ceea ce privește adoptarea intre tari (Convenția de adoptare de la Haga) stabilește garanții pentru a se asigura că adopțiile din alte țari au loc în interesul superior al copilului. Principiile sale ar trebui să stea la baza practicilor globale de adopție in interiorul tarilor.

3. Medicii pot fi în legătură cu copiii care urmează să fie adoptați, cu părinții și / sau tutorii legali ai copiilor și cu părinții care urmează să adopte un copil. Deoarece medicii se pot confrunta cu consecințele exploatării în practicile adoptive, rolul lor este crucial în căutarea de a asigura respectarea drepturilor copiilor și, în special, la articolulului 21 din Convenția UNICEF privind drepturile copilului. Conștientizarea profesională a procesului de adopție legală este necesară pentru a proteja drepturile și sănătatea copilului.

Recomandari:

4. Asociatia Medicala Mondiala condamnă toate formele de exploatare în practicile adoptării copiilor. Practicile inacceptabile pot include fapte penale, inclusiv trafic de persoane si abuzuri sexuale.

5. Asociatia Medicala Mondiala invită asociațiile medicale naționale și medicii să participe activ la prevenirea exploatării în practicile de adopție.

6. Medicii ar trebui educați cu privire la natura și importanța rolului lor în timpul procesului de adopție.

Medicii ar trebui să devină informați cu privire la practicile de adopție exploatatoare și ar trebui să fie conștienți de resurse pentru a-i ajuta să identifice și să abordeze nevoile victimelor.

7. Medicii care au contact cu familiile care adoptă minori, ar trebui să-i încurajeze puternic să verifice dacă practicile de adopție îndeplinesc toate cerințele legale și de reglementare din jurisdicția lor.

8. Asociatia Medicala Mondiala sprijină furnizarea de informații familiilor care iau în considerare adopția cu privire la existența rețelelor care pot implica exploatarea în practicile de adopție, în special atunci când adoptarea va avea loc în jurisdicțiile legale.

9. Medicii care au un motiv justificabil pentru a suspecta că un copil sau un pacient adult poate fi implicat în practici de adopție exploatatoare ar trebui, în conformitate cu reglementările naționale, să anunțe autoritățile competente.

10. Medicii trebuie educați cu privire la existența unor instrumente care pot ajuta la identificarea membrilor familiei copiilor adoptați, inclusiv testarea identificării ADN-ului.

11. Asociatia Medicala Mondiala încurajează activitățile științifice și profesionale care ar putea susține eforturile autorităților locale de a descuraja exploatarea în practicile de adopție.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind rolul medicilor in prevenirea exploararii in practica adoptiilor, adoptata de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Octombrie 2017)

1.1.3.6 Cercetarea

Art. 202

Cele zece puncte ale codului au fost date în secțiunea verdictului intitulat „Experimente medicale permise”:

1. Consimțământul voluntar al subiectului uman este absolut esențial.

2. Experimentul ar trebui să fie astfel încât să dea rezultate fructuoase pentru binele societății, neprocesabil prin alte metode sau mijloace de studiu, și nu de natură aleatorie și inutilă.

3. Experimentul ar trebui să fie astfel proiectat și bazat pe rezultatele experimentării cu animale și pe o cunoaștere a istoriei naturale a bolii sau a altei probleme studiate încât rezultatele anticipate vor justifica performanța experimentului.

4. Experimentul trebuie să fie realizat astfel încât să se evite toate suferințele și vătămările fizice și mentale inutile.

5. Nu trebuie efectuat niciun experiment în cazul în care există un motiv a priori de a crede că moartea sau vătămarea invalidantă se va produce; cu excepția, poate, în acele experimente în care medicii experimentali servesc și ca subiecți.

6. Gradul de risc care trebuie asumat nu trebuie să depășească niciodată cel determinat de importanța umanitară a problemei care trebuie rezolvată prin experiment .

7. Trebuie să se pregătească preparate adecvate și să se asigure facilități adecvate pentru a proteja subiectul experimental împotriva posibilităților îndepărtate de rănire, handicap sau deces.

8. Experimentul trebuie să fie realizat numai de persoane calificate științific. Cel mai înalt grad de îndemânare și îngrijire ar trebui solicitat în toate etapele experimentului celor care conduc sau se angajează în experiment.

9. Pe parcursul experimentului, subiectul uman ar trebui să aibă libertatea de a pune capăt experimentului dacă a atins starea fizică sau mentală în care continuarea experimentului i se pare imposibilă.

10. Pe parcursul experimentului, omul de știință responsabil trebuie să fie pregătit să încheie experimentul în orice etapă, dacă probabil a determinat să creadă, în exercitarea bunei credințe, abilitate superioară și judecată atentă necesară pentru el că o continuare experimentul poate duce la vătămare, dizabilitate sau moarte subiectului experimental.

(Codul de la Nuremberg, Germania, 1947)

Art. 203

1. Asociația Medicală Mondială a elaborat Declarația de la Helsinki ca declarația principiilor etice pentru cercetarea medicală care implică subiecți umani, inclusiv cercetarea materialelor și datelor umane identificabile.

Declarația este destinată să fie citită în ansamblu și a fiecăruia dintre alineatele sale constitutive nu ar trebui aplicată fără a ține cont de toate celelalte alineate relevante.

2. Deși Declarația este adresată în primul rând medicilor, Asociatia Medicala Mondiala încurajează si alți participanți la cercetări medicale care implică subiecți umani sa adopte aceste principii.

3. Este de datoria medicului să promoveze și să protejeze sănătatea pacienților, inclusiv cei care sunt implicați în cercetarea medicală. Cunoașterea și conștiința medicului sunt dedicate îndeplinirii acestei îndatoriri.

4. Declarația de la Geneva a Asociatiei Medicale Mondiale leagă medicul de cuvintele: „Sănătatea pacientului meu va fi prima mea considerație ”, precum și Codul Internațional al Eticii medicală declară că „Un medic trebuie să acționeze în interesul pacientului atunci când oferind îngrijiri medicale. "

5. Progresul medical se bazează pe cercetări care în final trebuie să includă studii care implică subiecți umani. Populațiile care sunt subreprezentate în cercetarea medicală ar trebui să ofere acces adecvat privind participarea la cercetari.

6. În cercetarea medicală care implică subiecți umani, bunăstarea cercetării individuale a subiectului trebuie să aibă prioritate asupra tuturor celorlalte interese.

7. Scopul principal al cercetării medicale care implică subiecți umani este de a înțelege cauzele, dezvoltarea și efectele bolilor și îmbunătățirea prevenirii, diagnosticului și intervenții terapeutice (metode, proceduri și tratamente). Chiar și cel mai bune interventii curente trebuie evaluate în mod continuu prin cercetare pentru siguranța acestora, eficacitate, eficiență, accesibilitate și calitate.

8. În practica medicală și în cercetarea medicală, majoritatea intervențiilor implică riscuri și sarcini.

9. Cercetările medicale sunt supuse unor standarde etice care promovează respectul pentru tot subiecții umani și își protejează sănătatea și drepturile. Unele populații de cercetare sunt în prezinta vulnerabilitati speciale și au nevoie de protecție specială. Acestea sunt cei care nu isi ot da sau refuza consimțământul si cei care pot fi vulnerabili la constrângeri sau influente nejustificate.

10. Medicii ar trebui să ia în considerare normele și standardele etice, legale și reglementarile privind cercetările care implică subiecți umani în propriile țări, precum și norme și standarde internaționale aplicabile. Nicio etică națională sau internațională, legală sau cerința de reglementare nu ar trebui să reducă sau să elimine oricare dintre protecțiile privind cercetare pe subiecți umani stabilite în această declarație.

11. Este de datoria medicilor care participă la cercetarea medicală de a proteja viața, sănătatea, demnitate, integritate, dreptul la autodeterminare, confidențialitate informatiilor personale ale subiectilor cercetati.

12. Cercetările medicale care implică subiecți umani trebuie să se conformeze general acceptat principiilor științifice, să se bazeze pe o cunoaștere aprofundată a literaturii științifice, altele surse relevante de informații și laborator adecvate și, după caz, experimentare pe animale. Trebuie respectată bunăstarea animalelor utilizate pentru cercetare.

13. Trebuie efectuată o precauție adecvată în desfășurarea cercetărilor medicale care poate dăuna mediului.

14. Proiectarea și performanța fiecărui studiu de cercetare care implică subiecți umani trebuie să fie descris în mod clar într-un protocol de cercetare. Protocolul trebuie să conțină o mențiune a considerentelor etice implicate și ar trebui să indice modul în care se aplica principiile din aceasta Declaratie. Protocolul ar trebui să includă informații privind finanțare, sponsori, afilieri instituționale, alte potențiale conflicte de interese, stimulente pentru subiecți și dispoziții pentru tratarea și/sau compensarea subiecților care sunt vătămat ca urmare a participării la studiul de cercetare. Protocolul ar trebui sa descrie modalitățile de acces post-studiu de către subiecții studiului la intervențiile identificate ca fiind benefice în studiu sau acces la alte îngrijiri sau beneficii adecvate.

15. Protocolul de cercetare trebuie să fie transmis pentru examinare, comentariu, îndrumare și aprobarea unui comitet de etică a cercetării înainte de începerea studiului. Acest comitet trebuie să fie independent de cercetător, sponsor și orice altă influență nejustificată. Trebuie sa se ia în considerare legile și reglementările țării sau țărilor în care cercetarea trebuie să fie efectuată, precum și normele și standardele internaționale aplicabile, dar acestea nu trebuie să permită reducerea sau eliminarea oricărei protecții pentru cercetare pe subiecti stabilita în această declarație. Comitetul trebuie să aibă dreptul de a monitoriza studiile în curs de desfășurare. Cercetătorul trebuie să

furnizeze comitetului informații de monitorizare, în special informații despre eventuale reacții adverse grave. Nu se poate modifica protocolul să fie luata în considerare aprobarea comisiei.

16. Cercetările medicale care implică subiecți umani trebuie să fie efectuate numai de persoane fizice pregătirea științifică corespunzătoare și calificările. Cercetări asupra pacienților sau pe voluntari sanatosi necesită supravegherea unui medic competent și adecvat sau un alt profesionist din domeniul sănătății. Responsabilitatea protejarii subiectilor ercetati trebuie intotdeauna sa ramana medicului sau altui profesionist din domeniul sanitar si nuciodata subiectilor cercetati, nici atunci cand si-au dat consimtamantul.

17. Cercetările medicale care implică o populație sau o comunitate defavorizată sau vulnerabilă se justifică numai dacă cercetarea răspunde nevoilor de sanatate și priorităților populatiei sau comunitatii și dacă există o probabilitate rezonabilă ca standardele aceastei populații sau comunitatati să beneficieze de rezultatele cercetării.

18. Fiecare studiu de cercetare medicală care implică subiecți umani trebuie să fie precedat de o atenție evaluarea a riscurilor previzibile și a sarcinilor pentru indivizi și comunități implicate în cercetare în comparație cu beneficiile previzibile pentru ei și pentru alții indivizi sau comunități afectate de afecțiunea investigată.

19. Fiecare studiu clinic trebuie să fie înregistrat înainte de o bază de date accesibilă publicului anterior recrutarii primului subiect.

20. Medicii nu pot participa la un studiu de cercetare care implică subiecți umani decât dacă aceștia sunt încrezători că riscurile implicate au fost evaluate în mod adecvat și pot fi gestionat satisfăcător. Medicii trebuie să oprească imediat un studiu când s-a constatat ca riscurile depășesc potențialele beneficii sau când există dovezi concludente puternice pozitiv și rezultate benefice.

21. Cercetările medicale care implică subiecți umani pot fi efectuate numai dacă importanța obiectivului depășește riscurile și sarcinile inerente subiectelor de cercetare.

22. Participarea de catre indivizi constienti ca subiecti de cercetare medicala trebuie sa fie voluntara. Deși poate fi oportun să consultați membrii familiei sau liderii, nicio persoană constientă nu poate fi înscrisă într-un studiu de cercetare decât dacă el sau ea si-au exprimat acordul liber.

23. Trebuie luate toate măsurile de precauție pentru a proteja confidențialitatea subiecților de cercetare și confidențialitatea informațiilor lor personale și minimizarea impactului studiului asupra integritatii lor fizice, mentale și sociale.

24. În cercetările medicale care implică subiecți umani constienti, trebuie să se afle fiecare potențial subiect informat în mod corespunzător despre scopurile, metodele, sursele de finanțare, interesul eventualelor conflicte posibile, afilierea instituțională a cercetătorului, beneficiile anticipate și potențialele riscuri ale studiului și disconfortul pe care acesta îl poate implica și orice alte aspecte relevante ale studiu. Subiectul potențial trebuie informat despre dreptul de a refuza participarea la studiază sau retragerea consimțământului de a participa în orice moment fără represalii. In special ar trebui acordată atenție nevoilor specifice de informații ale potențialului individual subiecți precum și metodele utilizate pentru a furniza informațiile. După ce s-a asigurat ca subiectul potențial a înțeles aceste informații, medicul sau o alta persoană calificată în mod corespunzător trebuie să obtinaconsimtamantul liber exprimatde la subiectul potențial, de preferință în scris. Dacă consimțământul nu poate fi exprimat în scris, consimțământul nescris trebuie să fie documentat formal și cu martor.

25. Pentru cercetări medicale care utilizează materiale sau date umane identificabile, medicii trebuie în mod normal sa solicitate consimțământ pentru colectarea, analiza, stocarea și / sau reutilizarea acestora. Pot exista situații în care consimțământul ar fi imposibil sau imposibil de obținut pentru o astfel de cercetare sau ar reprezenta o amenințare la validitatea cercetării. În astfel de situații, cercetarea poate să se facă numai după examinarea și aprobarea unui comitet de etică a cercetării.

26. Când solicită consimțământul informat pentru participarea la un studiu de cercetare, medicul ar trebui să fie deosebit de prudent dacă subiectul potențial se află într-o relație dependentă cu medicul sau si-l poate da fara libertate. În astfel de situații consimțământul informat ar trebui să fie căutat de o persoană calificată corespunzător, care este completă independent de această relație.

27. Pentru un potențial subiect de cercetare in afara facultatilor mintale, medicul trebuie să ceara consimțământul informat reprezentantului legal autorizat. Acești indivizi nu trebuie să fie inclusi într-un studiu de cercetare care nu are probabilitatea de a beneficia de ei decât dacă este cazul destinat să promoveze sănătatea populației reprezentată de subiectul potențial, cercetarea nu poate fi efectuată în schimb cu persoane constiente, iar cercetarea nu implică decât un risc minim și o sarcina minimă.

28. Când un potențial subiect de cercetare care este considerat in afara facultatilor mintale este capabil să dea avizul decizii cu privire la participarea la cercetare, medicul trebuie să solicite în plus acest aviz cu acordul reprezentantului legal autorizat. Discordanța potențialului subiect trebuie respectate.

29. Cercetări care implică subiecți fizici sau psihici incapabili să-si dea consimțământul, de exemplu, la pacienții inconștienți, poate fi făcut numai dacă conditia fizica sau mentala care împiedică acordarea consimțământului informat este o caracteristică necesară a populație de cercetare. În astfel de circumstanțe, medicul trebuie să solicite consimțământul informat de la reprezentantul autorizat legal. Dacă nu este disponibil un astfel de reprezentant și dacă cercetarea nu se poate amâna, studiul poate continua fără consimțământul informat care sa dovedeasca ca motivele specifice de implicare a subiecților cu o afecțiune prin care aceștia nu si-au putut da consimțământul informat au fost menționați în protocolul de cercetare și studiul a fost aprobat de un comitet de etică a cercetării. Consimțământul de a rămâne în cercetarea ar trebui să fie obținută cât mai curând posibil de la subiect sau de la un autorizat legal reprezentant.

30. Autorii, editorii și editurile au toate obligații etice cu privire la publicarea rezultatelor cercetării. Autorii au datoria de a pune la dispoziția publicului rezultatele cercetărilor lor pe subiecți umani și sunt responsabile pentru cantitatea și acuratețea rapoartelor lor. Acestea ar trebui să respecte regulile etice acceptate de raportare. Ar trebui publicate rezultate negative sau neconcludente, precum și rezultate pozitive sau altfel puse la dispoziția publicului. Surse de finanțare, afilieri instituționale și conflictele de interese ar trebui declarate în publicație. Rapoarte de cercetare care nu sunt în conformitate cu principiile prezentei declarații nu ar trebui să fie acceptate spre publicare.

31. Medicul poate combina cercetarea medicală cu îngrijirea medicală numai în măsura în care cercetarea este justificată de valoarea sa potențială preventivă, diagnostică sau terapeutică și dacă medicul are motive întemeiate să creadă că participarea la studiul de cercetare nu va afecta în mod negativ sănătatea pacienților care servesc ca subiecți de cercetare.

32. Beneficiile, riscurile, sarcinile și eficacitatea unei noi intervenții trebuie testate împotriva celor cu cea mai bună intervenție actuală dovedită, cu excepția celor următoare circumstanțe:

• Utilizarea placebo sau fără tratament este acceptabilă în studiile în care nu există există dovada unei interventii curente; sau

• În cazul în care, din motive metodologice convingătoare și temeinic științifice, utilizarea placebo este necesara pentru a determina eficacitatea sau siguranța unei intervenții și pacienții care primesc placebo sau nu au tratament nu vor fi supuși niciunui risc de vătămare gravă sau ireversibilă. Trebuie să aveți grijă extremă pentru a evita abuzul de acesta opțiune.

33. La încheierea studiului, pacienții intrați în studiu au dreptul să fie informati despre rezultatul studiului și au dreptul sa împărtășească orice beneficiu care rezultă din acesta, de exemplu, accesul la intervenții identificate ca fiind benefice în studiu sau altor persoane carora aceste ingrijiri le-ar aduce rezultate benefice.

34. Medicul trebuie să informeze complet pacientul cu privire la aspectele legate de cercetare. Refuzul unui pacient de a participa la un studiu sau decizia de retragere a pacientului din studiu nu trebuie să interfereze niciodată cu relația pacient-medic.

35. În tratamentul unui pacient, unde nu există sau au fost dovedite interventii ineficient, medicul, după ce a solicitat consultanță de specialitate, cu acordul în cunoștință de la pacient sau un reprezentant autorizat legal, pot utiliza o intervenție neprobată dacă se află în judecata medicului de a oferii speranța de a salva viață, de a restabili sănătatea sau de a atenua suferinţă. Dacă este posibil, această intervenție ar trebui să facă obiectul cercetării, conceput pentru a evalua siguranța și eficacitatea acesteia. În toate cazurile, ar trebui să existe informații noi înregistrate și, după caz, puse la dispoziția publicului.

(Declaratia de la Helsinki a Asociatiei Medicale Mondiale, Principii Etice privind Cercetarea Medicala pe Subiecti Umani, adoptata in cea de-a 18-a adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Helsinki, Finlanda, iunie 1964si amendata de: cea de-a 29-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tokio, Japonia, Octombrie, 1975,cea de-a 35-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Venetia, Italia, Octombrie 1983,cea de-a 41-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Hong Kong, Septembrie, 1989, cea de-a 48-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Somerset West, Republica Africii de Sud, Octombrie 1996, cea de-a 52-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Edimburgh, Scotia, Octombrie 2000, cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washington, Statele Unite, Octombrie 2002 (Nota de clarificare adusa paragrafului 30), cea de-a 29-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Seoul, Korea, Octombrie 2008)

Art. 204

Preambul

1. Declarația de la Helsinki stabilește principii etice pentru cercetarea medicală care implică subiecți umani, inclusiv importanța protejării demnității, autonomiei, vieții private și confidențialității subiecților participanti la cercetare și obținerea consimțământului informat pentru utilizarea materialelor și datelor biologice umane identificabile.

2. În cadrul serviciilor de sănătate, medicii sau alți membri ai echipei medicale colectează informații despre sănătate pentru a înregistra evenimentele de asistență medicală și pentru a ajuta medicii în îngrijirea continuă a pacientului.

3. Prezenta declarație este destinată să acopere colectarea, stocarea și utilizarea datelor și materialului biologic identificabil dincolo de îngrijirea individuală a pacienților. În concordanță cu

Declarația de la Helsinki, aceasta furnizează principii etice suplimentare pentru utilizarea lor în bazele de date de sănătate și biobanci.

Această declarație ar trebui citită în ansamblu și fiecare dintre alineatele sale constitutive ar trebui să fie aplicate ținând cont de toate celelalte paragrafe relevante.

4. O bază de date privind sănătatea este un sistem de colectare, organizare și stocare a informațiilor despre sănătate. O biobanca este o colecție de materiale biologice și date asociate. Materialul biologic se referă la un eșantion obținut de la o persoană umană, vie sau decedată, care poate furniza informații biologice, inclusiv informații genetice, despre acel individ. Bazele de date pentru sănătate și biobancile sunt atât colecții pentru persoane, cât și pentru populație și ambele dau naștere la preocupări similare cu privire la demnitate, autonomie, confidențialitate, confidențialitate și discriminare.

5. Cercetarea folosind baze de date de sănătate și biobancile poate accelera adesea îmbunătățirea înțelegerii sănătății, a bolilor și a eficacității, eficienței, siguranței și calității intervențiilor preventive, diagnostice și terapeutice. Cercetarea în domeniul sănătății reprezintă un bun comun care este în interesul pacienților individuali, precum și al populației și al societății.

6. Medicii trebuie să ia în considerare normele și standardele etice, legale și de reglementare pentru bazele de date și biobancilor din sănătate din propriile țări, precum și normele și standardele internaționale aplicabile. Nicio cerință etică, legală sau de reglementare națională sau internațională nu ar trebui să reducă sau să elimine niciuna dintre protecțiile pentru persoane și populație prevăzute în prezenta declarație.

Atunci când este autorizată de o lege națională adoptată printr-un proces democratic în ceea ce privește drepturile omului, alte proceduri ar putea fi adoptate pentru a proteja demnitatea, autonomia și intimitatea persoanelor. Astfel de proceduri sunt acceptabile numai atunci când sunt puse în aplicare reguli stricte privind protecția datelor.

7. În concordanță cu mandatul Asociatie Medicale Mondiale, Declarația se adresează în primul rând medicilor. Asociatia Medicala Mondiala încurajează si pe alții care sunt implicați în utilizarea datelor sau a materialelor biologice din bazele de date de sănătate și biobancilor să adopte aceste principii.

Principii etice

8. Cercetările si bazele de date si biobancile cu activitati ar trebui să contribuie la beneficiul societății, în special la obiectivele de sănătate publică.

9. Respectând demnitatea, autonomia, confidențialitatea și viata privata a persoanelor, medicii au obligații specifice, atât etice, cât și legale, ca administratori care protejează informațiile furnizate de pacienții lor. Drepturile la autonomie, viata privata și confidențialitate permit, de asemenea, persoanelor fizice să exercite controlul asupra utilizării datelor lor personale și a materialului biologic.

10. Confidențialitatea este esențială pentru menținerea încrederii și a integrității în bazele de date de sănătate și biobancilor. Știind că confidențialitatea lor va fi respectată oferă pacienților și donatorilor încrederea de a împărtăși date personale sensibile.

Confidențialitatea acestora este protejată de datoria de confidențialitate a tuturor celor implicați în manipularea datelor și a materialelor biologice.

11. Colectarea, stocarea și utilizarea datelor și a materialelor biologice de la persoanele capabile să-si dea consimțământul trebuie să fie voluntare. Dacă datele și materialul biologic sunt colectate pentru un proiect de cercetare dat, consimțământul specific, gratuit și informat al participanților trebuie obținut în conformitate cu Declarația de la Helsinki.

12. Dacă datele sau materialul biologic sunt colectate și stocate într-o bază de date de sănătate sau într-o biobanca pentru utilizări multiple și nedeterminate, consimțământul este valabil numai dacă persoanele interesate au fost informate în mod corespunzător despre:

- Scopul bazei de date pentru sănătate sau biobancii;
- Riscurile și sarcinile asociate cu colectarea, stocarea și utilizarea datelor și a materialelor;
- Natura datelor sau a materialului care trebuie colectat;
- Procedurile pentru returnarea rezultatelor, inclusiv constatările incidentale;
- Normele de acces la baza de date de sănătate sau biobancă;
- Cum este protejată confidențialitatea;
- Aranjamentele de guvernare prevăzute la punctul 21;
- Ca în cazul în care datele și materialele sunt făcute neidentificabile, persoana fizică poate să nu poată ști ce se face cu datele / materialele sale și că nu va avea opțiunea de a-și retrage consimțământul;
- Drepturile și garanțiile lor fundamentale stabilite în prezenta declarație; și
- După caz, utilizarea comercială și partajarea beneficiilor, probleme de proprietate intelectuală și transferul de date sau materiale către alte instituții sau țări terțe.

13. Pe lângă cerințele prevăzute în Declarația de la Helsinki, atunci când persoanele care nu au fost în măsură să consimtă, ale căror date și materiale biologice au fost stocate pentru cercetări viitoare, au revenit asupa deciziei sau so-au recapatat capacitatea de a consimți, ar trebui depuse eforturi rezonabile pentru a solicita acordul acelor persoane pentru stocarea continuă și utilizarea cercetării datelor și materialelor biologice ale acestora.

14. Persoanele fizice au dreptul să solicite și să li se ofere informații despre datele lor și utilizarea lor, precum și să solicite corecții ale greșelilor sau omisiilor. Bazele de date privind sănătatea și biobancile ar trebui să adopte măsuri adecvate pentru a informa persoanele interesate despre activitățile lor

15. Persoanele fizice au dreptul, în orice moment și fără represalii, să își modifice consimțământul sau să solicite retragerea datelor lor identificabile din baza de date privind sănătatea și materialul lor biologic pentru a fi retras de la o bancă. Aceasta se aplică pentru utilizarea viitoare a datelor și a materialelor biologice.

16. În cazul unei amenințări clar identificate, grave și imediate în care datele anonime nu vor fi suficiente, se pot renunța la cerințe pentru consimțământ pentru a proteja sănătatea populației. Un comitet independent de etică ar trebui să confirme că fiecare caz excepțional este justificabil.

17. Interesele și drepturile comunităților în cauză, în special atunci când sunt vulnerabile, trebuie protejate, în special în ceea ce privește împărțirea beneficiilor.

18. Ar trebui să se acorde atenții speciale posibilității de exploatare a proprietății intelectuale. Protecțiile pentru proprietatea materialelor, drepturilor și privilegiilor trebuie luate în considerare și definite prin contract înainte de colectarea și distribuirea materialului. Problemele privind proprietatea intelectuală ar trebui abordate într-o politică, care acoperă drepturile tuturor părților interesate și comunicate într-o manieră transparentă.

19. Un comitet independent de etică trebuie să aprobe crearea bazelor de date pentru sănătate și biobanci utilizate în scopuri de cercetare și în alte scopuri. În plus, comitetul de etică trebuie să aprobe utilizarea datelor și a materialelor biologice și să verifice dacă acordul dat la momentul colectării este suficient pentru utilizarea planificată sau dacă trebuie luate alte măsuri pentru protejarea donatorului. Comitetul trebuie să aibă dreptul de a monitoriza activitățile în desfășurare. Se pot stabili și alte mecanisme de revizuire etică conform alineatului 6.

Guvernare

20. Pentru a favoriza încrederea, bazele de date și biobăncile de sănătate trebuie să fie guvernate de mecanisme interne și externe bazate pe următoarele principii:

Protecția persoanelor: guvernarea ar trebui să fie concepută astfel încât drepturile persoanelor să prevaleze interesele altor părți interesate și știință;

Transparență: orice informație relevantă privind bazele de date și biobancile trebuie să fie pusă la dispoziția publicului;

Participarea și includerea: Custodii bazelor de date de sănătate și biobancuri trebuie să se consulte și să se angajeze cu persoanele fizice și cu comunitățile lor.

Responsabilitate: custozii bazelor de date pentru sănătate și biobancilor trebuie să fie accesibile și să răspundă tuturor părților interesate.

21. Acordurile de manipulare trebuie să includă următoarele elemente:

- Scopul bazei de date pentru sănătate sau al biobancii;
- Natura datelor medicale și a materialelor biologice care vor fi conținute în baza de date de sănătate sau in biobancă;
- Aranjamente pentru perioada de timp pentru care datele sau materialul vor fi stocate;
- Aranjamente pentru reglementarea eliminării și distrugerii de date sau materiale;
- Dispunerea modului în care datele și materialele vor fi documentate și urmărite în conformitate cu acordul persoanelor în cauză;
- Aranjament pentru modul în care datele și materialele vor fi tratate în cazul schimbării proprietății sau închiderii;
- Aranjament pentru obținerea consimțământului adecvat sau a unei alte baze legale pentru colectarea de date sau materiale;
- Aranjamente pentru protejarea demnității, autonomiei, vieții private și prevenirii discriminării;
- Criterii și proceduri privind accesul și schimbul de date privind sănătatea sau materialul biologic, inclusiv utilizarea sistematică a acordului de transfer de materiale (MTA), atunci când este necesar;
- Persoana sau persoanele care sunt responsabile pentru manipulare;

• Măsurile de securitate pentru a preveni accesul neautorizat sau partajarea necorespunzătoare;

• Procedurile de contactare a participanților, după caz;

• Procedurile pentru primirea și soluționarea anchetelor și a reclamațiilor.

22. Acei profesioniști care contribuie la acestea sau lucrează cu baze de date de sănătate și biobanci trebuie să respecte aranjamentele de manipulare adecvate.

23. Bazele de date și biobancile de sănătate trebuie să fie operate sub responsabilitatea unui profesionist calificat corespunzător, asigurând respectarea prezentei declarații.

24. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă autoritățile competente să formuleze politici și legi care să protejeze datele de sănătate și materialele biologice pe baza principiilor enunțate în acest document.

(Declaratia de la Taipei privind consideratiile etice referitoare la sanataetea bazelor de date si biobancilor, adoptata de cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washington, DC, SUA, Octombrie 2002 si revizuita de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei Taiwan, Octombrie 2016)

Art. 205

Orice activitate de cercetare medicală va fi efectuată cu respectarea strictă a principiilor fundamentale ale exercitării profesiei de medic, în respect deplin faţă de fiinţa şi de specia umană şi cu respectarea strictă a condiţiilor prevăzute de lege şi normele profesiei.

(Art. 42, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 206

Cercetarea pe fiinţa umană are caracter de excepţie şi poate fi făcută numai dacă, în mod cumulativ, sunt întrunite următoarele condiţii:

a) nu există nicio metodă alternativă la cercetarea pe fiinţe umane de eficacitate comparabilă;

b) riscurile la care se poate expune persoana nu sunt disproporţionate în comparaţie cu beneficiile potenţiale ale cercetării;

c) proiectul de cercetare a fost aprobat de instanţa sau autoritatea competentă după ce a făcut obiectul unei examinări independente asupra pertinenţei sale ştiinţifice, inclusiv al unei evaluări a importanţei obiectivului cercetării, precum şi al unei examinări pluridisciplinare a acceptabilităţii sale pe plan etic;

d) persoana asupra căreia se fac cercetări este informată asupra drepturilor sale şi asupra garanţiilor prevăzute prin lege pentru protecţia sa;

e) consimţământul a fost dat în mod expres, specific şi a fost consemnat în scris. Acest consimţământ poate fi retras expres în orice moment.

(Art. 43, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 207

Nu poate fi desfăşurată activitate de cercetare ştiinţifică medicală pe o persoană care nu are capacitatea de a consimţi decât dacă sunt întrunite cumulativ condiţiile următoare:

a) sunt îndeplinite condiţiile prevăzute la anterior lit. a) -d);

b) rezultatele cercetării au potenţialul de a produce beneficii reale şi directe pentru sănătatea sa;

c) cercetarea nu se poate efectua cu o eficacitate comparabilă pe subiecţi capabili să îşi dea consimţământul;

d) autorizarea necesară prevăzută la art. 43 lit. c) a fost dată specific şi în scris;

e) persoana în cauză nu are obiecţii.

(Art. 44, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 208

Medicul este dator să depună toată diligenţa şi să stăruie pentru lămurirea tuturor împrejurărilor de fapt şi de drept atunci când este implicat într-o activitate de cercetare medicală. În caz de nevoie, pentru lămurirea deplină, medicul este dator să solicite sprijinul organismelor profesiei medicale.

(Art. 45, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 209

Nicio persoană nu va putea fi supusă experienţelor, testelor, prelevărilor, tratamentelor sau altor intervenţii în scop de cercetare decât în condiţiile expres şi limitativ prevăzute de lege.

(Art. 46, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 210

Prelevarea de organe, ţesuturi şi celule umane, în scop terapeutic sau ştiinţific, de la persoane decedate se efectuează numai în condiţiile prevăzute de lege, cu acordul scris, exprimat în timpul vieţii, al persoanei decedate sau, în lipsa acestuia, cu acordul scris, liber, prealabil şi expres dat, în ordine, de soţul supravieţuitor, de părinţi, de descendenţi ori, în sfârşit, de rudele în linie colaterală până la gradul al patrulea inclusiv.

(Art. 48, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 211

Sunt contrare scopului şi rolului profesiei de medic următoarele activităţi în domeniul cercetării medicale:

a) orice intervenţie medicală asupra caracterelor genetice prin care se urmăreşte modificarea descendenţei unei persoane. Excepţie fac situaţiile care privesc prevenirea şi tratamentul unor maladii genetice, situaţie în care se vor obţine toate autorizările adecvate;

b) orice intervenţie prin care se urmăreşte crearea unei fiinţe umane genetic identică cu altă fiinţă umană vie sau moartă;

c) crearea de embrioni umani în scopuri de cercetare;

d) orice intervenţie de natură a determina sexul viitorului copil. Excepţie fac situaţiile în care în mod obiectiv este necesară determinarea sexului în scopul evitării unei boli ereditare grave legate de sexul viitorului copil;

e) examinarea caracteristicilor genetice ale unei persoane în alt scop decât medical şi strict în condiţiile şi procedurile legale;

f) orice intervenţie prin care s-ar urmări sau s-ar determina selecţia persoanelor ori s-ar aduce atingere speciei umane;

g) participarea sau implicarea într-o activitate de identificare a unei persoane pe baza amprentelor sale genetice altfel decât în cadrul unei proceduri judiciare penale ori civile sau în scopuri strict medicale ori de cercetare ştiinţifică, ambele efectuate strict în condiţiile legii;

h) participarea la orice fel de acte care au ca obiect conferirea unei valori patrimoniale corpului uman, elementelor sau produselor sale, cu excepţia cazurilor expres prevăzute de lege.

(Art. 49, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 212

Absența unui neocortex nu pare să împiedice un organism să experimenteze stări afective. Dovezile convergente indică faptul că animalele non-umane au substraturile neuroanatomice, neurochimice și neurofiziologice ale stărilor conștiente, alături de capacitatea de a manifesta comportamente intenționate. Animalele nonumane, inclusiv toate toate mamiferele si pasarile si multe altele, iclusiv caracatirele, toate poseda aceste substraturi neurologice.

(Declaratia Cambridge priovind Constiinta, 7 Iulie 2012)

Art. 213

Asociația Medicală Mondială afirmă, următoarele principii:

1. Utilizarea animalelor în cercetarea biomedicală este esențială pentru progresul medical continu.

2. Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Helsinki impune ca cercetarea biomedicală care implică subiecți umani să se bazeze, după caz, pe experimentarea animalelor, dar impune, de asemenea, respectarea bunăstării animalelor utilizate pentru cercetare.

3. Tratamentul uman al animalelor utilizate în cercetarea biomedicală este esențial, iar facilitățile de cercetare ar trebui să fie necesare pentru a respecta toate principiile directoare pentru tratamentul uman. Educația despre aceste principii ar trebui să fie oferită tuturor cercetătorilor în formare.

4. Animalele ar trebui utilizate în cercetarea biomedicală numai atunci când este clar că utilizarea lor este necesară pentru a obține un rezultat important și în cazul în care nu există o altă metodă posibilă.

5. Duplicarea experimentelor pe animale nu trebuie să apară decât dacă se justifică științific.

6. Nu trebuie să se susțină utilizarea animalelor pentru testarea inutilă a produselor cosmetice și a ingredientelor acestora a alcoolului și tutunului.

7. Deși drepturile la libera exprimare nu ar trebui să fie compromise, elementul anarhist în rândul activiștilor pentru drepturile animalelor ar trebui condamnat.

8. Utilizarea amenințărilor, intimidarea, violența și hărțuirea personală a oamenilor de știință și a familiilor acestora ar trebui condamnată la nivel internațional.

9. Trebuie solicitat un efort coordonat maxim din partea agențiilor internaționale de aplicare a legii pentru a proteja cercetătorii și instalațiile de cercetare de activitățile de natură teroristă.

(Statutul asociatiei Medicale Mondiale privind animalele folosite in cercetarea biomedicala, adoptat de cea de-a 41-a Adunare Medicala Mondiala, Hong Kong, Septembrie 1989 si revizuita de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si reafirmata de cea de-a 203-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Buenos Aires, Argentina, Aprilie 2016, Principii)

1.1.3.7 Donarea de organe

Art. 214

(1) Prelevarea şi transplantul de organe, ţesuturi şi celule de origine umană de la donatori în viaţă se fac exclusiv în cazurile şi condiţiile prevăzute de lege, cu acordul scris, liber, prealabil şi expres al acestora şi numai după ce persoana respectivă a fost informată, în prealabil, asupra riscurilor intervenţiei. În toate cazurile, până în momentul prelevării, donatorul poate reveni asupra consimţământului dat.

(2) În afara cazurilor expres prevăzute de lege este interzisă prelevarea de organe, ţesuturi şi celule de origine umană de la minori, precum şi de la persoane aflate în viaţă, dar lipsite de discernământ din cauza unui handicap mintal, unei tulburări mintale grave sau dintr-un alt motiv similar.

(Art. 47, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 215

Preambul

1. Progresele în științele medicale, în special tehnicile chirurgicale, tiparea țesuturilor și medicamentele imuno-supresoare, au făcut posibilă o creștere semnificativă a ratelor de transplant cu succes a organelor și țesutului uman.

Cu toate acestea, în toate țările, un deficit de donatori de organe duce la pierderi de viață potențial evitate. Asociațiile medicale naționale ar trebui să sprijine încercările de maximizare a numărului de organe donatoare disponibile în țările lor și să se asigure că sunt menținute cele mai înalte standarde etice. Asociația Medicală Mondială a elaborat această politică pentru a indruma asociațiile medicale, medicii, alți furnizori de îngrijiri medicale și factorii de decizie pentru a realiza acest lucru.

Această politică se bazează pe o serie de principii etice de bază: altruism, autonomie, bunăstare, echitate și justiție. Aceste principii ar trebui să-i ghideze pe cei care dezvoltă politici naționale și pe cei care operează în cadrul acesteia, atât în ceea ce privește recoltarea de organe, cât și distribuția și transplantul organelor donatoare. Toate sistemele și procesele ar trebui să fie transparente și deschise controlului. Această declarație se aplică donării de organe și țesuturi din partea donatorilor decedați și vii. Nu se aplică la donarea de sânge.

Creșterea conștientizării publice

2. Este important ca indivizii să fie conștienți de opțiunea de donare și să aibă posibilitatea de a alege dacă donează sau nu organe și / sau țesut înainte și după moartea lor. Conștientizarea și alegerea ar trebui să fie facilitate într-o abordare coordonată cu mai multe fațete de către o varietate de părți interesate și mijloace, inclusiv de sensibilizare în mass-media și campanii publice. La conceperea acestor campanii trebuie să se țină seama de sensibilitățile religioase sau culturale ale publicului țintă.

3. Prin campanii de sensibilizare, persoanele ar trebui să fie informate despre beneficiile transplantului, impactul asupra vieții celor care așteaptă un transplant și deficitul de donatori disponibili. Aceștia ar trebui să fie încurajați să se gândească la propriile dorințe cu privire la donație, să discute dorințele lor cu familia și prietenii lor și să utilizeze mecanisme stabilite pentru a le înregistra în mod oficial, optând pentru sau din donare.

4. Asociatia Medicala Mondiala pledează pentru alegerea informată a donatorilor. Asociațiile medicale naționale din țările care au adoptat sau au în vedere o politică de „presupus consimțământ" (sau renunțare), în care există o presupunere că individul dorește să doneze, cu excepția cazului în care există dovezi contrare sau „alegere mandatată", în care toate persoanele ar trebui să declare dacă doresc să doneze, ar trebui să depună toate eforturile pentru a se asigura că aceste politici au fost publicizate în mod adecvat și nu diminuează alegerea informată a donatorului, inclusiv dreptul pacientului de a nu dona.

5. Ar trebui să se ia în considerare înființarea registrelor naționale de donatori pentru colectarea și menținerea unei liste de cetățeni care au ales fie să doneze, fie să nu doneze organele și / sau țesuturile lor. Orice astfel de registru trebuie să protejeze confidențialitatea individuală și capacitatea individului de a controla colectarea, utilizarea, dezvăluirea și accesul la informațiile sale de sănătate în alte scopuri. Trebuie să existe dispoziții pentru a se asigura că decizia de înscriere într-un registru este informată în mod corespunzător și că solicitanții se pot retrage din registru ușor și rapid și fără prejudicii.

6. Donarea de organe vii devine o componentă din ce în ce mai importantă a programelor de transplant în multe țări. Cele mai multe donații vii sunt între persoanele inrudite sau apropiate din punct de vedere emoțional și un număr mic, dar din ce în ce mai mare, donează unor persoane pe care nu le cunosc. Dat fiind faptul că există riscuri de sănătate asociate cu donarea de organe vii, sunt esențiale controale și garanții. Informațiile care vizează informarea oamenilor cu privire la posibilitatea donării de organe ca donator viu ar trebui să fie concepute cu atenție, astfel încât să nu facă presiuni asupra acestora pentru a dona și pentru a reduce riscul de coacțiune financiară sau de altă natură. Donatorii potențiali ar trebui să știe unde să obțină informații detaliate despre ceea ce este implicat, ar trebui să fie informați despre riscurile inerente și ar trebui să știe că există garanții pentru protejarea celor care oferă să doneze.

Protocoale pentru donarea de organe de la pacientii decedati

7. Asociatia Medicala Mondiala își încurajează membrii să sprijine elaborarea unor protocoale naționale complete și coordonate pentru recoltatrea de organe și țesuturi de la decedati (denumite și cadaverice) în consultare și cooperare cu toate părțile interesate relevante. Problemele etice, culturale și sociale apărute în legătură cu donația și transplantul ar trebui rezolvate, atunci când este posibil, într-un proces deschis care implică dezbateri publice informate prin dovezi solide.

8. Protocoalele naționale și locale ar trebui să ofere informații detaliate despre identificarea, trimiterea și gestionarea potențialilor donatori, precum și comunicarea cu cei apropiați persoanelor care au murit. Acestea ar trebui să încurajeze recoltarea de organe și țesuturi în conformitate cu această declarație. Protocoalele ar trebui să respecte următoarele principii cheie:

- Deciziile de reținere sau retragere a tratamentului prelungit pe viață ar trebui să se bazeze pe o evaluare a posibilității de tratament a pacientului. Astfel de decizii trebuie să fie și trebuie considerate a fi complet separate de orice decizie cu privire la donație.
- Diagnosticul morții ar trebui să fie făcut în conformitate cu liniile directoare naționale și așa cum este prezentat în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Sydney privind determinarea morții și recuperarea organelor.
- Ar trebui să existe o separare clară între echipa de tratare și echipa de transplant. În special, medicul care declară sau certifică decesul unui potențial donator nu trebuie să fie

implicat în procedura de transplant. Nici el nu trebuie să fie responsabil pentru îngrijirea primitorului.

• Țările care efectuează donații în urma morții circulatorii / cardiace ar trebui să aibă protocoale specifice și detaliate pentru această practică.

• În cazul în care o persoană și-a exprimat dorința clară și voluntară de a dona organe și / sau țesuturi după moarte, trebuie luate măsuri pentru a facilita dorința acolo unde este posibil. Aceasta face parte din responsabilitatea echipei de tratare față de pacientul care moare.

• Asociatia Medicala Mondiala consideră că dorințele potențialului donator sunt esențiale. Rudele și cei apropiați pacientului ar trebui încurajați să susțină dorința exprimată anterior de o persoană decedată de a dona organe și / sau țesuturi. Ori de câte ori este posibil, aceste conversații ar trebui să aibă loc înainte de decesul pacientului.

• Cei însărcinați cu abordarea pacientului, a membrilor familiei sau a unui alt factor de decizie desemnat cu privire la donarea de organe și țesuturi ar trebui să posede combinația potrivita de cunoștințe, abilități și sensibilitate pentru implicarea în astfel de discuții. Studenții medicinisti și medicii practicanți ar trebui să caute pregătirea necesară pentru această sarcină, iar autoritățile corespunzătoare ar trebui să furnizeze resursele necesare pentru a asigura această pregătire.

• Donarea trebuie să fie necondiționată. În cazuri excepționale, solicitări ale donatorilor potențiali sau ale factorilor de decizie înlocuitori ai acestora pentru ca organul sau țesutul să fie acordat unui anumit destinatar pot fi luate în considerare dacă legislația națională permite acest lucru. Cu toate acestea, donatorii care doresc să aplice condiții care ar putea fi considerate discriminatorii pentru anumite grupuri ar trebui refuzate.

9. Spitalele și alte instituții în care se realizează donarea ar trebui să se asigure că protocoalele de donare sunt publice printre cei care ar putea să le utilizeze și că sunt disponibile resurse adecvate pentru punerea lor în aplicare. De asemenea, aceștia ar trebui să încurajeze o cultură pro-donare în cadrul instituției în care luarea în considerare a donarii este normala, mai degrabă decât excepția, când un pacient moare.

10. Rolul coordonării transplantului este esențial pentru donarea de organe. Cei care îndeplinesc coordonarea acționează ca punctul principal de contact între familia îndrăgită și echipa de donație și, de obicei, se angajează să facă aranjamente logistice complexe pentru a face donația. Rolul lor trebuie recunoscut și susținut.

11. Donarea de organe de la decedat trebuie să se bazeze pe noțiunea de cadou, oferită în mod liber și voluntar. Acesta ar trebui să implice consimțământul voluntar și fara presiune al persoanei furnizate înainte de deces (prin optarea sau prin renunțarea la donație, în funcție de jurisdicție) sau autorizarea voluntară a celor apropiați pacientului decedat, dacă dorințele persoanei respective nu sunt cunoscute. Asociatia Medicala Mondiala se opune puternic realizarii comertului donare și transplant.

12. Donatorii potențiali sau factorii de decizie înlocuitori ai serviciilor de sănătate ar trebui să aibă acces la informații corecte și relevante, inclusiv prin intermediul medicilor generali. În mod normal, aceasta va include informații despre:

• Procedurile și definițiile implicate în determinarea decesului,

• Testele efectuate pentru a determina adecvarea organelor și / sau a țesutului pentru transplant și că acest lucru poate dezvălui riscuri de sănătate neinspectate anterior la donatorii potențiali și la familiile lor,

• Măsuri care pot fi necesare pentru păstrarea funcției organului până la determinarea morții și poate avea loc transplantul,

• Ce se va întâmpla cu corpul după ce va fi declarat decesul,

• Ce organe și țesuturi pot fi donate,

• Protocolul care va fi urmat în cazul în care familia obiectează la donație și

• Posibilitatea și procesul de retragere a consimțământului.

13. Donatorii potențiali sau factorii de decizie înlocuitori ai serviciilor de sănătate ar trebui să li se ofere posibilitatea de a pune întrebări cu privire la donre și ar trebui să răspundă la întrebările lor în mod sensibil și inteligibil.

14. În cazul în care se face donare atat de organe cat si de tesuturi, trebuie furnizate informații și obținute consimțământe, pentru ambele împreună pentru a minimiza suferința și perturbarea celor apropiați decedatului.

15. În unele părți ale lumii, o contribuție la costurile funerare este acordată familiei celor care donează.

Aceasta poate fi privită fie ca o recunoaștere adecvată a actului lor altruist, fie ca o plată care compromite voluntaritatea alegerii și baza altruistă a donației. Interpretarea poate depinde, parțial, de modul de configurare și gestionare. Atunci când se ia în considerare introducerea unui astfel de sistem, trebuie să se acorde atenție pentru a asigura respectarea principiilor de bază ale altruismului, autonomiei, beneficenței, echității și justiției.

16. Luarea deciziilor gratuite și informate necesită nu numai furnizarea de informații, ci și absența constrângerii. Orice îngrijorare cu privire la presiune sau constrângere trebuie rezolvată înainte de luarea deciziei de a dona organe sau țesuturi.

17. Prizonierii și alte persoane care sunt reținute în mod eficient în instituții ar trebui să fie eligibile să doneze după moarte atunci când s-au făcut controale pentru a se asigura că donația este în conformitate cu dorințele anterioare, neacordate și în cazul în care persoana fizică nu este în măsură să dea consimțământul, acesta a fost oferit de un membru al familiei sau de un alt factor de decizie autorizat. O astfel de autorizație nu poate anula reținerea în avans sau refuzul consimțământului.

18. Moartea lor este din cauze naturale și acest lucru este verificabil.

19. În jurisdicțiile în care este aplicată pedeapsa cu moartea, prizonierii executați nu trebuie considerați donatori de organe și / sau țesuturi. Deși pot exista cazuri individuale în care prizonierii acționează în mod voluntar și fără presiune, este imposibil să punem la dispoziție măsuri de protecție adecvate pentru a proteja împotriva constrângerii în toate cazurile.

Alocarea organelor de la donatorii decedati

20. Asociatia Medicala Mondiala consideră că ar trebui să existe politici explicite, deschise controlului public, care să reglementeze toate aspectele donării și transplantului de organe și țesuturi, inclusiv gestionarea listelor de așteptare pentru organe pentru a asigura un acces corect și adecvat.

21. Politicile care reglementează gestionarea listelor de așteptare ar trebui să asigure eficiența și corectitudinea. Criteriile care trebuie luate în considerare la alocarea organelor sau țesuturilor includ:

- Severitatea și urgența nevoii medicale,
- Durata de timp pe lista de așteptare,
- Probabilitatea medicală de succes măsurată prin factori precum vârsta, tipul de boală, îmbunătățirea probabilă a calității vieții, alte complicații și histocompatibilitatea.

22. Nu trebuie să existe nicio discriminare pe baza statutului social, a stilului de viață sau a comportamentului. Criteriile non-medicale nu trebuie luate în considerare.

Protocoale pentru donarea de organe si tesuturi de la pacienti in viata

23. Donarea de la pacienti vii este din ce în ce mai intalnita ca o modalitate de a depăși deficitul de organe din partea donatorilor decedați. În majoritatea cazurilor donatorii furnizează organe rudelor sau persoanelor cu care sunt apropiați emoțional. Un număr mic de indivizi aleg să doneze un organ in mod altruist unui străin. Un alt scenariu este acela în care una sau mai multe perechi de donatori și beneficiari sunt incompatibili între ei, dar donează sub forma unui sistem de donare încrucișat sau comun (de exemplu, donatorul A donează destinatarului B, donatorul B donează destinatarului C și donatorului C donează destinatarului A).

24. Tuturor donatorilor potențiali trebuie să li se ofere informații exacte și actualizate despre procedură și riscurile donației și să aibă posibilitatea de a discuta problema în mod privat cu un membru al echipei de asistență medicală sau cu un consilier. În mod normal, aceste informații vor include:

- Riscurile de a deveni donator in viata,
- Testele care sunt efectuate pentru a evalua adecvarea pentru donare și că acest lucru poate dezvălui probleme de sănătate neprevăzute anterior,
- Ce se va întâmpla înainte, în timpul și după ce are loc donarea și
- În cazul organelor solide, implicațiile pe termen lung ale vieții fără organul donat.

25. Donații potențiali ar trebui să li se ofere posibilitatea de a pune întrebări cu privire la donație și ar trebui să li se răspundă la întrebările lor în mod sensibil și inteligibil.

26. Ar trebui să existe proceduri pentru a se asigura că donatorii in viata acționează voluntar și fără presiune sau constrângere. Pentru a evita plățile donatorilor și apoi a fi prezentate ca donator cunoscut, ar trebui, de asemenea, să se efectueze controale independente pentru a verifica relația cu primitorul în cazul în care acest lucru nu poate fi dovedit, donația nu trebuie să continue. Aceste verificări ar trebui să fie independente de echipa de transplant și de cei care au grijă de potențialul primitor.

27. Ar trebui să existe garanții suplimentare pentru donatorii vulnerabili, incluzând, dar fără a se limita la, persoanele care sunt dependente într-un fel (cum ar fi minorii competenți care donează unui părinte sau intre frati).

28. Prizonierii ar trebui să fie eligibili pentru a fi donatori vii numai în circumstanțe excepționale, pentru membrii de prim grad sau de gradul doi; Ar trebui furnizate dovezi ale oricărei relații cu primitorul înainte de a putea continua donația. În cazul în care prizonierii trebuie să fie considerați donatori vii, sunt necesare garanții suplimentare pentru a se asigura că acționează voluntar și nu sunt supuse unor constrângeri.

29. Cei care nu au capacitatea de a consimți nu trebuie considerați donatori de organe vii, din cauza incapacității lor de a înțelege și decide în mod voluntar. Excepții pot fi făcute în circumstanțe foarte limitate, în urma revizuirii legale și etice.

30. Donatorii nu ar trebui să-și piardă din punct de vedere financiar ca urmare a donației lor și, prin urmare, ar trebui rambursate cheltuielile generale și medicale și pentru orice pierdere a lor.

31. În unele părți ale lumii, persoanele sunt plătite pentru donarea unui rinichi, deși în practic toate țările vânzarea de organe este ilegală. Asociatia Medicala Mondiala se opune puternic unei piețe a organelor.

Protocoale pentru primitori

32. Protocoalele pentru luarea deciziilor gratuite și informate ar trebui respectate în cazul destinatarilor de organe sau țesuturi. În mod normal, aceasta va include furnizarea de informații despre:

- Riscurile procedurii,
- Probabilele perspective de supraviețuire pe termen scurt, mediu și lung, morbiditate și calitatea vieții,
- Alternative la transplant și
- Cum se obțin organele și țesuturile.

33. În cazul unui diagnostic întârziat privind o infecție, boală sau malignitate a donatorului, ar trebui să existe o prezumție puternică că beneficiarul va fi informat despre orice risc la care ar fi putut fi expus.

Deciziile individuale cu privire la dezvăluire trebuie să țină seama de circumstanțele particulare, inclusiv de nivelul și gravitatea riscului. În cele mai multe cazuri, divulgarea va fi adecvată și ar trebui gestionată cu atenție și în mod sensibil.

Costurile si originea organelor si a tesuturilor

34. Organele sau țesuturile suspectate că au fost obținute prin mijloace ilegale nu trebuie acceptate pentru transplant.

35. Organele și țesuturile nu trebuie vândute pentru profit. În calculul costului transplantului, taxele aferente organului sau țesutului însuși ar trebui să fie limitate la acele costuri asociate direct cu recuperarea, stocarea, alocarea și transplantul acestuia.

36. Chirurgii care efectueaza transplanturi ar trebui să încerce să se asigure că organele și țesuturile pe care le transplantează au fost obținute în conformitate cu dispozițiile prezentei politici și ar trebui să se abțină de la transplantarea de organe și țesuturi pe care le cunosc sau care le suspectează, nu au fost procurate în mod legal și intr-o manieră etica.

Transparenta si responsabilitate

37. Asociațiile medicale naționale ar trebui să colaboreze cu guvernele și instituțiile relevante pentru a se asigura că există structuri și procese adecvate și eficiente pentru:

- sprijinirea trasabilității relevante și urmărirea tuturor beneficiarilor de transplant și a donatorilor vii, inclusiv a celor care necesită management medical continuu si primesc îngrijiri și sprijin;
- înregistrarea informațiilor despre frcventa și rezultatele donațiilor și transplanturilor;

• evaluați rezultatele pe termen scurt și lung, calitatea, siguranța și eficacitatea activităților de donare și transplant de organe;

• evaluați aderarea la protocoalele etice și clinice ale activităților de donare și transplant de organe;

38. Datele care rezultă din aceste activități ar trebui să fie accesibile publicului și să fie deschise controlului (în pofida protecției adecvate a confidențialității donatorului și a destinatarului).

Optiuni viitoare

39. Măsurile de sănătate publică pentru a reduce cererea de donare de organe ar trebui considerate prioritare, alături de inițiativele de creștere a eficacității și a succesului sistemelor de donare de organe.

40. Ar trebui monitorizate noile evoluții și posibilități, cum ar fi xenotransplantarea și utilizarea tehnologiei celulelor stem pentru a repara organele deteriorate. Înainte de introducerea lor în practica clinică, aceste tehnologii ar trebui să fie supuse revizuirii științifice și verificărilor de siguranță robuste, precum și reviziei etice. În cazul în care, la fel ca în cazul xenotransplantului, există riscuri potențiale care depășesc beneficiari individuali, acest proces trebuie să implice și dezbateri publice.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind donarea de tesuturi si organe, adoptat de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Tailanda, Octombrie 2012 si revizuita de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 216

Determinarea decesului se face pe baza încetării ireversibile a tuturor funcțiilor întregului creier, inclusiv a activitatii creierului sau a încetării ireversibile a funcțiilor circulatorii și respiratorii. Această determinare se va baza pe judecata clinică în conformitate cu criteriile acceptate, completată, dacă este necesar, prin proceduri standard de diagnostic și va fi făcută de un medic.

Chiar și fără intervenție, activitatea celulelor, organelor și țesuturilor din organism poate continua temporar după o determinare a decesului. Încetarea vieții la nivel celular nu este un criteriu necesar pentru determinarea morții.

Utilizarea organelor donatoare ale decedatului pentru transplant a făcut sa fie important pentru medici să poată determina când au murit pacienții cu sprijin mecanic.

După ce s-a produs moartea, poate fi posibilă menținerea circulației către organele și țesuturile corpului mecanic. Acest lucru poate fi făcut pentru a păstra organele și țesuturile pentru transplant.

Înainte de transplantul post-mortem, determinarea faptului că s-a produs decesul trebuie făcută de un medic care nu este implicat imediat în procedura de transplant.

După determinarea decesului, toate încercările de tratament și de resuscitare pot fi încetate și organele donatoare pot fi recuperate, cu condiția să fie îndeplinite cerințele în vigoare de consimțământ și alte cerințe etice și legale relevante. Medicii ar trebui să urmeze protocolul privind donarea de organe pentru donatorii decedați, așa cum este prezentat în Declarația Asociatia Medicala Mondiala privind donarea de organe și țesuturi.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Sydney privind determinarea mortii si recuperarea de organe, adoptata de cea de-a 22-a Adunare Medicala Mondiala, Sydney, Australia, August 1968 si amedndata de cea de-a

35-a Adunare Medicala Mondiala, Venetia, Italia, Octombrie 1983 de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei Taiwan, Octombrie 2016)

Art. 217

Factorii de decizie politică și actorii din domeniul sănătății:

1. Guvernele ar trebui să elaboreze, să dea spre aplicare și să aplice cu fermitate cadrele legislative care interzic și incrimineaza traficul de persoane în scopul îndepărtării organelor și traficului de organe umane, acestea ar trebui să includă dispoziții pentru prevenirea acestor infracțiuni și protejarea victimelor acestora.

2. Guvernele ar trebui să ia în considerare ratificarea sau aderarea la Convenția Organizației Națiunilor Unite împotriva criminalității organizate transnaționale și la Protocolul de prevenire, suprimare și pedepsire a traficului de persoane, în special femei și copii, care să completeze Convenția Organizației Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale organizate, precum și Consiliul Convenției Europei împotriva traficului de organe umane. De asemenea, ar trebui să ia în considerare cooperarea cu organizațiile internaționale existente pentru o luptă mai eficientă împotriva infracțiunilor legate de transplant. Asociatia Medicala Mondiala ar trebui să joace un rol de lider în influențarea practicilor etice în donație și transplant.

3. Autoritățile sanitare ar trebui să elaboreze și să țină registre pentru a înregistra informații referitoare la fiecare procedură de recuperare și transplant de organe, precum și informații cu privire la rezultatele donatorilor în viață și ale primitorilor de organe, pentru a asigura trasabilitatea organelor, cu respectarea cuvenită a confidențialității profesionale și a protectiei datelor personale. Registrele ar trebui să fie concepute pentru a înregistra informații cu privire la procedurile care au loc într-o țară și cu privire la procedurile de transplant și donații vii ale rezidenților acelei țări, efectuate în alte destinații.

4. Țările sunt încurajate să contribuie periodic cu aceste informații la Observatorul Global al Donărilor și Transplanturilor dezvoltat în colaborare cu Organizația Mondială a Sănătății.

5. Autoritățile sanitare și asociațiile medicale ar trebui să se asigure că toți profesioniștii din domeniul sănătății sunt instruiți în natura, amploarea și consecințele infracțiunilor legate de transplant, precum și în responsabilitățile și îndatoririle lor în prevenirea și combaterea acestor activități infracționale și în mijloacele de a face acest lucru.

6. Deoarece autosuficiența este cea mai bună strategie pe termen lung pentru a preveni infracțiunile legate de transplant, autoritățile din domeniul sănătății și factorii de decizie politică ar trebui să elaboreze strategii preventive pentru a reduce povara bolilor tratabile cu transplant și pentru a spori disponibilitatea organelor.

7. Creșterea disponibilității organelor ar trebui să se bazeze pe dezvoltarea și optimizarea programelor de donare a morților sănătosi din punct de vedere etic, în urma determinării morții prin criterii neurologice și circulatorii. De remarcat este că donarea după determinarea decesului prin criterii circulatorii este acceptată într-un număr limitat de țări. Guvernele ar trebui să exploreze dacă donarea după determinarea circulatorie a decesului este o practică acceptabilă în comunitatea lor și, în acest caz, ar trebui să ia în considerare introducerea acesteia în jurisdicția lor.

8. În plus, guvernele ar trebui să dezvolte și să optimizeze programe de donare vii bazate pe standarde etice și profesionale recunoscute și să asigure protecția și urmărirea corespunzătoare a donatorilor vii.

9. Autoritățile sanitare și / sau furnizorii de asigurări nu ar trebui să ramburseze costurile procedurilor de transplant care au avut loc în contextul infracțiunilor legate de transplant. Cu toate acestea, costurile medicamentelor și îngrijirii post-transplant ar trebui acoperite, ca și pentru orice alt pacient transplantat.

10. Autoritățile ar trebui, de asemenea, să se asigure că îngrijirea medicală și psihosocială este acordată victimelor traficului de persoane în scopul îndepărtării organelor și a traficului de organe umane. Ar trebui să se ia în considerare compensarea efectivă a acestor persoane pentru prejudiciul suferit.

11. Asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze și să coopereze cu autoritățile în elaborarea cadrelor pentru profesioniștii din domeniul sănătății pentru a raporta autorităților competente orice caz confirmat sau suspectat de trafic de persoane în scopul îndepărtării organelor și al traficului de organe umane. Asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze pentru capacitatea profesioniștilor din domeniul sănătății de a raporta traficul suspect de persoane individuale, în mod anonim, dacă este necesar, pentru a proteja siguranța reporterului. După caz, raportarea cazurilor de trafic ar trebui să fie o excepție permisă de la obligația medicului de a păstra confidențialitatea pacientului

Medici și alți profesioniști din domeniul sănătății:

12. Medicii nu ar trebui să efectueze niciodată un transplant folosind un organ care a fost obținut ilicit. Dacă există îngrijorări rezonabile cu privire la originea unui organ, acesta nu trebuie utilizat. Dacă unui medic sau unui chirurg i se cere să efectueze un transplant cu un organ obținut printr-o tranzacție financiară, fără consimțământul valabil al donatorului sau fără autorizația cerută într-o jurisdicție dată, acesta trebuie să se abțină de la efectuarea transplantului și explicate motivele potențialului destinatar.

13. Medicii care participă la evaluarea preoperatorie a potențialilor donatori vii nu numai că trebuie să evalueze starea medicală a individului, ci și să încerce să se asigure că persoana respectivă nu a fost supusă niciunui fel de constrângere sau participă la procedura de câștig financiar sau orice alt avantaj comparabil. Legitimitatea relației donator-beneficiar și motivațiile altruiste pentru donație ar trebui examinate. Medicii ar trebui să fie deosebit de vigilenți la „steagurile roșii” care sugerează o infracțiune legată de transplant. Donatorii vii nerezidenți pot fi deosebit de vulnerabili și ar trebui să li se acorde o atenție specială. Din motive lingvistice, culturale și de altă natură, evaluarea validității consimțământului lor la donație poate fi deosebit de dificilă, la fel și asigurarea că li se oferă o monitorizare adecvată. Un medic de referință ar trebui identificat în țara de origine a donatorului în viață - și în cea a beneficiarului destinat, dacă este cazul.

14. Medicii nu ar trebui niciodată să promoveze sau să faciliteze implicarea pacienților în infracțiuni legate de transplant. Mai mult, aceștia ar trebui să informeze pacienții cu privire la riscurile pe care aceste activități le prezintă pentru propria sănătate, cea a celor dragi și, mai general, pentru sănătatea publică. Pacienții ar trebui să înțeleagă, de asemenea, că aceste activități implică exploatarea persoanelor vulnerabile care pot suferi ele însele de complicații medicale și psihosociale severe. Prin consilierea pacienților, profesioniștii îi pot descuraja să se angajeze în activități de transplant ilicit.

15. Medicii au datoria de a îngriji pacienții cu transplant, chiar dacă organul lor a fost ilicit În cazul în care un medic are obiecții etice sau morale cu privire la îngrijirea unui pacient care a

primit un organ ilicit, ei ar trebui să ia măsurile necesare pentru a transfera îngrijirea pacientului catre alt medic.

16. Medicii ar trebui să contribuie la garantarea transparenței practicilor și a trasabilității organelor. Atunci când pacienții care au fost supuși unei donații sau unei proceduri de transplant în străinătate solicită îngrijiri suplimentare în țara lor de reședință, toate informațiile relevante trebuie înregistrate în registrele naționale de transplanturi și raportate autorităților sanitare, așa cum ar trebui să se întâmple pentru toate procedurile de donare și transplant efectuate în cadrul sistemului național de transplant.

17. Medicii au responsabilitatea de a crește fondul de donatori decedați pentru a satisface nevoile de transplant ale pacienților. Medicii au, de asemenea, datoria față de posibilii donatori de organe în luarea în considerare și facilitarea donării de organe, dacă acest lucru este în concordanță cu valorile și principiile pacienților. Donarea ar trebui oferită în mod obișnuit ca opțiune la sfârșitul vieții, întotdeauna într-o manieră respectuoasă, luând în considerare cultura și religia potențialului donator și a surogatilor acestora. Conversațiile despre oportunitățile de donare ar trebui să fie conduse de profesioniști experimentați și instruiți.

18. Medicii ar trebui să promoveze cercetarea în domeniul donației și transplantului, în special cercetările care vizează creșterea disponibilității organelor pentru transplant, îmbunătățirea rezultatelor organelor transplantate și identificarea strategiilor alternative de înlocuire a organelor, ca în cazul organelor bioartificiale.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind masurile de preventie si de lupta impotriva infractiunilor legate de transplant, adoptat de cea de-a 71-a, Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie 2020, Recomandari)

1.1.3.8 Stilul de viata sanatos

Art. 218

Determinanții sociali ai sănătății sunt: condițiile în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc și influențele societății asupra acestor condiții. Determinanții sociali ai sănătății sunt influențe majore atât asupra calității vieții, inclusiv a unei bune sănătăți, cât și a duratei speranței de viață fără handicap. În timp ce asistența medicală va încerca să ridice persoanele și să repare daunele cauzate de imbolnavirea prematură, acești factori sociali, culturali, de mediu, economici și alți factori sunt cauzele majore ale ratelor de boală și mai ales amploarea inegalități în materie de sănătate.

Istoric, rolul principal al medicilor și al altor profesioniști din domeniul sănătății a fost acela de a trata bolnavii - un rol vital și foarte apreciat în toate societățile. Într-o măsură mai mică, profesioniștii din domeniul sănătății s-au ocupat de expuneri individuale la cauzele bolii - fumatul, obezitatea și alcoolul în boli cronice, de exemplu. Aceste aspecte familiare ale stilului de viață pot fi considerate ca fiind cauze „apropiate” ale bolii.

Munca asupra determinanților sociali depășesc cu mult această atenție asupra cauzelor apropiate și iau în considerare „cauzele cauzelor”. De exemplu, fumatul, obezitatea, alcoolul, stilul de viață sedentar sunt toate cauzele bolii. Din perspectiva determinanțior sociali acestia abordează cauzele acestor cauze; și în special modul în care contribuie la inegalitățile sociale în sănătate. Se

concentrează nu numai pe comportamentele individuale, ci încearcă să abordeze circumstanțele sociale și economice care dau naștere imbolnavirii premature, pe parcursul întregii vieți: dezvoltarea timpurie a copilului, educația, condițiile de muncă și de viață și cauzele structurale care dau naștere acestor vieți și condițiile de muncă. În multe societăți, comportamentele nesănătoase urmează gradientul social: oamenii mai mici se află în ierarhia socioeconomică, cu cât fumează mai mult, cu cat au hrana mai proasta și cu cat mai puțina activitate fizică fac. O cauză majoră, dar nu singura, a distribuția socială a acestor cauze este nivelul de educație. Alte exemple specifice de abordare a cauzelor: prețul și disponibilitatea, care sunt factorii cheie ai consumului de alcool; impozitarea, etichetarea pachetelor, interzicerea publicității și fumatul în locuri publice, care au avut efecte demonstrabile asupra consumului de tutun. Vocea profesiei medicale a fost cea mai importantă în aceste exemple de abordare a cauzelor cauzelor.

Există o mișcare în creștere, la nivel global, care încearcă să abordeze inegalitățile brute în sănătate și durata vieții prin acțiuni asupra factorilor determinanți sociali ai sănătății. Această mișcare a implicat Organizația Mondială a Sănătății, mai multe guverne naționale, organizația societății civile și cadre academice. Se caută soluții și se împărtășește învățarea. Medicii ar trebui să fie bine informați participand la această dezbatere. Există multe lucruri care se pot întâmpla în cadrul practicii medicinii care pot contribui direct și prin colaborarea cu alte sectoare. Profesiunea medicală poate fi susținuta pentru acțiuni asupra acelor condiții sociale care au efecte importante asupra sănătății.

Asociatia Medicala Mondiala ar putea adăuga o valoare semnificativă eforturilor globale de abordare a acestor determinanți sociali, ajutând medicii, alți profesioniști din domeniul sănătății și asociațiile medicale naționale să înțeleagă cum arată probele emergente și cum funcționează, în diferite circumstanțe. Ar putea ajuta medicii să facă lobby mai eficient în țările lor și peste granițele internaționale și să se asigure că cunoștințele și abilitățile medicale sunt împărtășite.

Asociatia Medicala Mondiala ar trebui să ajute la colectarea datelor cu exemple care funcționează și să ajute la implicarea medicilor și a altor profesioniști din domeniul sănătății în încercarea de soluții noi și inovatoare. Ar trebui să colaboreze cu asociații naționale pentru a-și educa și informa membrii și a face presiuni asupra guvernelor naționale pentru a lua măsurile adecvate pentru a încerca să minimizeze aceste cauze principale ale sănătății premature. În Marea Britanie, de exemplu, guvernul național a emis o carte albă de sănătate publică care are în centrul său reducerea inegalităților din sănătate prin acțiuni asupra determinanților sociali ai sănătății; mai multe zone locale au elaborat planuri de acțiune; există exemple bune de practică generală prin care munca în sectoare îmbunătățește calitatea vieții oamenilor și prin urmare reduce inegalitățile de sănătate. Asociatia Medicala Mondiala ar trebui să adune exemple de bune practici din partea membrilor săi și să promoveze lucrările ulterioare în acest domeniu.

(Declaratia de la Oslo a Asociatiei Medicale Mondiale privind determonantii sociali ai sanatatii, adoptata de cea de-a 62-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguay, Octombrie 2011 si schimbarea de titlu (din Statut in Declaratie) de cea de-a 66-a Adunare Generala, Moscova, Rusia, Octombrie 2015)

Art. 219

1. Greve ale foamei au loc în diferite contexte, dar acestea conduc în principal la dileme în medii în care oamenii sunt reținuți (închisori, închisori și centre de detenție pentru imigrare). De

obicei, sunt o formă de protest de către oameni care nu au alte modalități de a-și face cunoscute cerințele. În refuzul alimentației pentru o perioadă semnificativă, prizonierii si deținuții ar putea spera să obțină anumite scopuri, prin înfățișarea publicității negative asupra autorităților. Pe termen scurt refuzul de a se alimenta ridică rar probleme etice. Nealimentarea prelungita riscă moartea sau deteriorarea permanentă a grevistilor și pot crea un conflict de valori pentru medici. Grevistii își doresc rareori să moară, dar unii pot fi pregătiți să facă acest lucru pentru a-și atinge scopurile.

2. Medicii trebuie să stabilească adevărata intenție a individului, în special în situatii greve sau situații colective unde presiunea de la egal poate fi un factor. O provocare emoțională apare atunci când grevistii prin infometare care au aparent emise instrucțiuni clare de a nu fi resuscitate ajung la un stadiu de afectare cognitivă. Principiul benevolentei îndeamnă medicii să-i resusciteze, dar respectul pentru autonomia individuală îi împiedică pe medici intervenind atunci când a fost făcut un refuz valabil și informat. Acest lucru a fost bine vazut în multe alte situații clinice, inclusiv refuzul tratamentului de salvare a vieții. Un cadru suplimentar apare în setările de custodie pentru că nu este întotdeauna clar dacă instrucțiunile în avans ale grevistului au fost făcute în mod voluntar și cu informații adecvate despre consecințe.

3. Obligația de a acționa etic. Toți medicii sunt legați de etica medicală prin contactul lor profesional de persoanele vulnerabile, chiar și atunci când nu oferă terapie. Indiferent de rolul lor, medicii trebuie să încerce să prevină constrângere sau maltratare a deținuților și trebuie să protesteze dacă apare.

4. Respect pentru autonomie. Medicii ar trebui să respecte autonomia persoanelor. Aceasta poate implica dificultati in a apreciac care sunt adevaratele dorinte ale grevistilor si s-ar putea să nu fie atât de clare pe cât apar. Orice decizie nu are forță morală dacă este făcută prin utilizarea amenințărilor, a presiunii de la egal sau a constrângerii. Grevistii foamei nu trebuie tratati cu forța daca ei refuză. Aplicarea, instruirea sau asistarea alimentării forțate contrar unui refuz informat și voluntar este injust. Alimentarea artificială cu acordul explicit sau implicit al atacantului de foame este etic acceptabil.

5. „Beneficiu” și „rău”. Medicii trebuie să-și exercite abilitățile și cunoștințele pentru a-i binefface pe cei pe care îi tratează. Aceasta este conceptul de „benevolenta”, care este completat de cel de „non-malevolentei” sau primum non nocere. Aceste două concepte trebuie să fie în echilibru. „Benevolenta” include respectarea dorințelor persoanelor, precum și promovarea acestora, bunăstare. Evitarea „vătămării” înseamnă nu numai că se reduce la minimum daunele aduse sănătății, ci și că nu nu este fortat tratamentul persoanelor constiente si nici nu ii obliga sa inceteze infometarea. Benevolenta nu implică neapărat prelungirea vieții cu orice cost, indiferent de alți factori determinanți.

Medicii trebuie să respecte autonomia persoanelor competente, chiar și în cazul în care acest lucru poate duce la vătămare. Pierderea constienței nu înseamnă că un refuz competent anterior de tratament, inclusiv hranirea artificiala trebuie ignorată.

6. Echilibrarea dublei loialitati. Medicii care participă la greva foamei pot experimenta un conflict, intre autoritatea angajatoare (cum ar fi administrarea închisorilor) și loialitatea acestora față de pacienți. In aceasta situatie, medicii cu loialitate dublă sunt legați de aceleași principii etice ca și alți medici, adică obligația lor principală este față de pacientul individual. Ei rămân independenți de angajatorul lor în ceea ce privește decizii medicale.

7. Independența clinică. Medicii trebuie să rămână obiectivi în evaluările lor și să nu permită terților pentru a-i influenteze judecata medicală. Ei nu trebuie să se permită să fie presati pentru a încălca principiile etice, cum ar fi intervenția medicală din motive non medicale.

8. Confidențialitate. Datoria confidentialității este importantă în construirea încrederii, dar nu este absolută. Poate fi supraestimata dacă nedivulgarea îi dăunează grav și iminentă pe ceilalți. Ca și în cazul altor pacienți, grevistilor foamei confidențialitatea și viata privata ar trebui respectate, cu excepția cazului în care sunt de acord cu dezvăluirea sau cu excepția cazului în care se face schimb de informații necesare pentru a preveni vătămări grave. Dacă persoanele sunt de acord, rudele și consilierii legali trebuie păstrate informați despre situație.

9. Stabilirea încrederii. Încurajarea încrederii dintre medici și grevistii foamei este adesea cheia pentru realizarea unui solutii care respectă atat drepturile cat si reducerea la minimum prejudiciul acestora. Obținerea încrederii poate creea oportunități de rezolvare a situațiilor dificile. Încrederea depinde de medicii care oferă cu precizie sfaturi și sunt sinceri cu grevistii despre limitele a ceea ce pot și nu pot face, inclusiv situații în care medicul poate să nu poată menține confidențialitatea.

10. Medicii trebuie să evalueze capacitatea mentală a persoanelor care doresc să se angajeze într-o grevă a foamei. Acest implică verificarea faptului că un individ care intenționează să nu manance este lipsit de orice condiții mentale care ar submina acest lucru capacitatea persoanei de a lua decizii informate privind îngrijirea sănătății. Indivizi cu capacitate mentală grav afectată s-ar putea să nu poată aprecia consecințele acțiunilor lor dacă se angajează într-o grevă a foamei. Acestia ce cu probleme de sănătate mintală tratabile ar trebui să fie direcționati către îngrijiri adecvate pentru condițiile lor mentale și să primească un tratament adecvat. Cei cu afecțiuni tratabile, inclusiv handicap de învățare sever sau demența avansată ar trebui să primească tratament și sprijin pentru a le permite să ia astfel de decizii care se află competența lor.

11. Cât mai devreme posibil, medicii trebuie să dobândească un istoric medical detaliat și precis al persoanei care intenționează să faca greva foamei. Implicațiile medicale ale oricărei afecțiuni existente ar trebui explicate individului. Medicii ar trebui să verifice dacă grevistii foamei înțeleg posibilele consecințe asupra sănătății postului și prevestiți-le într-un limbaj simplu al dezavantajelor. Medicii ar trebui să explice, de asemenea, cum afectează sănătatea reducerea la minim sau oprirea alimentatiei, de exemplu, prin creșterea aportului de fluide și tiamină. Din moment ce deciziile persoanei cu privire la greva foamei poate fi importante, asigura-te ca pacientul intelege pe deplin consecintele medicale ale incetarii partiale sau totale a alimentatiei.

În concordanță cu cele mai bune practici pentru consimțământul informat în îngrijirea sănătății, medicul ar trebui sa se asigure că pacientul înțelege informațiile transmise intreband pacientul ce intelege.

12. La începutul infometarii trebuie făcută o examinare minuțioasă a atacantului foamei, inclusiv măsurarea greutate corporala. Trebuie discutat despre gestionarea simptomelor viitoare, inclusiv a celor nelegate de infometare a grevistilor. De asemenea, valorile și dorințele persoanei cu privire la tratamentul medical în caz ca trebuie monitorizata o infometare prelungita. În cazul în care grevistul foamei este de acord, trebuie efectuate examinări medicale
în mod regulat, pentru a determina tratamentele necesare. Mediul fizic trebuie evaluat în ordine
să elaboreze recomandări pentru prevenirea efectelor negative.

13. Continuarea comunicării dintre medic și grevistii foamei este esențială. Medicii ar trebui sa verifice zilnic dacă indivizii doresc să continue greva foamei și ce vor să facă când nu mai sunt capabili să comunice în sens. Clinicianul trebuie să identifice dacă individul este dispus ca, în absența obtinerii cerințelor sale, să continue postul chiar până la moarte. Aceste dorinte trebuie să fie înregistrate corespunzător.

14. Uneori, grevistii foamei acceptă o transfuzie intravenoasă de soluție sau alte forme de tratament medical. Refuzul de a accepta anumite intervenții nu trebuie să aducă atingere niciunui alt aspect al îngrijirii medicale, cum ar fi tratamentul infecțiilor sau al durerii.

15. Medicii ar trebui să discute cu grevistii foamei direct dar si sa obtina informatii despre acestia de la persoane apropiate. O comunicare clară este esențială și, acolo unde este necesar, interpreți neconectați cu deținutul autoritățile ar trebui să fie disponibile și, de asemenea, trebuie să respecte confidențialitatea.

16. Medicii trebuie să se asigure că refuzul alimentelor sau al tratamentului este alegerea voluntară a individului. Grevistii foamei trebuie protejați de constrângere. Medicii pot ajuta adesea pentru a realiza acest lucru și ar trebui să fie conștienti că constrângerea poate veni din partea autorităților sau a altor persoane, cum ar fi membrii familiei. Medicii sau alt personal de îngrijire a sănătății nu pot aplica niciun fel de presiune nejustificată asupra grevistului foamei
pentru a suspenda greva. Tratamentul sau îngrijirea grevistului nu trebuie să fie condiționat de suspendarea greva foamei. Orice reținere sau presiune, inclusiv santajarea, izolarea, legarea grevistului de un pat sau orice fel de reținere fizică din cauza grevei de foame nu este acceptabila.

17. Dacă un medic nu are capacitatea morala de a respecta refuzul de hranirea rtificiala a unui grevist al foamei, medicul trebuie sa clarifice acest lucru de la bun inceput si trebuie sa se asigure de faptul ca grevistul va beneficia de servicii medicale de la un alt medic care este dispus să respecte refuzul grevistului.

18. Atunci când un medic preia cazul, grevistul poate că și-a pierdut deja capacitatea mentală, astfel încât nu există nicio ocazie de a discuta despre dorințele individuale cu privire la intervenția medicală pentru a păstra viața. Trebuie luate în considerare și respecte orice instrucțiuni în avans făcute de grevistul foamei, altfel refuzurile de tratament trebuie să fie urmate în cazul în care acestea este dorința voluntară a individului atunci când este constient. Anterior, exista posibilitatea ca recomandarile facute de grevist sa fie luate sub presiune.În cazul în care medicii au îndoieli serioase cu privire la intenția individului, orice actiune trebuie să fie tratat cu mare precauție. Dacă sunt bine informate și făcute voluntar, cu toate acestea, recomandarile în avans pot fi in general supraestimate iar atunci devin invalide, deoarece situația în care a fost luată decizia este schimbata radical de când individul și-a pierdut constienta.

19. Dacă nu este posibilă nicio discuție cu individul și nu există instrucțiuni în avans sau alte dovezi sau note în documentele clinice ale unei discuții există, medicii trebuie să acționeze în ceea ce consideră in conformitate cu interesele cele mai bune acestuia. Aceasta înseamnă să iei în considerare dorințele anterioare ale grevistului foamei, personale și valorile culturale precum și sănătatea lor fizică. În absența vreunei dovezi privind dorințele anterioare ale grevistilor, medicii ar trebui să decidă dacă trebuie să furnizeze sau nu hrană, fără interferențe din partea terților.

20. Medicii pot considera, în mod rar și în mod excepțional, justificabil să meargă împotriva recomandarilor în avans de refuz al tratament, deoarece, de exemplu, se consideră că refuzul a fost

făcut sub acuzație. Dacă, după resuscitare și după ce și-au recăpătat facultățile mentale, grevistii foamei continuă să-și reitereze intenția de a continua, asta decizia trebuie respectată. Este etic să permită unui grevist să moară cu demnitate mai degrabă decât sa supuneți persoana respectivă la intervenții repetate împotriva voinței sale. Medicii care acționează împotriva unui avansat refuz al tratamentului trebuie să fie pregătit pentru a justifica această acțiune către autoritățile relevante, inclusiv pentru profesioniști autoritățile de reglementare.

21. Hrănirea artificială, atunci când este utilizată în interesul clinic al pacientului, poate fi adecvată din punct de vedere etic, dacă este grevistii constienti sunt de acord. Cu toate acestea, în conformitate cu Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Tokyo, cand un prizonier refuză hrănirea și este considerat de către medic ca fiind capabil să formeze un refuz rațional privind consecințele unei astfel de decizii, el sau ea nu va fi hrănit în mod artificial. Hranirea artificiala poate fi, de asemenea, acceptată dacă persoanele inconstiente nu au lăsat nicio recomandare în avans sau pentru a păstra viața grevistului foamei sau pentru a preveni un handicap ireversibil sever. Hidratarea anala nu este și nu trebuie niciodată folosită ca formă de terapie pentru rehidratare sau sprijin nutrițional în infometarea pacienți.

22. Atunci când un pacient este capabil fizic să înceapă hrănirea orală, trebuie să aveți grijă să vă asigurați punerea în aplicare a celor mai actualizate orientări privind alimentarea.

23. Toate tipurile de intervenții pentru hrănirea enterală sau parenterală împotriva voinței pacientilor constientigrevisti ai foamei trebuie considerat ca „hrănire forțată ”. Alimentarea forțată nu este niciodată acceptabilă din punct de vedere etic. Chiar dacă este destinată a fi benevolenta, hrănirea însoțită de amenințări, constrângere, forță sau utilizarea restricțiilor fizice este o formă de tratament inuman și degradant. La fel de inacceptabilă este și alimentarea forțată a unor deținuți pentru a intimida sau constrânge alți atacanți ai foamei pentru a opri infometarea.

24. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să organizeze și să ofere programe educaționale care să evidențieze dimensiunile etice ale grevei foamei, abordări medicale adecvate, tratamente și intervenții. Ele vor face eforturi pentru actualizarea cunoștințelor și abilităților profesionale ale medicilor.

Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să lucreze pentru a oferi mecanisme de susținere a medicilor care lucrează în închisori / centre de imigrare / centre de detenție, care pot adesea să se afle în situații asemanatoare si care conform Declaratiei de la Hamburg a Asociatiei Medicale Mondiale, va sprijini orice medic care suferă presiuni pentru a-și compromite principiile etice.

Asociatiile Medicale Nationale au responsabilitatea de a face eforturi pentru a preveni practicile neetice, de a lua o poziție și de a vorbi împotriva încălcărilor etice și de a le cerceta corect.

25. Asociația Medicală Mondială va sprijini medicii și Asociatiile Medicale Nationale care se confruntă cu presiuni politice ca rezultat al apărării unei poziții justificabile din punct de vedere etic, așa cum se prevede în Declarația de la Hamburg a Asociatiei Medicale Mondiale.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind Greva Foamei, Adoptata de cea de-a 43-a Adunare Medicala Mondiala St. Julians, Malta, noiembrie 1991 și revizuita editorial cea de-a 44-a Adunare Medicala Mondiala, Marbella, Spania, septembrie 1992 și revizuită de 57 Adunarea generală a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, octombrie 2006 și revizuită de a 68-a Adunare Generală a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, octombrie 2017)

Art. 220

Cheltuieli medicale

Există dovezi puternice că bolile cronice cresc utilizarea (și costurile) serviciilor de sănătate, mai degrabă decât vârsta în sine.

Cu toate acestea, condițiile cronice și dizabilitățile devin mai răspândite odată cu înaintarea in vârsta - prin urmare, utilizarea îngrijirii de sănătate și cheltuielile cresc în tandem cu vârsta.

În multe țări cheltuielile pentru îngrijirea sănătății pentru persoanele în vârstă au crescut de-a lungul anilor, pe măsură ce mai multe intervenții și noile tehnologii au devenit disponibile pentru problemele frecvente la vârsta înaintată.

Efectul îmbătrânirii asupra sistemelor de sănătate

Sistemele de îngrijire medicală se confruntă cu două provocări majore în revoluția longevității: prevenirea bolilor cronice și a dizabilității și furnizarea de îngrijiri de înaltă calitate și rentabile, adecvate pentru indivizi, indiferent de vârstă.

În regiunile mai puțin dezvoltate, sarcina bolii la bătrânețe este mai mare decât în regiunile mai dezvoltate.

Considerații speciale pentru îngrijirea sănătății

Principalele boli care contribuie la dizabilități în toate regiunile sunt bolile cardiovasculare, cancerul, bolile respiratorii cronice, afecțiunile musculo-scheletice și bolile neurologice și psihice, inclusiv demențele. Unele afecțiuni obișnuite la vârsta înaintată sunt dezactivate în special și necesită detectare și gestionare timpurie.

Bolile cronice frecvente în rândul persoanelor în vârstă includ boli care pot fi prevenite prin comportamente sănătoase și / sau intervenții în stilul de viață și servicii de sănătate preventive eficiente - de obicei boli cardiovasculare, diabet, boli pulmonare obstructive cronice și multe tipuri de cancer. Alte boli sunt mai strâns legate de procesele de îmbătrânire și nu sunt înțelese suficient de bine pentru a le preveni - cum ar fi demența, depresia și unele afecțiuni musculo-scheletice și neurologice.

În timp ce cercetările pot duce în cele din urmă la prevenirea sau tratamentul eficient al dizabilității, managementul timpuriu este esențial pentru controlul dizabilității și / sau menținerea calității vieții.

Persoanele în vârstă pot fi mai vulnerabile la efectele accidentelor în interiorul și în afara casei. Acest lucru va include riscuri atunci când folosesc utilaje, cum ar fi vehicule rutiere, dar și riscuri de la manipularea altor echipamente potențial periculoase. Deoarece persoanele în vârstă continuă să lucreze, aceste riscuri trebuie evaluate și gestionate. Cei care suferă leziuni pot avea recuperarea lor complicată de alte vulnerabilități și comorbidități medicale.

Considerații pentru profesioniștii din domeniul sănătății

Îngrijirea sănătății pentru persoanele în vârstă necesită, de obicei, o varietate de profesioniști care lucrează ca o echipă flexibila.

Educația și formarea profesioniștilor din domeniul sănătății pentru tratarea și gestionarea condițiilor comune la vârstnici nu sunt, în general, suficient de subliniate în programele de licență.

Reducerea impactului asupra asistenței medicale

Serviciile de sănătate continue si cuprizatoare trebuie adaptate de urgență la vârsta populației. Acesta ar trebui să includă promovarea sănătății, prevenirea bolilor, tratamente curative, reabilitare, gestionarea și prevenirea declinului și îngrijirea paliativă.

Diferite tipuri de furnizori de servicii de sănătate oferă aceste servicii, de la îngrijirea de sine și de familie / informală - uneori în capacitate voluntară - către furnizori și instituții din comunitate.

Stabilirea sistemelor optime de îngrijire a sănătății

În mod ideal, acoperirea asistenței medicale de sănătate ar trebui furnizată tuturor, inclusiv persoanelor în vârstă.

Marea majoritate a problemelor de sănătate poate fi și ar trebui rezolvată la nivel de comunitate. Pentru a oferi îngrijire optimă în comunitate și pentru a asigura coordonarea asistenței în timp, este esențial să consolidăm serviciile de asistență medicală primară.

Pentru a consolida serviciile de asistenta medicala primara pentru a promova îmbătrânirea activă, OMS a avansat principii bazate pe dovezi pentru asistenta medicala primara prietenoasa cu vârsta în trei domenii care ar trebui luate în considerare: informații / educație / comunicare / instruire, sisteme de gestionare a sănătății și mediul fizic.

Sectorul sănătății ar trebui să încurajeze sistemele de sănătate să sprijine toate aceste dimensiuni ale asistenței acordate persoanelor fizice, odată cu înaintarea în vârstă a importanței sănătății pentru a asigura calitatea vieții.

Specificitatea asistenței medicale

Multe sisteme formale de asistență medicală au fost dezvoltate cu accent pe „îngrijirea acută sau catastrofală” a unei populații mult mai tinere, adesea axată pe boli transmisibile și / sau răni. Sistemele de sănătate ar trebui să sublinieze alte nevoi, în special gestionarea bolilor cronice și declinul cognitiv, atunci când se tratează persoanele în vârstă.

În timp ce serviciile de îngrijire acută sunt esențiale pentru persoanele de toate vârstele, dar nu sunt concentrate pe menținerea sănătății oamenilor sau oferirea de sprijin și îngrijire necesară pentru gestionarea afecțiunilor cronice. Este necesară o schimbare de paradigmă pentru a evita tratarea bolilor cronice ca și cum ar fi fost afecțiuni acute.

Condițiile medicale la vârstă înaintată apar adesea simultan cu problemele sociale și ambele trebuie să fie luate în considerare de către profesioniștii din domeniul sănătății atunci când oferă asistență medicală. Medicii, în special clinicienii, trebuie să țină cont de faptul că pacienții vârstnici pot avea și alte boli cronice sau comorbidități cronice care interacționează între ei și că tratamentul lor nu ar trebui să conducă la inducerea neplăcută și prevenibilă a complicațiilor.

Când se inițiază un tratament farmacologic pentru boala cronică la un pacient în vârstă, medicii care prescriu medicamentul ar trebui să înceapă în general (doze) mici și să meargă lent (creșterea dozelor) pentru a satisface nevoile specifice ale pacientului.

Dacă pacientul nu poate decide pentru el însuși, din cauza afectarii ridicate a memoriei și a problemelor cognitive la bătrânețe, medicii care tratează pacienți vârstnici ar trebui să comunice în mod activ cu familia, și frecvent cu îngrijitorul formal, pentru a-i educa mai bine despre starea de sănătatea pacientului și despre administrarea medicamentelor, pentru a evita complicațiile.

Atunci când iau în considerare diferite opțiuni terapeutice, medicii ar trebui să caute întotdeauna să afle dorințele pacientului avand în vedere diferite opțiuni terapeutice, medicii ar trebui să caute întotdeauna să afle dorințele pacientului și să recunoască că pentru unii pacienți

calitatea vieții va fi mai importantă decât rezultate potențiale ale opțiunilor de tratament mai agresive.

Educație și instruire pentru medici

Toți medicii trebuie să fie instruiți corespunzător pentru a diagnostica și trata problemele de sănătate ale persoanelor în vârstă, ceea ce înseamnă integrarea îmbătrânirii în programa medicală.

Asistența medicală secundară pentru vârstnici trebuie asigurată, după caz. Ar trebui să fie holistică, inclusiv luând în considerare aspectele psihosociale, precum și cele de mediu. Medicii ar trebui să fie, de asemenea, conștienți de riscurile abuzului vârstnicilor și de măsurile care trebuie luate atunci când abuzul este identificat sau suspectat. (A se vedea Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Hong Kong privind abuzul persoanelor în vârstă.)

Orice medic, în special medicii generalisti, ar trebui să aibă acces la informații și să fie anuntat pentru a identifica și preveni interacțiunile polifarmaceutice și medicamentelor adverse care pot fi mai frecvente la pacienții vârstnici.

Educația medicală continuă pe teme relevante pentru pacientul îmbătrânit trebuie subliniată pentru a ajuta medicii să diagnostice, să trateze și să gestioneze în mod adecvat complexitățile îngrijirii unei populații îmbătrânite.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind imbatranirea, adoptat de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Principii Generale)

Art. 221

Având în vedere implicarea medicilor în medicina sportivă, Asociatia Medicala Mondiala recomandă următoarele instrucțiuni etice pentru medici, pentru a ajuta la satisfacerea nevoilor sportivilor, recunoscând circumstanțele speciale în care le este acordată îngrijirea medicală și asistența medicală.

Prin urmare,

1. Medicul care are grijă de sportivi are responsabilitatea etică de a recunoaște cerințele fizice și mentale speciale care le sunt puse de performanța lor în activități sportive.

2. Când participantul la sport este un copil sau un adolescent, medicul trebuie să acorde o primă atenție creșterii și stadiului de dezvoltare al participantului.

1. Medicul trebuie să se asigure că starea de creștere și dezvoltare a copilului, precum și starea sa generală de sănătate pot absorbi rigorile antrenamentului și ale competiției fără a pune în pericol dezvoltarea fizică sau psihică normală a copilului sau adolescentului.

2. Medicul trebuie să se opună oricăror activități sportive sau atletice care nu sunt adecvate pentru stadiul de creștere și dezvoltare a copilului sau starea generală de sănătate. Medicul trebuie să acționeze în interesul cel mai bun al sănătății copilului sau adolescentului, fără a ține cont de orice alt interes sau presiune din partea oricărei alte surse.

3. Atunci când participantul la sport este un sportiv profesionist și isi obtine salariul din această activitate, medicul ar trebui să acorde atenție cuvenită aspectelor medicale ocupaționale implicate.

4. Medicul ar trebui să fie conștient de faptul că utilizarea practicilor de dopaj de către un medic este o încălcare a jurământului medical și a principiilor de bază ale Declarației Asociatiei Medicale Mondiale de la Geneva, care prevede: „Sănătatea pacientului meu va fi primul meu considerent” Asociatia Medicala Mondiala consideră că problema dopajului este o amenințare pentru sănătatea sportivilor și a tinerilor în general, precum și că este în conflict cu principiile eticii

medicale. Astfel, medicul trebuie să se opună și să refuze să administreze sau să scuze orice astfel de mijloc sau metodă care nu este în conformitate cu etica medicală și / sau care ar putea fi dăunătoare pentru sportivul care o folosește, în special:

1. Proceduri care modifică în mod artificial constituenții sângelui sau biochimia.

2. Utilizarea medicamentelor sau a altor substanțe, indiferent de natura și calea lor de administrare, inclusiv de stimulanți sau deprimanți ai sistemului nervos central și de proceduri care modifică artificial reflexele.

3. Intervenții farmacologice care pot induce modificări ale voinței sau perspective mintale generale.

4. Procedurile de mascare a durerii sau a altor simptome de protecție, dacă sunt utilizate pentru a permite sportivului să participe la evenimente în care sunt prezente leziuni sau semne care fac participarea sa inadmisibilă.

5. Măsuri care modifică artificial caracteristicile adecvate vârstei și sexului.

6. Instruirea și participarea la evenimente în acest sens nu ar fi compatibile cu păstrarea stării de sănătate, a sănătății sau a securității individului.

7. Măsuri care vizează o creștere sau o menținere nefirească a performanței în timpul concurenței. Dopajul pentru a îmbunătăți performanțele unui atlet nu este etic.

5. Medicul trebuie să informeze atletul, pe cei responsabili pentru el sau ea și alte părți interesate, despre consecințele procedurilor pe care medicul se opune, să le păstreze împotriva utilizării lor, să se alăture sprijinului altor medici și al altor organizații cu același scop, sa protejeze sportivul împotriva oricărei presiuni care l-ar putea determina pe acesta să folosească aceste metode și să ajute la supraveghere împotriva acestor proceduri.

6. Medicul sportiv are datoria de a-și da avizul obiectiv cu privire la starea de face sau nu sport a sportivului în mod clar și precis, fără a lăsa niciun dubiu cu privire la concluziile sale.

7. În evenimentele sportive competitive sau sportive profesionale, este de datoria medicului să decidă dacă atletul este apt din punct de vedere medical să rămână pe teren sau să revină la joc. Această decizie nu poate fi delegată altor profesioniști sau altor persoane. În absența medicului, acești indivizi trebuie să respecte strict instrucțiunile pe care le-a dat, prioritatea fiind întotdeauna acordată interesului superior pentru sănătatea și siguranța sportivului, și nu rezultatului competiției.

8. Pentru a-și îndeplini obligațiile etice, medicul sportiv trebuie să-și vadă autoritatea pe deplin recunoscută și menținută, în special acolo unde se referă la sănătatea, siguranța și interesele legitime ale sportivului, niciuna dintre ele nu poate fi prejudiciată pentru a favoriza interesele oricărui terț. Aceste principii și obligații ar trebui să fie susținute de un acord între medicul sportiv și organizația atletică implicată, recunoscând faptul că medicul este obligat să respecte principiile etice determinate în declarațiile naționale și internaționale la care a aderat prin profesia medicală și de care este obligat.

9. Medicul sportiv ar trebui să depună toate eforturile pentru ca medicul personal al pacientului să fie complet informat cu privire la faptele relevante pentru tratamentul său. Dacă este necesar, medicul sportiv ar trebui să colaboreze pentru a se asigura că sportivul nu se solicita pe sine în moduri în detrimentul sănătății sale și ca nu folosește tehnici potențial dăunătoare pentru a îmbunătăți performanța.

10. În medicina sportivă, la fel ca în toate celelalte ramuri ale medicinei, trebuie respectată confidențialitatea profesională. Dreptul la confidențialitate asupra atenției medicale pe care atletul a primit-o trebuie protejat, în special în cazul sportivilor profesioniști.

11. Medicul sportiv nu trebuie să fie parte la niciun contract care îl obligă să-și rezerve anumite forme de terapie exclusiv și exclusiv pentru un sportiv sau grup de sportivi.

12. Este de dorit ca medicii sportivi din țări străine, atunci când însoțesc o echipă într-o altă țară, să se bucure de dreptul de a-și îndeplini funcțiile specifice.

13. Participarea unui medic sportiv este de dorit atunci când se elaborează reglementări sportive.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind principiile de ingrijire in medicina sportiva, Adoptata de cea de-a 34-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Lisabona, Portugalia, Septembrie/Octombrie 1981 si revizuita de cea de-a 39-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Madrid, Spania, Octombrie 1987, de cea de-a 45-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Budapesta, Ungaria, Octombrie 1993, De cea de-a 51-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tel Aviv, Israel, Octombrie 1999 si reafirmata de cea de-a 185-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Evian-les-Bains, Franta, Mai 2010)

Art. 222

1. Boxul este un sport periculos. Spre deosebire de alte sporturi, intenția sa de bază este de a produce vătămări corporale, vizând în mod specific capul. Principalul argument medical împotriva boxului este riscul de encefalopatie cronică traumatică (CTE), cunoscut și sub denumirea de leziuni cerebrale traumatice cronice (CTBI), și de demența pugilistica sau sindromul „punch-beat”.

Alte leziuni cauzate de box pot duce la pierderea vederii, pierderea auzului și fracturi. Studiile arată că boxul este asociat cu leziuni devastatoare pe termen scurt și cu leziuni neurologice cronice asupra participanților pe termen lung.

2. In ultimele decenii s-a asistat la campanii viguroase ale organizatiilor medicale naționale de a elimina toate formele de box. În absența unei astfel de interdicții, o serie de tragedii din box la nivel mondial au presat diferite organisme de reglementare sportivă să adopte o varietate de reguli și standarde pentru a spori siguranța boxerilor.

3. În ciuda reglementării boxului în diverse țări, rănile și decesul apar încă ca urmare a traumelor legate de box, care indică faptul că regulamentul nu oferă o protecție adecvată participanților.

4. Pe lângă boxul reglementat, în multe părți ale lumii au loc și competiții de box necontrolate și nesupravegheate (lupte cu nuduri sau „lupte de stradă”). Acest box subteran pune în pericol viața și sănătatea unui număr semnificativ de persoane care participă la aceste lupte.

5. Problemele privind sănătatea și siguranța în box se extind la alte sporturi profesionale, în cazul în care boxul este o componentă, cum ar fi artele marțiale mixte (MMA), kickboxing, etc. Din acest motiv, recomandările din această declarație ar trebui să se aplice și acestor sporturi.

6. Asociatia Medicala Mondiala consideră că boxul este diferit calitativ de alte sporturi din cauza accidentelor pe care le provoacă și că ar trebui interzis.

7. Până la obținerea unei interdicții complete, Asociatia Medicala Mondiala solicită implementarea următoarelor măsuri:

7.1 Boxul trebuie să fie reglementat și toți boxerii să aibă licență. Boxerilor ar trebui să li se ofere informații scrise cu privire la riscurile participării la box.

7.2 Niciun copil (conform definiției specifice fiecărei țări) nu ar trebui permis să participe la box.

7.3 Ar trebui să se stabilească un registru național pentru toți boxerii amatori și profesioniști, inclusiv partenerii de antrenament, în fiecare țară în care boxul este permis. Registrul trebuie să înregistreze rezultatele tuturor meciurilor, inclusiv loviturile tehnice, loviturile și alte leziuni la box și să întocmească înregistrările de accidente pentru boxeri individuali. Toți boxerii ar trebui urmăriți pe o perioadă de cel puțin douăzeci de ani pentru a documenta rezultatele pe termen lung.

7.4 Toți boxerii ar trebui să fie supuși unui examen medical de bază, care ar trebui să includă evaluarea neurologică, inclusiv imagistica creierului, la începutul carierei. Evaluările medicale și neurologice ar trebui, de asemenea, să fie efectuate înainte și după fiecare eveniment. Boxerii care nu trec examenul trebuie să fie raportați la registrul național și nu trebuie să li se permită să participe la meciurile viitoare.

7.5 Recomandările privind echipamentele individuale de protecție (cum ar fi dimensiunea și greutatea mănușilor, angrenajului pentru cap și a scuturilor pentru gumă) ar trebui să ia în considerare recomandările medicale.

7.6 Medicul care lucrează la un meci de box are responsabilitatea profesională de a proteja sănătatea și siguranța concurenților. În acest scop, medicul ar trebui să primească o pregătire specializată în evaluarea sportivului, în special evaluarea traumatică a leziunilor cerebrale. Judecata medicului ar trebui să fie reglementată numai de considerente medicale, iar medicului trebuie să i se permită să oprească orice meci în curs pentru a examina un concurent și să încheie un meci care, în opinia medicului, ar putea duce la vătămări grave.

7.7 Finanțarea și sponsorizarea boxului ar trebui descurajate, iar acoperirea TV a evenimentelor de box ar trebui să fie restricționată de vârstă și să includă o declarație de avertizare cu privire la riscurile boxului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind boxatul, adoptat de cea de-a 35-a Adunare Medicala Mondiala, Venetia, Italia, Octombrie 1983 si revizuita editorial de cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2005 si revizuita de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 223

Sănătatea unei comunități sau a unei populații este determinată de mai mulți factori care sunt peste intelegerea traditionala a cauzelor boliii. Determinanții sociali ai sănătății includ factori care influențează alegeri privind stilul de viață; mediile fizice, psihosociale și economice în care trăiesc indivizii; și serviciile de sănătate disponibile pentru oameni. Sănătatea publică implică monitorizarea, evaluarea și planificarea unei varietăți de programe și activitățile orientate către nevoile identificate ale populației iar sectorul sănătății publice ar trebui să aibă capacitatea de a îndeplini aceste funcții în mod efectiv pentru a optimiza sănătatea comunității. Un element esențial al sănătății publice politica ar trebui să fie incluziunea și echitatea în sănătate; agentiile de sănătate publică trebuie să acorde o atenție specifică populațiilor și comunitățile ale căror condiții sociale, economice și politice le supun un risc mai mare de sănătate precară decât populația generală.

Medicii și asociațiile lor profesionale au responsabilitatea etică și profesională de a acționa în cel mai bun mod interesele pacienților în orice moment. Aceasta implică colaborarea cu agențiile

de sănătate publică pentru integrarea medicală îngrijirea pacienților individuali cu o promovare mai largă a sănătății publicului.

Funcțiile cheie ale agențiilor de sănătate publică sunt:

1. Promovarea sănătății:

• Lucrul cu furnizorii de servicii medicale pentru a informa și a permite publicului larg să joace un rol activ în prevenirea și controlul bolilor, adoptarea unor stiluri de viață sănătoase și utilizarea serviciilor medicale în mod corespunzător;

• Asigurarea condițiilor care contribuie la o sănătate bună, inclusiv servicii medicale de înaltă calitate, provizii de apă potabila, alimentația bună, o atmosferă nepoluată și oportunități pentru exerciții și recreere accesibile pentru întreaga populație;

• Lucrul cu autoritățile publice responsabile pentru crearea unei politici publice sănătoase și a unor medii de susținere în care alegerile comportamentale sănătoase sunt alegerile ușoare și pentru dezvoltarea capitalului uman și social.

• Prevenire: asigurarea accesului la screening și la alte servicii de prevenire și îngrijire curativă pentru înteaga populație.

2. Protecție: monitorizarea și protejarea sănătății comunităților împotriva bolilor transmisibile și expunerea la poluanți toxici pentru mediu, riscuri profesionale, produse dăunătoare și servicii de sănătate de calitate slabă. Această funcție include necesitatea de a stabili priorități, de a stabili programe esențiale, de a obține necesarul resurse și asigură disponibilitatea serviciilor de laborator de sănătate publică necesare.

3. Supraveghere: identificarea focarelor de boli infecțioase și tiparele bolii cronice și leziunilor și stabilirea programelor de control sau de prevenire adecvate;

4. Evaluarea sănătății populației: evaluarea necesităților de sănătate ale comunității și preluarea resurselor pentru răspunderea la acestea și dezvoltarea politicii de sănătate ca răspuns la nevoile specifice de sănătate ale comunității și naționale.

Programele și activitățile specifice desfășurate în fiecare jurisdicție (locală sau națională) vor depinde de probleme și nevoi identificate, organizarea sistemului de asistență medicală, tipurile și sfera de aplicare a acestor parteneriate dezvoltate și resursele disponibile pentru a răspunde nevoilor identificate.

Agențiile de sănătate publică nu beneficiază foarte mult de sprijinul și cooperarea strânsă a medicilor și a acestora asociații profesionale. Sănătatea unei comunități sau a unei națiuni este măsurată prin sănătatea tuturor rezidenților si prin problemele de sănătate care pot fi prevenite, care afectează o singura persoană afectează sănătatea și resursele comunitatii. Eficacitatea multor programe de sănătate publică depinde, prin urmare, de colaborarea activă a medicilor și a asociațiilor lor profesionale cu agenții de sănătate publică și alte instituții guvernamentale și agenții nonguvernamentale.

Sectorul medical și sectorul sănătății publice ar trebui să coopereze în mod efectiv pentru diseminarea informatiilor de sanatare publica și programelor de educare care promoveaza stiluri de viata sanatoase si reduc riscurile de preventie in sanatate, inclusiv cele provenite din consumul de tutun, alcool și alte medicamente; activități sexuale care cresc riscul de transmitere a HIV și boli cu transmitere sexuală; alimentație precară și inactivitate fizică; și niveluri scazute de imunizare la copil. De exemplu, educația pentru sănătate poate reduce substanțial morbiditatea și mortalitate

copiilor (de exemplu, prin promovarea alăptării și oferirea de educație nutrițională părinților împreună cu asigurarea condițiilor de susținere, atât la locul de muncă, cât și în comunitate).

Responsabilitatea oficială a agențiilor de sănătate publică este în principal supravegherea, investigarea și controlul bolilor. Aceste activități nu pot fi desfășurate efectiv, fără cooperarea și sprijinul activ al medicilor de la nivelul comunității care sunt conștienți de modelele individuale și tiparele bolilor din comunitate și pot înștiința autoritățile medicale imediat ce au aparut probleme care ar putea necesita investigații și acțiuni suplimentare. De exemplu, medicii pot ajuta la identificarea populațiilor cu risc ridicat pentru anumite boli, cum ar fi tuberculoza și raportează cazuri de boli transmisibile, cum ar fi rujeola, tuse convulsivă sau cauze infecțioase de diaree, precum și cazuri de expunere la plumb sau alte substanțe și substanțe toxice în comunitate sau la locul de muncă. Închiderea colaborarii dintre agențiile de sănătate publică și medici, precum și alți profesioniști din domeniul sănătății este critica pentru un sistem de monitorizare a bolilor.

Indiferent de eficacitatea programelor de sănătate publică existente într-o jurisdicție, asociațiile medicale profesionale ar trebui să fie conștiente de nevoile nesatisfăcute de sănătate în comunitățile și națiunile lor și să pledeze pentru activități, programe și resurse pentru a răspunde acestor nevoi. Aceste eforturi ar putea fi în domenii ale educației publice pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor; monitorizarea și controlul pericolelor de mediu; identificarea și publicizarea efectelor adverse asupra sănătatii rezultate din probleme sociale, cum ar fi violența interpersonală sau practicile sociale care afectează sănătatea; sau identificarea și susținerea serviciilor precum îmbunătățirea pregătirii pentru tratament de urgență.

În jurisdicțiile în care serviciile de sănătate publică de bază nu sunt furnizate în mod adecvat, asociațiile medicale trebuie să lucreze cu alte agenții și grupuri de sănătate pentru a stabili priorități de sustinere si actiune. De exemplu, într-o țară sau zonă cu resurse limitate în care apa potabilă și instalațiile de canalizare nu sunt disponibile pentru majoritatea rezidenților, aceste nevoi ar trebui să fie prioritare față de tehnologiile medicale care ar oferi servicii doar unei mici părți a populației.

Unele probleme legate de sănătate sunt extrem de complexe și implică mai multe niveluri de răspuns. De exemplu, cei diagnosticați cu un nivel ridicat de plumb din sânge nu trebuie doar să aibă un tratament medical adecvat, dar trebuie determinată și sursa de contaminare și trebuie luate măsuri pentru a elimina pericolul. Uneori politicile care promovează sănătatea publică creează îngrijorare din cauza impactului lor potențial economic. De exemplu, o puternică opoziție împotriva impactului economic potențial al politicilor de control al tutunului ar putea veni din regiuni sau grupuri care obțin venituri semnificative din creșterea sau procesarea tutunului. Cu toate acestea, preocupările economice nu ar trebui să descurajeze un program puternic de promovare a sănătății publice împotriva utilizării produselor din tutun. Promovarea produselor din tutun ar trebui să fie riguros opusă și fiecare efort ar trebui făcut pentru a reduce consumul de tutun atât în țările dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare.

Medicii și asociațiile lor ar trebui să colaboreze cu autoritățile politice și alte organizații pentru a încuraja mass-media să trimită mesaje pozitive pentru educația în sănătate cu privire la alimentație, consum de droguri, boli cu transmitere sexuală, risc cardiovascular etc.

Asociațiile medicale ar trebui să ceară membrilor lor să își educe pacienții cu privire la disponibilitatea serviciilor publice de sănătate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind statutul medicilor si al sanatatii publice, adoptat de cea de-a 47-a adunare generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bali, Indonesia, Septembrie 1995 si revizuita de cea de-a 57-a

adunare generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 67-a adunare generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taivan, Octombrie 2016)

Art. 224

Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociațiile Medicale Naționale, autoritățile medicale și medicii să sprijine toate măsurile legate de îmbunătățirea accesului la apă și sănătate adecvate, inclusiv:

1. Programe internaționale și naționale pentru a oferi acces usor la apa potabilă sigură la costuri reduse sau gratuite fiecărui om de pe planetă și pentru a preveni poluarea aprovizionării cu apă.

2. Programe internaționale, naționale, locale și regionale pentru a oferi acces la canalizare și pentru a preveni degradarea resurselor de apă.

3. Cercetări privind relația dintre poluarea apei, sistemele de alimentare cu apă, inclusiv tratarea apelor uzate și sănătatea.

4. Elaborarea planurilor de furnizare a apei potabile și a eliminării corespunzătoare a apelor uzate în timpul situațiilor de urgență. Acestea vor varia în funcție de natura de urgență, dar pot include dezinfectarea apei la fața locului, identificarea surselor de apă și puterea de rezerve pentru a folosi pompe.

5. Măsuri de prevenire pentru asigurarea apei sigure, canalizare și igienă bună pentru toate instituțiile de îngrijire a sănătății, inclusiv după apariția unor dezastre naturale, în special cutremure. Aceste măsuri ar trebui să includă dezvoltarea infrastructurii și a programelor de formare care să ajute instituțiile medicale să facă față acestor crize. Punerea în aplicare a programelor de aprovizionare cu apă de urgență continuă ar trebui realizată împreună cu autoritățile regionale și cu implicarea comunității.

6. Utilizarea mai eficientă a resurselor de apă de către fiecare națiune. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă îndeosebi spitalele și instituțiile de sănătate să examineze impactul lor asupra resurselor de apă durabile și să respecte cele mai înalte standarde de siguranță pentru eliminarea deșeurilor medicale și a deșeurilor din mediile de sănătate.

7. Măsuri preventive și pregătire pentru situații de urgență pentru a salva apa de poluare.

8. Promovarea accesului universal la apă și canalizare curată și accesibilă drept drept al omului (În 2010, Adunarea Generală a Națiunilor Unite și Consiliul pentru Drepturile Omului au recunoscut în mod explicit dreptul omului la apă și canalizare, derivat din dreptul la un nivel adecvat nivel de trai, așa cum este prevăzut la articolul 11 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale și alte tratate internaționale privind drepturile omului. Prin urmare, face parte din dreptul internațional privind drepturile omului.) și ca un bun comun al umanității.

9. Instrucțiunile privind legătura dintre igiena susținută prin spălarea mâinilor și prevenirea sănătății sunt măsuri de promovare a sănătății și educație pentru sănătate și necesită muncă din partea guvernului și a agențiilor de sănătate, în special în cazul în care accesul la apă a fost anterior prea limitat pentru ca persoanele să-l exploateze in scopul igienei.

10. Stabilirea unui sistem de alertă în timp real, atât pentru populația locală, cât și pentru turiști, care furnizează informații despre riscurile contaminării apei într-o anumită zonă.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind apa si sanatatea, aprobat de cea de-a 55-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tokyo, Japonia, Octombrie 2004 si revizuit de cea de-a 65-a Adunare Generala a

Asociatiei Medicale Mondiale, Durban, Africa de Sud, 2014 si de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017, Recomandari)

Art. 225

Din cauza apariției pe scară largă a deficienței / insuficienței de vitamina D, este de dorit să se concentreze atenția asupra acțiunilor preventive adecvate la populațiile cu risc. Determinarea nivelului de vitamina D necesită doar un test de sânge, iar suplimentarea orală este o metodă simplă de tratament. Expunerea la soare nu este recomandată în general, deoarece poate crește riscul de cancer de piele.

Asociația Medicală Mondială recomandă asociațiilor medicale naționale:

• Sa sprijine continuării cercetărilor în vitamina D și metaboliții acesteia

• Sa educe medicii despre știința în evoluție a vitaminei D și impactul acesteia asupra sănătății (documente, broșuri, afișe)

• Sa incurajeze medicii să ia în considerare măsurarea concentrațiilor serice de 25 hidroxivitamină D la pacienții cu risc de deficiență de vitamina D

• Sa monitorizeze implementarea recomandărilor dietetice pentru vitamina D.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind insuficienta de vitamina D, adoptat de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia Octombrie 2015, Recomandari)

Art. 226

Asociatia Medicala Mondiala recomandă medicilor sa:

• Conduca dezvoltarea schimbărilor societale care accentuează mediile care susțin alegeri alimentare sănătoase și exerciții fizice sau activități fizice obișnuite pentru toți oamenii, cu un accent specific asupra copiilor;

• Individual și prin asociații medicale, își exprimă îngrijorarea că vizionarea excesivă a televiziunii și jocurile video sunt impedimente pentru activitatea fizică în rândul copiilor și adolescenților din multe țări;

• Încurajeze persoanele să ia alegeri sănătoase și îndrumați părinții în a-și ajuta copiii să facă acest lucru;

• Recunoasca rolul deciziei personale și influențele adverse exercitate de mediile actuale;

• Recunoasca că colectarea și evaluarea datelor poate contribui la gestionarea bazată pe dovezi și ar trebui să facă parte din screeningul și evaluarea medicală de rutină de-a lungul vieții;

• Încurajarea dezvoltării abilităților de viață care contribuie la un stil de viață sănătos la toate persoanele și la o mai bună cunoaștere a publicului despre alimentația sănătoasă, exercițiile fizice și pericolele fumatului și consumului excesiv de alcool;

• Consilieze pentru ca profesioniștii instruiți în mod corespunzător să fie plasați în unitățile de învățământ, evidențiind importanța educației asupra stilurilor de viață sănătoase de la o vârstă fragedă;

• Contribuie la dezvoltarea de instrumente și baze de date mai bune de evaluare pentru a permite intervenții mai bine direcționate și evaluate;

• Sa se asigure că obezitatea, cauzele și managementul acesteia rămân parte a programelor de dezvoltare profesională continuă pentru lucrătorii din domeniul sănătății, inclusiv medicii;

• Utilizați farmacoterapia și chirurgia bariatrică în concordanță cu ghidurile bazate pe dovezi și o evaluare a riscurilor și beneficiilor asociate cu astfel de terapii.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind rolul medicilor in obezitate, adoptat de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si revizuita de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

Art. 227

Preambul

1. Gravitatea bolilor și a vătămărilor asociate cu consumul de alcool este o provocare critică pentru sănătatea publică și dezvoltarea globală din întreaga lume. Asociația Medicală Mondială oferă această declarație privind alcoolul ca fiind angajamentul său de a reduce consumul excesiv de alcool și ca mijloc de susținere a membrilor săi în promulgarea politicilor de reducere a nocivelor și a altor măsuri.

2. Există probleme semnificative de sănătate, sociale și economice asociate cu consumul excesiv de alcool. În general, există relații de cauzalitate între consumul de alcool și peste 200 de tipuri de boli și afectiuni, inclusiv fatalitatea din traficului. Utilizarea nocivă a alcoolului ucide aproximativ 3,3 milioane de oameni în fiecare an (5,9% din totalul deceselor din întreaga lume) și este al treilea factor de risc principal pentru sănătatea precară la nivel global, reprezentând 5,1% din anii de viață sociati cu handicap. Dincolo de numeroasele efecte cronice și acute asupra sănătății, consumul de alcool este asociat cu consecințe sociale, mentale și emoționale răspândite. Problema are o amploare deosebită în rândul tinerilor și adolescenților care încep să consume alcool la vârste mai fragede, iar riscul pentru sănătatea lor fizică, mentală și socială este ingrijoratoare.

3. Deși consumul de alcool este adânc înrădăcinat în multe societăți, alcoolul nu poate fi considerat o băutură obișnuită sau o marfă de consum. Este o substanță care provoacă vătămări medicale, psihologice și sociale extinse prin toxicitate fizică, intoxicație și dependență.
Există dovezi crescânde că vulnerabilitatea genetică la dependența de alcool este un factor de risc pentru unii indivizi. Sindromul alcoolului fetal și efectele alcoolului fetal, cauze prevenibile ale dizabilității intelectuale, rezultă din consumul de alcool în timpul sarcinii.

Adolescența este o etapă de vulnerabilitate semnificativă, deoarece dezvoltarea neurologică nu este completă, iar alcoolul are un impact negativ asupra acesteia. Dovezile științifice în creștere au demonstrat efectele nocive ale consumului înainte de vârsta adultă asupra creierului, funcționării mentale, cognitive și sociale a tineretului și probabilitatea crescută de dependență de alcool la adulți și probleme legate de alcool în rândul celor care beau înainte de maturitatea fiziologică deplină. Consumul regulat de alcool și consumul de alcool la adolescenți pot afecta negativ performanțele școlare, pot spori participarea la infracțiuni și pot afecta performanțele și comportamentul sexual.

4. Politicile și măsurile eficiente de reducere a efectelor nocive vor include măsuri legale și de reglementare care vizează consumul total de alcool în populație, precum și intervenții în domeniul sănătății și politicii sociale care vizează în mod specific consumatorii de risc ridicat, grupurile vulnerabile și daunele pentru persoanele afectate de acei care consumă alcool, de ex violență domestică.

La elaborarea politicilor, trebuie să se țină cont de faptul că majoritatea problemelor legate de alcool într-o populație sunt asociate cu băuturile dăunătoare sau periculoase de către consumatorii non-dependenți „sociali”, în special atunci când sunt intoxicați. Aceasta este în special o problemă a tinerilor din multe regiuni ale lumii care beau cu intenția de a se intoxica.

5. Există multe politici și programe de prevenire a alcoolului bazate pe dovezi, care sunt eficiente în reducerea problemelor de sănătate, siguranță și socioeconomice, atribuite utilizării nocive a alcoolului. Activitățile de sustinere și parteneriatele internaționale pentru sănătate publică sunt necesare pentru a consolida și a sprijini capacitatea guvernelor și a societății civile din întreaga lume de a se angaja și de a continua, reducerea consumului nociv al alcoolului prin intervenții eficiente, inclusiv acțiuni asupra determinanților sociali ai sănătății.

Profesioniștii din domeniul sănătății, în general, și medicii, în special, au un rol important în prevenirea, tratarea și atenuarea daunelor provocate de alcool și în utilizarea intervențiilor terapeutice eficiente și de preventie.

Asociația Medicală Mondială încurajează și susține dezvoltarea și punerea în aplicare a politicilor naționale privind alcoolul bazat pe dovezi, prin promovarea și facilitarea parteneriatelor, schimbului de informații și consolidarea capacității politicii de sănătate.

Obiective politice

În elaborarea politicilor privind alcoolul, Asociatia Medicala Mondiala recomandă următoarele obiective ample:

6. Consolidarea sistemelor de sănătate pentru a identifica și îmbunătăți capacitatea unei țări de a dezvolta politici și de a conduce acțiuni care vizează consumul excesiv de alcool

7. Promovarea dezvoltării și evaluării în toate țările a strategiilor naționale privind alcoolul, care sunt cuprinzătoare, bazate pe dovezi și care includ măsuri pentru abordarea furnizării, distribuției, vânzării, publicității, sponsorizării și promovării alcoolului. Trebuie promovate îndeosebi politicile „eficiente din punct de vedere al costurilor” ale Organizatiei Mondiale a Sanatatii, cum ar fi:

(i) creșterea impozitelor pe băuturile alcoolice,
(ii) reglementarea disponibilității băuturilor alcoolice,
(iii) restricționarea comercializării băuturilor alcoolice și
(iv) contramăsuri pentru consumul de băuturi .

Strategiile trebuie revizuite și actualizate de rutină.

8. Prin departamentele de sănătate guvernamentale, trebuie masurata cu exactitate afectarea sanatatii asociată cu consumul de alcool, prin colectarea de date despre vânzări, date epidemiologice și cifre de consum pe cap de locuitor.

9. Sprijinirea și promovarea rolului profesioniștilor din domeniul sănătății și medical în identificarea precoce, screeningul și tratamentul consumului nociv de alcool.

10. Eliminați miturile și disputați strategiile de control al alcoolului care nu sunt bazate pe dovezi.

11. Reduceți impactul consumului nociv de alcool la populațiile cu risc.

12. Sprijinirea colaborării multidisciplinare și a acțiunii intersectoriale coordonate.

13. Creșterea gradului de conștientizare a daunelor provocate de alcool prin campanii de educație publică și informare

14. Promovarea factorilor determinanți sociali ai abordării sănătății în combaterea consumului nociv de alcool.

Recomandari

Următoarele priorități sunt sugerate membrilor Asociatiei Medicale Mondiale, Asociațiilor Medicale Naționale și guvernelor atunci când elaborează răspunsuri legislative și politice integrate și cuprinzătoare.

15. Reglementati accesibilitatea și disponibilitatea

15.1 Politici de prețuri

Dovezile obținute din cercetări epidemiologice și alte demonstrează o legătură clară între prețul alcoolului și nivelurile de consum, în special în rândul băuturilor tinere și al consumatorilor mari de alcool. Prin urmare, este necesară o acțiune pentru creșterea prețurilor alcoolului, prin impozitarea volumetrică a produselor pe baza concentrației alcoolice a acestora, precum și a altor mecanisme de prețuri dovedite, pentru a reduce consumul de alcool, în special la consumatorii de băuturi grele și grupurile cu risc ridicat.

Stabilirea unui preț unitar minim la un nivel care va reduce consumul de alcool este o măsură puternică de sănătate publică, care va reduce atât consumul mediu de alcool în întreaga populație și va fi în special eficient în cazul consumatorilor mari de băuturi și a tinerilor.

15.2 Accesibilitate și disponibilitate

Reglați accesul și disponibilitatea alcoolului, limitând orele și zilele de vânzare, numărul și locația magazinelor de alcool și a spațiilor licențiate și impunerea unei vârste minime legale de băut. Guvernele ar trebui să impoziteze și să controleze producția și consumul de alcool, cu licențe care accentuează sănătatea și siguranța publică și împuternicesc autoritățile de autorizare să controleze disponibilitatea totală a alcoolului în jurisdicțiile lor.

De asemenea, guvernele ar trebui să controleze importul și vânzarea alcoolului ilegal peste granițe.

Autoritățile publice trebuie să consolideze interdicția de a vinde către și de către minori și trebuie să solicite în mod sistematic dovada vârstei înainte ca alcoolul să poată fi achiziționat în magazine sau baruri.

16. Reglementarea alcoolului necomercial

Producția și consumul de forme necomerciale de alcool, cum ar fi prepararea in gospodarie, distilarea ilicită și alcoolul de provenienta ilegală pentru a evita impozitele, ar trebui să fie reduse utilizând mecanisme de impozitare și prețuri adecvate.

17. Reglementarea comercializării alcoolului

Comercializarea alcoolului trebuie să fie restricționată pentru a preveni consumul timpuriu a băuturilor de către tineri și pentru a reduce consumul de alcool. Măsurile de reglementare variază de la interdicțiile en-gros și restricțiile la măsurile care promovează consumul excesiv, la restricțiile privind plasarea și conținutul publicității și sponsorizării alcoolice care sunt atractive pentru tineri. Există dovezi că autoreglarea industriei și codurile voluntare sunt ineficiente pentru protejarea populațiilor vulnerabile de expunerea la comercializarea și promovarea alcoolului.

Creșterea gradului de conștientizare a publicului cu privire la consumul nociv de alcool prin etichetarea obligatorie a produsului care menționează clar conținutul de alcool în unități, sfaturi privind nivelurile de băut recomandate și un avertisment de sănătate, susținut de campanii de conștientizare a publicului.

Împreună cu alte măsuri, campaniile de marketing social ar trebui să fie implementate împreună cu mass-media pentru a educa publicul cu privire la consumul nociv de alcool, pentru a adopta conducere în timp ce politicile în stare de ebrietate și pentru a viza comportamentul unor populații specifice cu riscuri mari de daune.

18. Rolul sănătății și al serviciilor medicale în prevenire

Profesioniștii din domeniul sănătății, serviciile medicale și serviciile sociale ar trebui să beneficieze de pregătirea, resursele și sprijinul necesare pentru a preveni consumul nociv de alcoolul și pentru a trata persoanele cu dependență de alcool, inclusiv furnizarea de rutină a unor intervenții scurte care să motiveze consumatorii cu risc ridicat să își modereze consumul. Profesioniștii din domeniul sănătății joacă, de asemenea, un rol cheie în educație, sustinere și cercetare.

Serviciile de tratament și reabilitare specializate ar trebui să fie disponibile în timp util și accesibile pentru persoanele dependente de alcool și familiile lor.

Împreună cu societățile medicale naționale și locale, organizațiile medicale de specialitate, grupurile sociale, religioase și economice în cauză (inclusiv organisme guvernamentale, științifice, profesionale, neguvernamentale și voluntare, sectorul privat și societatea civilă), medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății și sociali pot lucra la:

18.1 Reducerea consumului nociv de alcool, în special în rândul tinerilor și femeilor însărcinate, la locul de muncă și la condus;

18.2 Crește probabilitatea ca toată lumea să fie liberă de presiuni pentru a consuma alcool și fără a avea efecte nocive și nesănătoase ale consumului de către alții;

18.3 Promovarea strategiilor de prevenire bazate pe dovezi în școli și comunități;

18.4 Asistență în informarea publicului despre vătămările provocate de alcool și în demistificarea mitului proprietăților sporite pentru sănătate.

Medicii au un rol important în facilitarea colectării datelor epidemiologice și ale serviciilor de sănătate cu privire la impactul alcoolului, în scopul prevenirii și promovării sănătății publice. Colectarea datelor trebuie să respecte confidențialitatea datelor privind sănătatea fiecărui pacient.

19. Conducerea în stare de ebrietate

Determinarile cheie ar trebui să fie implementate pentru conducerea în stare de ebrietate, care includ o concentrație legală maximă strictă de alcool în sânge pentru șoferii de cel mult 50 mg / 100 ml, susținută de campaniile de marketing social și de puterea autorităților de a impune sancțiuni imediate.

Aceste măsuri ar trebui să includă, de asemenea, aplicarea activă a măsurilor de siguranță în trafic, testarea respirației aleatorii și intervenții legale și medicale pentru șoferii intoxicați repetat.

20. Limitați rolul industriei alcoolului în elaborarea politicii alcoolice

Prioritățile comerciale ale industriei alcoolice sunt în conflict direct cu obiectivul de sănătate publică de a reduce consumul global de alcool. Pe plan internațional, industria alcoolului este frecvent inclusă în elaborarea politicii privind alcoolul de către autoritățile naționale, dar industria este adesea activă în opunerea și slăbirea politicilor eficiente privind alcoolul. Strategiile de control al alcoolului ineficiente și care nu sunt bazate pe dovezi promovate de industria alcoolului și organizațiile sociale pe care le sponsorizează industria ar trebui să fie combătute. Rolul industriei alcoolice în reducerea daunelor cauzate de alcool ar trebui să se limiteze la rolurile lor de

producători, distribuitori și comercianți de alcool și să nu includă dezvoltarea politicii privind alcoolul sau promovarea sănătății.

21. Convenția privind controlul alcoolului

Promovează considerarea unei convenții-cadru privind controlul alcoolului similar cu cea a Convenției-cadru a Organizatiei Mondiale a Sanatatii pentru controlul tutunului.

22. Exclude alcoolul din acordurile comerciale

În plus, pentru a proteja măsurile actuale și viitoare de combatere a alcoolemiei, pledați pentru ca alcoolul să fie clasificat ca marfă extra-obișnuită și ca măsurile care afectează furnizarea, distribuirea, vânzarea, publicitatea, sponsorizarea, promovarea sau investiția în băuturi alcoolice să fie excluse din acorduri comerciale internaționale.

23. Acțiune împotriva mesajelor media pozitive

Este important să acționăm asupra impactului mesajelor media asupra credințelor, intențiilor, atitudinilor și normelor sociale. Campaniile media bine proiectate pot avea efecte directe asupra comportamentului. De asemenea, mass-media influențează concepția socială a unei probleme și influențează indirect procesul decizional politic asupra măsurilor de intervenție asupra alcoolului.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind alcoolul, adoptata de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia , Octombrie 2015 si revizuita de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 228

Asociatia Medicala Mondiala recomandă următoarele priorități:

1. Reglementarea suportabilitatii, accesibilitatii și disponibilitatii alcoolului, în special prin politica riguroasă de stabilire a prețurilor și restricționarea comercializării alcoolului;

2. Sprijinirea și promovarea rolului profesioniștilor din domeniul sănătății și al personalului medical în identificarea timpurie, depistarea și tratarea consumului nociv de alcool;

3. Creșterea gradului de conștientizare a daunelor provocate de alcool prin campanii de educație publică și informare;

4. Promovarea colaborarii multidisciplinae și acțiunea intersectorială coordonată.

5. Limitarea rolului industriei alcoolice în dezvoltarea politicii alcoolice, deoarece prioritățile sale comerciale sunt în conflict direct cu obiectivul de sănătate publică de reducere a consumului global de alcool.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind alcoolul, drogurile si substante adictive, Geneva, Iulie 2017, Recomandari)

Art. 229

Introducere

Decesele și rănirile cauzate de accidentele rutiere și coliziunile reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. Raportul global 2015 privind Organizația Sănătății privind siguranța rutieră indică faptul că numărul total de decese traficate rutiere pe an a ajuns la 1,25 milioane în întreaga lume, cu cele mai mari rate de mortalitate rutieră în țările cu venituri mici.

Conducerea în timp ce se afla sub influența alcoolului a provocat un număr mare de decese și răniri cauzate de accidente rutiere. Prevalența consumului de băut și condusul este în creștere la nivel mondial în fiecare an.

O schimbare a comportamentului participanților la trafic în ceea ce privește consumul de alcool pare să fie cea mai promițătoare abordare pentru prevenirea deceselor și răniților in trafic.

Măsurile de interzicere a conducerii în timp ce sunt sub influența alcoolului vor conduce la o îmbunătățire considerabilă a siguranței rutiere și la o reducere apreciabilă a numărului de morți și răniți.

Consecintele bautului asupra sofatului

Conducerea unui vehicul presupune acceptarea unui anumit număr de riscuri. Șoferul atent va fi întotdeauna conștient de riscuri, se va asigura, de asemenea, că nivelul riscului nu va crește niciodată la un nivel inacceptabil. Alcoolul nu numai că afectează capacitatea de a conduce, dar modifică, de asemenea, evaluarea subiectivă a șoferului, astfel încât el sau ea conduc mai la risc.

Indiferent de cantitatea de alcool consumată, concentrația maximă de alcool în organism este atinsă:

- După o jumătate de oră când a fost luat pe stomacul gol;
- După o oră când s-a luat cu o masă.

Pe de altă parte, este nevoie de mult timp pentru a elimina alcoolul. Un individ în stare de sănătate bună elimină alcoolul într-un ritm care reduce concentrația de alcool în sânge cu 0,1 până la 0,15 gram / litru / oră. Astfel, capacitatea de conducere a consumatorului rămâne afectată cu mult timp după ce acesta sau ea au încetat să mai bea.

Abuzul de alcool are consecințe neurologice și psihiatrice pe termen scurt și lung, care pot pune în pericol siguranța rutieră.

Anumite medicamente interacționează negativ cu alcoolul și, în special, anumite combinații sunt cunoscute pentru a reduce vigilența. Atunci când medicamentele, fie ele legale sau ilegale, sunt luate cu alcool, efectul acestora din urmă este intensificat. Acest amestec poate declanșa disfuncții mentale extrem de periculoase pentru participanții la trafic. Medicii trebuie educați și informați cu privire la aceste fapte farmacologice.

Recomandari

1. Asociatia Medicala Mondiala își reafirmă angajamentele de a lucra pentru reducerea consumului excesiv de alcool și pentru încurajarea politicilor de reducere a efectelor nocive și a altor măsuri (Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind alcoolul, octombrie 2015).

2. Medicii și asociațiile medicale naționale ar trebui să joace un rol activ în promovarea și susținerea dezvoltării politicilor guvernamentale bazate pe dovezi pentru reducerea consumului de alcool și conducere.

Intervenții de politică

3. În prezent, nivelurile permise de alcool din sânge în timpul conducerii variază de la o țară la alta. Chiar și cantități mici de alcool au un efect direct asupra creierului, cu tulburări notate la niveluri de până la 0,3 grame pe litru. Prin urmare, ar fi de dorit să scădem nivelul maxim admisibil de alcool din sânge la un nivel minim, dar nu peste 0,5 grame pe litru, ceea ce este suficient de scăzut pentru a permite șoferului mediu să își păstreze capacitatea de a evalua riscul.

4. Prevalența deosebit de ridicată în anumite țări de conducere în timp ce se află sub influența alcoolului poate justifica politici mai coercitive iar medicii și asociațiile medicale naționale ar trebui să joace un rol activ în sprijinirea acestora. De exemplu, șoferul poate fi declarat inapt pentru a conduce o perioadă suficientă de timp pentru a se asigura că acesta nu va mai fi o amenințare pentru siguranța rutieră în viitor.

5. Oficialii guvernamentali ar trebui să ia în considerare punerea în aplicare a restricțiilor privind vânzarea sau accesibilitatea alcoolului, poate prin intermediul impozitării, sistemelor de licențiere și / sau limitelor în zilele și orele de vânzare. De asemenea, ar trebui luate în considerare restricțiile privind promovarea băuturilor alcoolice, inclusiv publicitatea și sponsorizarea evenimentelor.

6. Ar trebui adoptată o vârstă legală minimă pentru cumpărarea și consumul de alcool în fiecare țară. Funcționarii guvernamentali ar trebui să ia în considerare punerea în aplicare a unei legi separate a conținutului de alcool în sânge mai mic sau zero pentru șoferii tineri.

7. Ar trebui să existe consecințe stricte asupra vânzării de băuturi alcoolice persoanelor sub vârsta de a cumpăra și consuma alcool. Aceste legi ar trebui aplicate în mod corespunzător.

8. Orice șofer care s-a aflat într-un accident rutier trebuie să fie supus unui test de concentrație de alcool în sânge sau unui test de respirație.

9. Practica testării aleatoare a șoferului pentru nivelul alcoolului respirator ar trebui să devină mai răspândită și ar trebui să fie cercetate în continuare alte modalități de testare a urinei, a respirației și a salivei pentru a identifica șoferii cu deficiențe și a preveni funcționarea ulterioară a autovehiculelor.

10. Dispozitivele care împiedică persoanele cu un nivel neautorizat de alcool din sânge să pornească motorul sau să funcționeze vehiculul ar trebui dezvoltate și experimentate.

Intervenții educaționale

12. Intervențiile educaționale ar trebui să promoveze moderația și responsabilitatea în consumul de alcool și să caute să reducă probabilitatea ca cineva să consume alcool și să conducă după aceea.

13. Informațiile transmise de medici și de alți profesioniști din domeniul sănătății ar trebui să vizeze toată lumea să conștientizeze pericolul conducerii sub influenta alcoolului. Atunci când medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății emit fisele medicale de condus, aceștia pot folosi această oportunitate pentru a educa participanții la trafic și pentru a transmite un mesaj de prevenire și responsabilitate personală.

14. În majoritatea țărilor, accidentele rutiere legate de consumul de alcool afectează adolescenții și adulții tineri într-un grad disproporționat de mare, și fiecare resursă disponibilă ar trebui mobilizată pentru a reduce consumul de alcool. Problema consumului de alcool la adolescenți și adulți tineri și relația lor cu siguranța rutieră trebuie abordate în programele școlare, astfel încât o atitudine responsabilă să devină normala.

Intervenții clinice și de reabilitare

15. Medicii ar trebui, de asemenea, să fie implicați în reducerea probabilității de a conduce o persoana care participa la detoxifiere și reabilitarea șoferilor în stare de ebrietate. Aceste inițiative ar trebui să se bazeze pe o analiză detaliată a problemei, deoarece aceasta se manifestă în cadrul fiecărei țări sau culturi. În general, însă, alcoolismul este o afecțiune medicală cu dificultăți concomitente psihologice sau sociale și interpersonale care afectează mediul familial, de muncă sau social.

16. Subiecților alcoolici ar trebui să li se ofere acces la servicii de reabilitare. Atunci când se constată că șoferii au alcool în exces în sânge (sau respirația lor), alti factori legati de cosumul

excesiv de alcool trebuiesc examinați și incluși într-un program de reabilitare. Aceste programe de reabilitare ar trebui să aiba finantare publica.

17. Accidentele rutiere legate de consumul de alcool pot fi considerate posibili predictori ai altor comportamente dependente și violente. Acest lucru trebuie luat în considerare în tratamentul medical al pacientului.

Intervenții comunitare

18. Strategiile ar trebui dezvoltate de către părțile interesate relevante pentru a asigura transportul sigur acasă în situațiile în care apare consumul de alcool.

19. Eliminarea alcoolului de la locul de muncă și în situațiile în care consumatorii trebuie să conducă ar trebui să fie un obiectiv al politicilor organizaționale. Promovarea băuturilor nealcoolice este un instrument important pentru facilitarea acestor politici.

(Statutul Asociatie Medicale Mondiale privind alcoolul si siguranta condusului, adoptat de cea de- 44-a Adunare Medicala Mondiala, Marbella, Spania, Septembrie 1992, revizuita de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016)

Art. 230

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă asociațiile medicale naționale și toți medicii să ia următoarele acțiuni pentru a contribui la reducerea pericolelor pentru sănătate legate de consumul de tutun:

1. Adoptați o poziție de politică care se opune fumatului și utilizării produselor din tutun și faceti publicitate politicii astfel adoptate.

2. Interziceti fumatul, inclusiv utilizarea tutunului fără fum, la toate reuniunile de afaceri, sociale, științifice și ceremoniale ale Asociației Naționale Medicale, în conformitate cu decizia Asociației Medicale Mondiale de a impune o interdicție similară la toate întâlnirile respective.

3. Dezvoltați, susțineți și participați la programe de educare a profesionistilor și a publicului cu privire la pericolele pentru sănătate ale consumului de tutun (inclusiv dependența) și expunerea la fumatul pasiv. Programele vizează convingerea și ajutorarea fumătorilor și a consumatorilor de tutun fără fum să înceteze utilizarea produselor și a programelor pentru tutun pentru nefumători și non-utilizatori de produse din tutun afumat, sunt ambele importante.

4. Încurajați medicii să aiba rol de model (prin faptul că nu utilizează produse din tutun) și purtători de cuvânt ai campaniei de educare a publicului despre efectele dăunătoare asupra sănătății ale consumului de tutun și despre beneficiile încetării consumului de tutun. Solicitați tuturor școlilor medicale, instituțiilor de cercetare biomedicală, spitalelor și altor unități de îngrijire a sănătății să interzică fumatul, utilizarea tutunului fără fum în sediul lor.

5. Introduceți sau consolidați programe educaționale pentru studenții medicinisti și medici pentru a-i pregăti pentru a identifica și trata dependența de tutun la pacienții lor.

6. Susține accesul pe scară largă la tratamentul bazat pe dovezi pentru dependența de tutun - inclusiv consiliere și farmacoterapie - prin întâlniri individuale ale pacienților, clase de încetare, linii telefonice de încetare, servicii de renunțare prin internet și alte mijloace adecvate.

7. Dezvoltați sau avizați un ghid de practică clinică privind tratamentul consumului și dependenței de tutun.

8. Alăturați-vă Asociatiei Medicale Mondiale în a îndemna Organizația Mondială a Sănătății să adauge medicamente pentru încetarea tutunului, cu eficacitate consacrată, în Lista de Model a Medicamentelor Esențiale a Organizatiei Mondiale a Sanatatii.

9. Abține-te de la a accepta orice finanțare sau materiale educaționale din industria tutunului și de a îndemna școlile medicale, instituțiile de cercetare și cercetătorii individuali să facă același lucru, pentru a evita acordarea unei credibilități industriei respective.

10. Îndeamnă guvernele naționale să ratifice și să pună în aplicare pe deplin Convenția-cadru privind controlul tutunului pentru a proteja sănătatea publică.

11. Vorbiti împotriva mutării concentrării în marketingul tutunului de la țările dezvoltate la cele mai puțin dezvoltate și îndemnați guvernele naționale să facă același lucru.

12. Susținerea adoptării și aplicării legilor care:

• prevad o reglementare cuprinzătoare a fabricării, vânzării, distribuției și promovării tutunului și produselor derivate din tutun, inclusiv dispozițiile specifice enumerate mai jos.

• solicită să fie tipărite avertismente scrise și pictoriale despre pericolele pentru sănătate pe toate ambalajele în care se vând produse din tutun și în toate materialele publicitare și promoționale pentru produsele din tutun. Aceste avertismente ar trebui să fie proeminente și ar trebui să îi faca pe cei interesati sa renunte sa se adreseze la linii telefonice de încetare disponibile, site-uri web sau alte surse de asistență.

• interzic fumatul în toate locurile publice închise (inclusiv în centrele de sănătate, în școli și în instituțiile de învățământ), la locurile de muncă (inclusiv restaurante, baruri și cluburi de noapte) și în transportul public. Centrele de tratament pentru sănătatea mintală și dependența chimică ar trebui să fie, de asemenea, fără fumat. Fumatul în închisori nu trebuie permis.

• interzic publicitatea și promovarea tutunului și a produselor derivate din tutun.

• încuraja dezvoltarea legislației privind ambalarea simplă care interzice vânzarea, distribuirea și accesibilitatea țigărilor și a altor produse din tutun pentru copii și adolescenți. Interziceti producerea, distributia si vanzarea produselor dulciuri care infatiseaza sau seamana cu produse din tutun.

•interzic fumatul pe toate zborurile comerciale ale companiilor aeriene din frontierele naționale și pe toate zborurile aeriene comerciale internaționale și interzice vânzarea de tutun fără taxe pe aeroporturi și în toate celelalte locații.

• interzic toate subvențiile guvernamentale pentru tutun și produse derivate din tutun.

• asigură cercetări privind prevalența consumului de tutun și efectele produselor din tutun asupra stării de sănătate a populației.

• interzic promovarea, distribuirea și vânzarea oricăror forme noi de produse din tutun care nu sunt disponibile în prezent.

• cresc impozitarea produselor din tutun, folosind veniturile aduse pentru programele de prevenire, programele și serviciile de încetare bazate pe dovezi și alte măsuri de îngrijire a sănătății.

• reduc sau elimina comerțul ilegal cu produse din tutun și vânzarea produselor din tutun de contrabandă.

• ajuta fermierii de tutun să treacă la culturi alternative.

• îndeamnă guvernele să excludă produsele din tutun din acordurile comerciale internaționale.

13. Recunoaște că consumul de tutun poate duce la boli pediatrice din cauza răului cauzat copiilor cauzat de consumul de tutun și de expunerea la fumat pasiv, relația consumului de tutun de către copii și expunerea la consumul de tutun și existența unor intervenții eficiente de reduce a consumului de tutun. Medicii trebuie să depună eforturi speciale pentru:

• asigurarea de medii fără tutun pentru copii

• vizarea părinților care fumează pentru programe de încetare a tutunului

• promovarea programelor care contribuie la prevenirea și scăderea consumului de tutun de către tineri

• controlul accesului și comercializării produselor din tutun și

• fac din cercetarea pediatrică a controlulului tutunului o prioritate ridicată

14. Refuză să investești în companii sau firme care produc sau promovează utilizarea sau vânzarea tutunului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind pericolele tutunului asupra sanatatii si a produselor bazate pe tutun, Adoptata de cea de-a 40-a Adunare Medicala Mondiala, Viena, Austria, Septembrie 1988 si amendata de cea de-a 49-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Hamburg, Germania, Noiembrie 1997 si de cea de-a 58-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Copenhaga, Danemarca, Octombrie 2007 si de cea de-a 62-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguay, Octombrie 2011, Recomandari)

Art. 231

Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că:

Țigările reprezinta o amenințare serioasă pentru viața și sănătatea persoanelor care le folosesc și un cost considerabil pentru serviciile de îngrijire a sănătății din fiecare țară;

Cei care fumează predominant încep să facă acest lucru în timp ce sunt adolescenții;

Există o legătură dovedită între recunoașterea mărcii și probabilitatea de a începe să fumeze;

Recunoașterea mărcii este puternic legată de ambalarea țigărilor;

Ambalarea simplă reduce impactul branding-ului, promovării și comercializării țigărilor.

Asociatia Medicala Mondiala încurajează guvernele naționale să sprijine demersurile pentru introducerea ambalajelor simple de țigări, inițiat de către guvernul federal al Australiei, pentru a rupe ciclul de recunoaștere / fumat al mărcii și felicită adoptarea acestei politici altor guverne naționale și deplânge mișcările legale luate de către industria tutunului pentru a se opune acestei politici.

(Rezolututia Asociatiei Medicale Mondiale privind impachetarea simpla a tigarilor, adoptata de cea de-a 63-a Adunare Generala Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Tailanda, Octombrie 2012)

Art. 232

Fabricarea și vânzarea de țigări electronice și alte sisteme electronice de livrare a nicotinei sunt supuse aprobării prealabile a organismelor naționale de reglementare bazate pe testare și cercetare, fie ca o nouă formă de produs din tutun, fie ca dispozitiv de livrare a medicamentelor.

Comercializarea țigărilor electronice și a altor sisteme electronice de livrare a nicotinei ca metodă valabilă pentru renunțarea la fumat trebuie să se bazeze pe dovezi și trebuie să fie aprobată de organisme de reglementare corespunzătoare pe baza datelor de siguranță și eficacitate.

Tigările electronice și alte sisteme electronice de livrare a nicotinei să fie incluse în afara legilor fumatului.

Medicii ar trebui să-și informeze pacienții despre riscurile folosirii țigaretelor electronice, chiar dacă autoritățile de reglementare nu au luat o poziție cu privire la eficacitatea și siguranța acestor produse.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind tigarile electonice si alte sisteme electronice cu nicotina, adoptat de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Thailanda, Octombrie 2012, Recomandari)

Art. 233

Asociația Medicală Mondială:

1. Recunoaște rolul esențial al profesioniștilor din domeniul sănătății în controlul tutunului și îndeamnă Asociațiile Medicale Naționale să folosească Ziua Mondială fără tutun în fiecare an pentru a pleda pentru măsurile de control al tutunului;

2. Recunoaște importanța convenției cadru OMS pentru controlul tutunului ca mecanism de protecție a persoanelor la expunerea și dependența de tutun;

3. Incurajează statele membre la convenție să recunoască (ratifice, aprobe, accepte, confirme sau să adere) protocolul pentru eliminarea comerțului cu produse din tutun;

4. Incurajează Asociațiile Medicale Naționale să lucreze în mod asidu și energic pentru a-și determina guvernele să pună în aplicare măsurile prevăzute în conventia cadru;

5. Indeamnă guvernele să introducă reglementări și alte măsuri, astfel cum sunt descrise în conventia cadru. De asemenea, guvernele ar trebui să interzică fumatul în locuri publice și locuri de muncă ca o intervenție urgentă de sănătate publică.

De asemenea, guvernele ar trebui să ia în considerare măsuri suplimentare, în special acele măsuri de combatere a tutunului care s-au dovedit a avea succes în alte țări;

6. Incurajează ferm guvernele să stabilească o metodă distinctă pentru a asigura finanțarea adecvată pentru controlul și cercetarea tutunului;

7. Indeamnă guvernele să promoveze accesul gata la consiliere și servicii de renunțare la fumat tuturor fumătorilor, inclusiv copiilor;

8. Recunoaște rolul vital al profesioniștilor din domeniul sănătății în educația pentru sănătatea publică și în promovarea renunțării la fumat;

9. Urmează îndeaproape tactica industriei tutunului pentru a preveni indivizii și comunitățile de orice amenințare;

10. Contribuie la îmbunătățirea și actualizarea reglementărilor internaționale privind controlul tutunului, după caz.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind implementarea conventiei cadru a Organizatiei Medicale Mondial privind controlul tutunului, adoptat de cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2005 si revizuita de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Tawan, Octombrie 2016)

Art. 234

Asociația Medicală Mondială (WMA) și membrii componenți ai acesteia ar trebui sa:

• solicite guvernelor naționale să reducă accesibilitatea zaharidelor și a băuturilor îndulcite prin zahăr prin impozitarea zahărului. Veniturile fiscale colectate ar trebui utilizate pentru promovarea sănătății și a programelor de prevenire a sănătății publice, care vizează reducerea obezității și bolilor bolnavilor de droguri în țările lor;

• încurajeze producătorii de produse alimentare să eticheteze în mod clar zahărul, dacă există, în produsele lor și sa îndeamne guvernele să mandateze o asemenea etichetare;

• îndeamne guvernele să reglementeze strict publicitatea alimentelor care contin zaharuri și băuturilor vizate în special copiilor;

• îndeamne guvernele naționale să restricționeze disponibilitatea băuturilor și produselor îndulcite cu zahăr care sunt puternic concentrate cu zaharide de la instituțiile de învățământ și de sănătate și să le înlocuiască cu alternative mai sănătoase.

Membrii componenți ai Asociatiei Medicale Mondiale și membrii lor medici ar trebui să colaboreze cu părțile naționale interesate pentru ca sa:

• pledeaze pentru alimente sănătoase și durabile, cu un aport limitat de zahăr, care este mai mic de 5% din consumul total de energie;

• încurajeze educația nutrițională și programele de abilități pentru pregătirea mâncărurilor sănătoase din alimente fără zahăr adăugat;

• inițiaze și / sau susțina campanii axate pe diete sănătoase pentru a reduce aportul de zaharuri;

• pledeze pentru o abordare intersectorială, multidisciplinară și cuprinzătoare pentru reducerea aportului zaharuri.

(Statutul Asociatie Medicale Mondiale privind consumul fara zahar si a bauturilor incarcate cu zahar, Adoptata in cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019, Recomandari)

Art. 235

1. Asociatia Medicala Mondiala și membrii săi constitutivi ar trebui sa:

a. Îndemne guvernele să recunoască faptul că un consum ridicat de sare este o problemă gravă de sănătate publică și să acorde prioritate prevenirii ca o abordare echitabilă, eficientă din punct de vedere al costurilor și care să salveze viața la nivelul întregii populații pentru a vedea ca aportul ridicat de sodiu este strict corelat cu bolilor cardiovasculare.

b. Lucreze în cooperare cu organizațiile naționale și internaționale de sănătate pentru a educa consumatorii încă din copilărie despre efectele aportului excesiv de sodiu asupra hipertensiunii și bolilor cardiovasculare, beneficiile reducerilor pe termen lung ale aportului de sodiu și despre sursele alimentare de sare/sodiu și cum acestea poate fi redus.

c. Îndeamne guvernele și alte părți interesate să lucreze împreună pentru a atinge țintele stabilite în Planul global de acțiune pentru prevenirea și controlul bolilor necontagioase 2013-2020.

d. Recunoasca rolul critic al industriei de prelucrare a produselor alimentare și a serviciilor alimentare în reducerea sodiului alimentar și susținerea eforturile de reglementare care implică ținte obligatorii în procesarea alimentelor, conținutul de sodiu al produselor alimentare și etichetarea clară. Eforturile de reformulare a alimentelor trebuie să vizeze produsele alimentare care sunt consumate cel mai frecvent în populație.

2. Membrii constituenți ai Asociatiei Medicale Mondiale ar trebui sa:

a. Încurajeaze guvernele lor să aplice strict legile care reglementează conținutul de sodiu în alimentele procesate.

b. Aiba o abordare implicand mai multe parti interesate în eforturile de reducere a consumului de sodiu excesiv a populației, inclusiv promovarea activă a conștientizării medicului cu privire la efectele excesive de sodiu alimentar.

c. Recunoasca că programele de reducere a sodiului și iodării sării trebuie să fie compatibile și să sprijine strategiile de reducere a sodiului si sa nu compromita conținutul dietetic de iod sau să crească sau să agraveze tulburările de deficiență de iod, în special acolo unde sunt venituri mici.

d. Contribuie la sensibilizarea publicului cu privire la consecințele potențiale ale nivelului scăzut de iod ca urmare a aportului limitat de sare iodată.

e. Încurajează-i membrii să contribuie la cercetarea științifică privind strategiile de reducere a sodiului.

f. Încurajarea inițierii etichetării produselor alimentare, a campaniilor media și a politicilor la nivelul întregii populații, cum ar fi reformularea obligatorie pentru a obține reduceri mai mari ale consumului de sare la nivelul întregii populații decât intervențiile individuale.

3. Medicii ar trebui sa:

Consilieze pacienții despre sursele majore de sodiu din alimentele lor și cum să reduceți aportul de sodiu, inclusiv reducerea cantității de sare folosită la gătitul acasă, utilizarea înlocuitorilor de sare și abordarea tuturor practicilor și credințelor locale relevante care contribuie la aportul ridicat de sodiu.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind reducerea consumului de sodiu din alimentatie, Adoptata de ce de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Seul, Korea, Octombrie 2008 si revizuita de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019 - Recomandari)

Art. 236

1. Asociația Medicală Mondială recomandă guvernelor naționale:

• Recunoașteți hipertensiunea ca fiind cel mai important factor de risc pentru bolile cardiovasculare și deces.

• Declarați controlul hipertensiunii ca prioritate națională de sănătate.

• Sprijinirea campaniilor de sensibilizare a publicului cu privire la hipertensiune, inclusiv recunoașterea naturii sale răspândite și asimptomatice și a riscului de a contribui la dezvoltarea altor boli grave.

• Utilizați resurse adecvate pentru a îmbunătăți conștientizarea, diagnosticarea, măsurarea și gestionarea hipertensiunii.

• Elaborați strategii specifice fiecărei țări care abordează factorii de risc pentru hipertensiune și susțin îmbunătățirea conștientizării, diagnosticului, măsurării și gestionării.

• Promovarea recomandărilor adoptate de Asociatia Medicala Mondiala, așa cum se menționează în Declarația privind reducerea aportului de sodiu dietetic.

2. Asociația Medicală Mondială recomandă membrilor săi constituanți:

• Sfatuiti la nivel internațional, național și local pentru a promova conștientizarea hipertensiunii, stiluri de viață sănătoase și accesul pacienților la diagnosticul și tratamentul hipertensiunii, inclusiv medicamente. Aceasta include susținerea conceptului că factorii determinanți sociali ai sănătății fac parte din prevenirea bolilor de hipertensiune.

• Recunoașteți și susțineți orientările și strategiile naționale pentru măsurarea corectă a tensiunii arteriale.

• Sprijiniți schimbul de cercetare, informații, instrumente și alte resurse privind hipertensiunea arterială între echipele de asistență medicală și pacienți.

• Sprijiniti dezvoltarea programelor medicale care să răspundă nevoilor societății de hipertensiune, concentrându-se pe formarea în îngrijire primară bazată pe comunitate și abilități de măsurare și gestionare a tensiunii arteriale.

• Promovați cercetarea cauzelor, mecanismelor și tratamentelor eficiente ale hipertensiunii.

• Pledați pentru disponibilitatea susținută a medicamentelor antihipertensive.

3. Asociația Medicală Mondială recomandă medicilor:

• Subliniați factorii de risc pentru hipertensiune și modalitățile de atenuare a acestora, acordând o atenție specială prevenirii și tratamentului la populațiile cu risc ridicat.

• Accentuați îngrijirea bazată pe echipă pentru a ajuta la prevenirea și, acolo unde a fost diagnosticată de un medic, pentru tratarea hipertensiunii.

• Implementați cele mai bune practici și tehnici de măsurare a TA, inclusiv instruirea și recalificarea tuturor membrilor echipei de asistență medicală.

• Promovati respectarea tratamentului hipertensiunii pacientului facilitând autogestionarea continuă a tensiunii arteriale a pacientului și implicarea în îngrijirea pacientului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind hipertensiunea si bolile cardiovasculare, Adoptat de cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie 2020, Recomandari)

Art. 237

Recomandari :

Pentru guvernele mondiale:

1. Sprijinirea strategiilor globale de imunizare;
2. Sprijinirea strategiilor globale de combatere a tutunului și a alcoolului;
3. Promovarea unui trai sănătos și implementarea unor politici care să sprijine comportamentele de prevenire și stil de viață sănătos;
4. Rezervarea unui procent fix din bugetul național pentru dezvoltarea infrastructurii de sănătate și promovarea stilurilor de viață sănătoase.
5. Promovarea politicii comerciale care protejează sănătatea publică;
6. Promovarea cercetării pentru prevenirea și tratamentul bolilor cronice;
7. Dezvolta strategii globale pentru prevenirea obezității.

Pentru asociațiile medicale naționale:

1. Să lucreze pentru a crea comunități care să promoveze stiluri de viață sănătoase și comportamente de prevenire și să crească conștientizarea medicului despre comportamentele optime de prevenire a bolilor;
2. Oferirea pacienților renunțarea la fumat, strategii de control al greutății, consiliere privind consumul de substanțe, educație și sprijin de autogestionare și consiliere nutrițională;
3. Să promoveze o abordare bazată pe echipă pentru gestionarea bolilor cronice;
4. Sa pledeze pentru integrarea strategiilor de prevenire și control a bolilor cronice în politicile guvernamentale;
5. Să investească în formare de înaltă calitate pentru mai mulți medici de asistență primară și o distribuție echitabilă a acestora între populații;
6. Sa furnizeze resurse accesibile de înaltă calitate pentru continuarea educației medicale;
7. Sa sprijine stabilirea unor standarde de îngrijire pentru bolile cronice;

8. Sa instituie, sprijine și sa consolideze asociațiile profesionale pentru medicii de asistență primară

9. Să promoveze educația medicală care să răspundă nevoilor societății;

10. Să promoveze un mediu de sprijin pentru continuitatea îngrijirii bolilor cronice, inclusiv educația pacienților și autogestionarea;

11. Sa pledeze pentru politici și reglementări pentru reducerea factorilor care promovează bolile cronice, cum ar fi renunțarea la fumat și controlul tensiunii arteriale;

12. Sa sustina sprijinirea unei infrastructuri puternice de sănătate publică;

13. Sa sustina conceptul potrivit căruia factorii determinanți sociali fac parte din prevenirea și îngrijirea sănătății.

Pentru școlile medicale:

1. Dezvoltarea obiectivelor curriculare care să satisfacă nevoile societății; de exemplu, responsabilitatea socială;

2. Să se concentreze pe oferirea de oportunități de formare în asistența primară care să evidențieze elementele de integrare și continuitate ale specialităților de îngrijire primară, inclusiv medicina de familie;

3. Să ofere localuri educaționale de asistență primară orientate către comunitate și bazate pe comunitate, astfel încât studenții să ia cunoștință de elementele de bază ale infrastructurii de îngrijire cronică și a furnizării de asistență continuă;

4. Să creeze departamente de medicină de familie care să aibă o calitate academică egală în universitate;

5. Să promoveze utilizarea metodologiilor de instruire interdisciplinară și de colaborare în cadrul programelor de educație primară și continuă.

6. Sa includa instrucțiuni pentru prevenirea bolilor cronice în programa generală.

Pentru medici individuali:

1. Să lucreze pentru a crea comunități care să promoveze stiluri de viață sănătoase și comportamente de prevenire;

2. Sa ofere pacienților renunțarea la fumat, strategii de control al greutății, consiliere privind consumul de substanțe, educație și sprijin de autogestionare și consiliere nutrițională;

3. Să promoveze o abordare bazată pe echipă pentru gestionarea bolilor cronice;

4. Sa asigure continuitatea îngrijirii pacienților cu boli cronice;

5. Sa modeleze comportamentele de prevenire a pacienților prin menținerea sănătății personale;

6. Să devină adepți ai comunității pentru determinanții sociali pozitivi ai sănătății și pentru cele mai bune metode de prevenire;

7. Sa lucreaze cu părinții și cu comunitatea pentru a se asigura că părinții au cele mai bune sfaturi pentru menținerea sănătății copiilor lor.

8. Medicii ar trebui să colaboreze cu asociațiile de pacienți în proiectarea și furnizarea educației pentru prevenire.

(Statutul Asocitiei Medicale Mondiale privind greutatea globala a bolilor cronice, adoptat de cea de-a 62-1 Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguay, Octombrie 2011, Recomandari)

1.1.3.9 Mediul de viata

Art. 238

1. În rolul lor de reprezentanți ai medicilor, asociațiile medicale sunt obligate să se confrunte cu aceste probleme de mediu. Aceștia au datoria să producă studii analitice care includ identificarea problemelor și reglementările internaționale actuale cu privire la problemele de mediu, precum și impactul acestora asupra domeniului sănătății.

2. Deoarece medicii operează în cadrul eticii și deontologiei medicale, reglementările de mediu susținute nu ar trebui să caute să limiteze autonomia individuală, ci să îmbogățească calitatea vieții pentru toți și să perpetueze formele de viață de pe planetă.

3. Prin urmare, Asociatia Medicala Mondiala ar trebui să acționeze ca o platformă internațională pentru cercetare, educație și sfatuire pentru a ajuta la susținerea în continuare a mediului și a potențialului său de a promova sănătatea.

4. Astfel, atunci când sunt identificate noi boli sau sindroame legate de mediu, Asociatia Medicala Mondiala ar trebui să contribuie la coordonarea discuțiilor științifice / medicale privind datele disponibile și implicațiile acestora asupra sănătății umane. Acesta ar trebui să favorizeze dezvoltarea gândirii consensuale în cadru medical și să ajute la stimularea măsurilor de prevenire, diagnosticarea exactă și tratamentul acestor tulburări emergente.

5. Prin urmare, Asociatia Medicala Mondiala ar trebui să ofere un cadru pentru coordonarea internațională a asociațiilor medicale, a ONG-urilor, a clinicilor de cercetare, a organizațiilor internaționale de sănătate, a factorilor de decizie și a furnizorilor de finanțare, în examinarea efectelor asupra sănătății umane ale problemelor de mediu, prevenirea acestora, remediere și tratament pentru persoane și comunități.

(Statut privind rolul medicului in probleme de mediu, adoptat de cea de-a 40-a Adunare Medicala Mondiala, Viena, Austria, Septembrie 1988, revizuit de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si reafirmat de cea de-a 203-a Sesiune de Consiliu a Adunarii Medicale Mondiale, Buenos Aires Argentina, Aprilie 2016, Recomandari)

Art. 239

Asociatia Medicala Mondiala propune următoarele recomandări membrilor săi și altor organizații conexe:

1. Îndeamnă să-i ceară membrilor săi să colaboreze cu organismele relevante din țările lor, pentru a sensibiliza cu privire la necesitatea unor sancțiuni și politici obligatorii din punct de vedere juridic la nivel național și internațional pentru poluatorii care amenință dreptul de a trăi pentru generațiile viitoare prin emiterea de gaze care sunt dovedite a provoca crize climatice și poluarea aerului, solului și apei.

2. Îndeamnă toate guvernele naționale, factorii de decizie politică, cercetătorii și profesioniștii din domeniul sănătății să se mobilizeze pentru a dezvolta și implementa politici cuprinzătoare pentru a lupta cu problemele datorate utilizării combustibililor fosili in industrie, precum și a persoanelor care duc la probleme precum aerul de criză climatică , poluarea apei și a solului.

3. Îndeamnă toți profesioniștii din domeniul medical, mass-media, instituțiile guvernamentale și neguvernamentale să denumească schimbările climatice drept „criză climatică” și cheamă liderii guvernelor naționale, de stat sau provinciale, regionale, orașe și locale să declare

o urgență climatică pentru a iniția o acțiune la nivelul întregii societăți. Mai mult, încurajați mass-media să promoveze conceptul și semnificația dreptului de a trăi pentru generațiile viitoare.

4. Actualizați curriculumul la școlile de medicină și adăugați secțiuni obligatorii privind sănătatea mediului, pentru a educa profesioniștii din domeniul sănătății care sunt capabili să gândească în mod critic despre impactul asupra sănătății al problemelor de mediu, sunt conștienți de motivele, impacturile / dimensiunile crizei climatice și sunt capabili să oferă soluții menite să protejeze drepturile și sănătatea generațiilor viitoare.

5. Pledați și organizați campanii interdisciplinare pentru a opri acordarea noilor permisiuni instalațiilor industriale care utilizează combustibili fosili care provoacă criză climatică și poluare.

6. Îndeamnă guvernele naționale și organismele internaționale precum OMS să adopte reglementări mai stricte privind protecția și evaluarea mediului, proceduri de autorizare, monitorizare și control ale noilor instalații industriale pentru a limita impactul asupra sănătății rezultat din emisiile acestora.

7. Pledați activ pentru politici care vor maximiza beneficiile pentru sănătate prin reducerea poluanților atmosferici (cum ar fi ozonul din sol și a particulelor etc.) și a emisiilor de carbon, creșterea mersului pe jos, mersul cu bicicleta și utilizarea transportului public și consumul de diete nutritive, bogate în plante, pentru a asigura justiția climatică. Îndemnați guvernele internaționale, naționale, de stat sau provinciale, regionale, orașe și locale să adopte și să pună în aplicare politici privind calitatea aerului și schimbările climatice care vor atinge valorile Ghidului OMS privind calitatea aerului ambiental.

8. Îndemnați guvernele naționale, de stat sau provinciale, regionale, orașe și locale prin campanii publice și de sustinere pentru a reduce subvențiile acordate industriilor de combustibili fosili și să direcționeze aceste subvenții pentru a sprijini tranziția, măsurile de eficiență energetică, resursele de energie verde și bunăstarea publică.

9. Îndeamnă guvernele și sectorul privat să investească în politici care să sprijine o tranziție justă pentru lucrători și comunități afectate negativ de trecerea la o economie cu emisii reduse de carbon și să construiască protecție socială prin investiții și tranziție către locuri de muncă ecologice.

10. Îndeamnă guvernele naționale, de stat sau provinciale, regionale, orașe și locale să acționeze asupra altor cauze ale crizei climatice, cum ar fi agricultura industrială, creșterea animalelor și defrișările, să promoveze comerțul legal și politicile de finanțare care prioritizează și permit practici agroecologice durabile, defrișări pentru extinderea agriculturii industriale și pentru a reduce dependența de agricultura industrială pe bază de animale și practicile agricole și de pescuit dăunătoare mediului.

11. Îndemnați guvernele naționale, de stat sau provinciale, regionale, orașe și locale să investească în capacitatea umană și în infrastructura de cunoaștere pentru a răspândi soluții agricole regenerative care pot produce schimbarea necesară oferind în același timp nenumărate cobeneficii fermierilor și consumatorilor, oferind o rețea globală de sprijin - la sol - pentru fermieri și captarea carbonului în sol. Accentuați construirea sistemelor alimentare locale rezistente și regenerabile care pot reduce emisiile de carbon, pot sprijini mijloacele de trai ale comunităților agricole și pot asigura securitatea alimentară pentru generațiile viitoare.

12. Îndeamnă guvernele naționale, împreună cu implicarea sectorului sănătății, să elaboreze planuri naționale de adaptare și să efectueze evaluări naționale ale impactului crizei climatice, vulnerabilității și adaptării la sănătate.

(Resolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind protejarea dreptului viitoarei generatii de a trai intr-un mediu sanatos, adoptata in cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie 2020 - Recomandari)

Art. 240

Preambul

1. Această declarație se concentrează pe un aspect important al degradării mediului, care este contaminarea mediului de către substanțele domestice și industriale. Acesta subliniază contribuția chimică dăunătoare la degradarea mediului și rolul medicilor în promovarea unei gestionări solide a substanțelor chimice ca parte a dezvoltării durabile, în special în mediul de sănătate.

2. Gestionarea nesigură a substanțelor chimice are impacte negative potențiale asupra sănătății omului și drepturilor omului, populațiile vulnerabile fiind cel mai expuse riscurilor.

3. Majoritatea substanțelor chimice la care sunt expuși oamenii provin din surse industriale și includ gaze toxice, aditivi alimentari, consumatori casnici și produse cosmetice, produse agrochimice și substanțe utilizate în scopuri terapeutice, precum medicamente și suplimente alimentare. Recent, atenția a fost concentrată asupra efectelor substanțelor chimice (sau sintetice) umane asupra mediului, incluzând anumite produse industriale sau agrochimice și asupra noilor modele de distribuție a substanțelor naturale datorate activității umane. Pe măsură ce numărul acestor compuși s-a înmulțit, guvernele și organizațiile internaționale au început să dezvolte o abordare mai cuprinzătoare a reglementării lor sigure. Cantitatea tot mai mare de deșeuri de plastic din mediul nostru este o altă îngrijorare serioasă, care trebuie abordată.

4. În timp ce guvernele au responsabilitatea principală de a stabili un cadru pentru a proteja sănătatea publicului împotriva pericolelor chimice, Asociația Medicală Mondială, în numele membrilor săi, subliniază necesitatea de a evidenția riscurile pentru sănătatea umană și de a face recomandări pentru acțiuni suplimentare.

Fundal

Produse chimice care ingrijoreaza

5. În ultima jumătate de secol, utilizarea pesticidelor și a îngrășămintelor chimice a dominat practicile agricole și industriile de fabricație și-au extins rapid utilizarea substanțelor chimice sintetice în producția de bunuri de larg consum și industriale.

6. Cea mai mare preocupare se referă la substanțele chimice, care persistă în mediul înconjurător, au rate scăzute de degradare, se bioacumulează în țesuturile umane și animale (se concentrează pe măsură ce se ridică în lanțul alimentar) și care au efecte nocive semnificative asupra sănătății umane și mediul (în special la concentrații scăzute).

Unele metale naturale care includ plumb, mercur și cadmiu au surse industriale și sunt, de asemenea, de îngrijorare. Avansările cercetării în domeniul sănătății mediului, inclusiv tehnicile de eșantionare și de măsurare a mediului și a oamenilor, precum și informații mai bune despre potențialul efectelor cu doze mici asupra sănătății umane au ajutat la sublinierea preocupărilor emergente.

7. Efectele asupra sănătății din emisiile chimice pot fi directe (apar ca efect imediat al emisiilor) sau indirecte. Efectele indirecte asupra sănătății sunt cauzate de efectele emisiilor asupra

apei, aerului și calității produselor alimentare, precum și de modificările sistemelor regionale și globale, cum ar fi valul roșu în multe oceane, și stratul de ozon și clima, la care emisiile pot contribui.

Acțiuni naționale și internaționale

8. Modelul de reglementare a substanțelor chimice variază foarte mult atât în interiorul țării, cât și între țări, de la controale voluntare la legislația reglementata. Este important ca toate țările să treacă la o abordare legislativă națională coerentă și standardizată a controlului reglementar. În plus, reglementările internaționale trebuie să fie coerente astfel încât țările în curs de dezvoltare să nu fie obligate de circumstanțe economice să accepte niveluri ridicate de expunere toxică.

9. Produsele chimice sintetice includ toate substanțele care sunt produse de sau rezultă din activități umane, inclusiv substanțe chimice industriale și de uz casnic, îngrășăminte, pesticide, substanțe chimice conținute în produse și în deșeuri, produse cu prescripție medicală și produse fără vânzare și suplimente alimentare produse neintenționate produse de procese industriale sau incinerare, cum ar fi dioxinele. Mai mult, nanomaterialele pot avea nevoie de reglementări explicite dincolo de cadrele existente.

Abordare strategică a managementului internațional al substanțelor chimice

10. Contaminarea mediului periculos la nivel mondial persistă în ciuda mai multor acorduri internaționale cu privire la substanțele chimice, ceea ce face o abordare mai cuprinzătoare a substanțelor chimice. Motivele pentru contaminarea continuă includ persistența companiilor, lipsa absolută de controale în unele țări, lipsa de conștientizare a pericolelor potențiale, incapacitatea de a aplica principiul precauției, nerespectarea diferitelor convenții și tratate și lipsa de voință politică. Abordarea strategică a managementului internațional al substanțelor chimice (SAICM) a fost adoptată la Dubai, pe 6 februarie 2006, de către delegații din peste 100 de guverne și reprezentanți ai societății civile. Acesta este un plan global de acțiune voluntar conceput pentru a asigura gestionarea solidă a substanțelor chimice pe parcursul ciclului lor de viață, astfel încât, până în 2020, substanțele chimice să fie utilizate și produse în moduri care să reducă la minimum efectele adverse semnificative asupra sănătății umane și a mediului. SAICM se adresează atât produselor chimice agricole, cât și industriale, acoperă toate etapele ciclului de viață chimic de fabricație, utilizare și eliminare și include substanțe chimice în produse și în deșeuri.

Deșeuri de plastic

11. Plasticul face parte din viață de mai bine de 100 de ani și este folosit în mod regulat într-o anumită formă de aproape toată lumea.

În timp ce se dezvoltă unele soiuri biodegradabile, majoritatea materialelor plastice se descompun foarte lent odată cu procesul de descompunere care durează sute de ani. Aceasta înseamnă că majoritatea materialelor plastice care au fost vreodată fabricate sunt încă pe Pământ, cu excepția cazului în care au fost arse, poluând astfel atmosfera cu fum otrăvitor.

12. Preocupările privind utilizarea plasticului includ acumularea deșeurilor în depozitele de deșeuri și în habitate naturale, terestre și marine, probleme fizice pentru viața sălbatică care rezultă din ingestie sau împletirea plasticului, scurgerea substanțelor chimice din produse plastice și potențialul transferului de substanțe chimice din materiale plastice la animale sălbatice și la oameni. Multe materiale plastice utilizate astăzi sunt materiale halogenate sau conțin alți aditivi folosiți în producție, care pot avea efecte nocive asupra sănătății (de exemplu, cancerigene sau care produc modificari endocrine).

13. Utilizarea noastră actuală de plastic nu este durabilă, acumulând deșeuri și, prin urmare, contribuie la degradarea mediului și la efecte potențial dăunătoare asupra sănătății. Prin urmare, este necesară o reglementare specifică pentru a combate distribuția dăunătoare a deșeurilor de plastic degradabile lent în mediu și incinerarea unor astfel de deșeuri care adesea creează produse secundare toxice.

Recomandari ale Asociatiei Medicale Mondiale

14. În ciuda inițiativelor naționale și internaționale, contaminarea chimică a mediului din cauza producției și utilizării inadecvate controlate continuă să exercite efecte dăunătoare asupra sănătății publice globale.

Dovada care leagă unele substanțe chimice cu unele probleme de sănătate este puternică, dar suntem departe ca toate substanțele chimice au fost testate pentru impactul lor asupra sănătății sau asupra mediului. Acest lucru este valabil în special pentru substanțele chimice mai noi sau materialele nano, în special în doze mici pe perioade lungi de timp. Contaminarea plastică a mediului nostru natural, inclusiv în marea în care plasticul se descompune în particule minime, este o zonă suplimentară de îngrijorare serioasă.

Medicii și sectorul asistenței medicale sunt deseori obligați să ia decizii cu privire la pacienții individuali și la nivelul întregului public, pe baza datelor existente. Prin urmare, medicii recunosc că și ei au un rol semnificativ în scurtarea decalajului dintre formarea politicilor și gestionarea substanțelor chimice și în reducerea riscurilor pentru sănătatea umană.

15. Asociația Medicală Mondială își reafirmă angajamentul de a pleda pentru mediu pentru a proteja sănătatea și viața și recomandă:

Consiliere

16. Asociațiile medicale naționale (ANM) pledează pentru legislația care reduce poluarea chimică, sporește responsabilitățile producătorilor de substanțe chimice, reduce expunerea umană la substanțe chimice, detectează și monitorizează substanțele chimice dăunătoare atât la om, cât și la mediu și reduce efectele asupra sănătății expunerilor toxice cu atenție specială asupra fertilității pentru femei și bărbați și vulnerabilitatea în timpul sarcinii și copilăriei timpurii.

17. Asociatiile Medicale Nationale își îndeamnă guvernele să sprijine eforturile internaționale de a restrânge poluarea chimică printr-un management sigur sau eliminarea treptată și înlocuirea mai sigură atunci când nu poate fi gestionată (de exemplu, azbest), cu o atenție deosebită asupra țărilor dezvoltate care ajută țările în curs de dezvoltare să obțină un mediu sigur și o sănătate bună pentru toți .

18. ANM-urile facilitează o mai bună colaborare intersectorială între ministerele / departamentele guvernamentale responsabile pentru mediu și sănătatea publică.

19. ANM-urile promovează conștientizarea publicului cu privire la pericolele asociate cu substanțele chimice (inclusiv materialele plastice) și ce se poate face în acest sens.

20. Diagnosticul și tratamentul medical modern se bazează foarte mult pe utilizarea unică a materialelor curate sau sterile ambalate cu diverse componente din plastic, indiferent dacă dispozitivul în sine sau ambalajul acestuia. ANM-urile ar trebui să încurajeze cercetarea și diseminarea practicilor care pot reduce sau elimina această componentă a degradării mediului.

21. Medicii și asociațiile lor medicale pledează pentru protecția mediului, dezvăluirea componentelor produselor, dezvoltarea durabilă, chimie ecologică și spitale ecologice în comunitățile, țările și regiunile lor.

22. Medicii și asociațiile lor medicale ar trebui să sprijine eliminarea mercurului și a substanțelor chimice bioacumulative persistente și toxice din dispozitivele și produsele de îngrijire a sănătății și să evite incinerarea deșeurilor din aceste produse care pot crea o poluare toxică suplimentară.

23. Medicii și asociațiile lor medicale ar trebui să sprijine Sistemul de clasificare și etichetare a substanțelor chimice la nivel mondial (GHS) și legislația pentru a necesita o evaluare a impactului asupra mediului și asupra sănătății înainte de introducerea unui nou produs chimic sau a unei noi instalații industriale.

24. Medicii ar trebui să încurajeze publicarea de dovezi privind efectele diferitelor substanțe chimice și materiale plastice și a dozelor asupra sănătății umane și a mediului. Aceste publicații ar trebui să fie accesibile la nivel internațional și ușor accesibile pentru mass-media, organizații neguvernamentale (ONG-uri) și cetățenii vizați la nivel local.

25. Medicii și asociațiile lor medicale ar trebui să pledeze pentru dezvoltarea unor sisteme eficiente și sigure pentru colectarea și eliminarea produselor farmaceutice care nu sunt consumate. De asemenea, aceștia ar trebui să pledeze pentru introducerea la nivel mondial a unor sisteme eficiente de colectare și eliminare a deșeurilor de plastic.

26. Medicii și asociațiile lor medicale ar trebui să încurajeze eforturile de a reduce fabricarea și utilizarea ambalajelor de plastic și a pungilor de plastic, pentru a opri introducerea deșeurilor de plastic în mediu și pentru a elimina și înlocui materialele plastice cu materiale mai biocompatibile. Aceste eforturi pot include măsuri pentru îmbunătățirea reciclării și reglementări specifice care limitează utilizarea ambalajelor din plastic și a pungilor de plastic.

27. Medicii și asociațiile lor medicale ar trebui să sprijine eforturile de reabilitare sau curățare a zonelor de degradare a mediului, bazate pe „poluatorul plătește” și pe principiile de precauție și să se asigure că înaintarea acestor principii este încorporată în legislație.

28. Asociatia Medicala Mondiala, ANM-urile și medicii ar trebui să îndemne guvernele să colaboreze în cadrul și între departamente pentru a se asigura reglementări coerente.

Conducere

Asociatia Medicala Mondiala:

29. Sprijină obiectivele Strategiei pentru managementul internațional al substanțelor chimice (SAICM), care promovează cele mai bune practici în ceea ce privește manipularea substanțelor chimice, prin utilizarea unei substituții mai sigure, reducerea deșeurilor, clădirilor non-toxice durabile, reciclarea, precum și manipularea sigură și durabilă a deșeurilor în sectorul asistenței medicale.

30. Precauții conform cărora aceste practici chimice trebuie coordonate cu eforturile de reducere a emisiilor de gaze cu efect de seră din îngrijirile de sănătate și din alte surse pentru a ii atenua contribuția la încălzirea globală.

31. Indeamnă medicii, asociațiile medicale și țările să lucreze în colaborare pentru a dezvolta sisteme de alertare pentru evenimente, pentru a se asigura că sistemele de asistență medicală și

medicii sunt conștienți de accidente industriale cu risc ridicat în timp ce apar și să primească informații corecte și corecte cu privire la gestionarea acestor urgențe.

32. Indeamnă organizațiile locale, naționale și internaționale să se concentreze pe producție durabilă, substituire mai sigură, locuri de muncă sigure și consultări cu comunitatea de îngrijire a sănătății, pentru a se asigura că efectele nocive ale dezvoltării sunt anticipate și reduse la minimum.

33. Subliniază importanța eliminării în condiții de siguranță a produselor farmaceutice ca un aspect al responsabilității asistenței medicale și a necesității unei lucrări de colaborare în elaborarea modelelor de bune practici pentru a reduce această parte a problemei deșeurilor chimice.

34. Incurajează clasificarea mediului raportate la produsele farmaceutice pentru a stimula prescrierea de produse farmaceutice mai puțin dăunătoare pentru mediu

35. Incurajează eforturile locale, naționale și internaționale pentru a reduce utilizarea ambalajelor din plastic și a pungilor de plastic.

36. Incurajează cercetarea continuă a rezultatelor privind impactul reglementărilor și monitorizarea substanțelor chimice asupra sănătății umane și asupra mediului.

Asociatia Medicala Mondiala recomandă medicilor:

37. Sa lucreze pentru a reduce deșeurile și expunerile medicale toxice în cadrul cadrelor lor profesionale, ca parte a campaniei Alianței Profesionale Mondiale a Sănătății pentru medii de practică pozitivă.

38. Lucrează pentru a furniza informații despre impacturile asupra sănătății asociate cu expunerea la substanțe chimice toxice, cum să reduci expunerea pacientului la agenți specifici și să încurajezi comportamente care îmbunătățesc sănătatea generală.

39. Informează pacienții despre importanța eliminării în siguranță a produselor farmaceutice care nu sunt consumate.

40. Colaborează cu alții pentru a ajuta la remedierea lacunelor din cercetarea privind mediul și sănătatea (adică, tiparele și sarcina bolii atribuite degradării mediului; impactul comunității și gospodăriilor al substanțelor chimice industriale; efectele, inclusiv asupra sănătății, a distribuției de plastic și a sănătății deșeuri de plastic în mediul nostru natural; populațiile cele mai vulnerabile și protecții pentru astfel de populații).

Educație profesională și constructii de capacitate

Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca:

41. Medicii și asociațiile lor profesionale sa ajute la crearea de conștientizare profesională și publică a importanței mediului și a poluanților chimici mondiali pentru sănătatea personală.

42. Asociatiile Medicale Nationale dezvoltă instrumente pentru medici care să ajute la evaluarea riscului pacienților lor în urma expunerilor chimice.

43. Medicii și asociațiile lor medicale dezvoltă educație medicală continuă adecvată la nivel local cu privire la semnele clinice, diagnosticul, tratamentul și prevenirea bolilor care sunt introduse în comunități ca urmare a poluării chimice și agravate de schimbările climatice.

44. Sănătatea mediului și medicina muncii ar trebui să devină o temă de bază în educația medicală.

Școlile medicale ar trebui să încurajeze pregătirea specialiștilor sufienți în sănătatea mediului și medicina muncii.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind degradarea mediului si managementul fonic al chimicalelor, adoptat de cea de-a 61-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Vancouver, Canada, Octombrie 2010 si amendata de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Rejkjavik, Islanda, Octombrie 2018)

Art. 241

Asociația Medicală Mondială solicită Asociațiile Medicale Naționale să:

1. Informeeze publicul, în special persoanele afectate de zgomotul mediului, precum și factorii de decizie și politicile cu privire la pericolele poluării sonore.

2. Solicitați miniștrilor transporturilor și planificatorilor urbani să dezvolte concepte alternative care să poată contracara nivelul crescut de poluare fonică a mediului.

3. Consilieze cu privire la reglementările legale corespunzătoare pentru combaterea poluării zgomotului din mediu.

4. Sprijine aplicarea legislației privind poluarea fonică și monitorizarea eficacității măsurilor de control.

5. Informeze tinerii despre riscurile asociate ascultării de muzică excesiv de tare, cum ar fi cea care emană, de exemplu, de la playerele de muzică portabile, utilizarea sistemelor stereo cu căști, sisteme audio în mașini și participarea la concerte și discoteci rock.

6. Încurajeze autoritățile educaționale să informeze elevii dintr-o etapă timpurie cu privire la efectele zgomotului asupra oamenilor, cum poate fi combătut stresul din cauza zgomotului de mediu, rolul individului în contribuția la poluarea fonică și riscurile asociate ascultării excesive muzica tare.

7. Furnizeze informații despre riscurile de deteriorare a auzului care apar în sectorul privat ca urmare a lucrului cu unelte electrice sau a expunerii la masinarii cu motor excesiv de puternic.

8. Informeze persoanelor care sunt expuse la niveluri excesive de zgomot la locul de muncă importanța protejării împotriva zgomotului ireductibil.

9. Solicite persoanelor responsabile de securitatea și sănătatea în muncă în întreprinderi să ia măsuri suplimentare pentru reducerea emisiilor de zgomot și să permită accesul la protecția auzului fizic în ocupații cu risc ridicat, pentru a asigura protecția sănătății angajaților la locul de muncă.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind poluarea sonora, adoptat de ea de-a 44-a Adunare Medicala Mondiala, Marbella, Spania, Septembrie 1992, amendata de cea de-a 58-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Copenhaga, Danemarca, Octombrie 2007 si reafirmata cu revizuire minora de cea de-a 207-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unie, Octombrie 2017, Recomandari)

Art. 242

Profesioniștii din domeniul sănătății au un rol important în susținerea protejării sănătății cetățenilor din întreaga lume și prin urmare, au responsabilitatea de a solicita acțiuni mai mari cu privire la schimbările climatice.

Summit-ul ONU privind acțiunile climatice care a avut loc în septembrie 2019 a demonstrat în continuare recunoașterea din ce în ce mai mare a faptului că acțiunile privind schimbările climatice trebuie să fie accelerate, multe țări angajându-se să atingă emisiile zero zero până în 2050, iar altele se angajează să impulsioneze planurile naționale de acțiune din 2020.

Există un consens în cadrul profesiei medicale la nivel global că acțiunile privind schimbările climatice trebuie să fie accelerate.

Asociatia Medicala Mondiala și membrii componenți ai acesteia și comunitatea internațională a sanatatii:

• declară o urgență climatică și cheamă comunitatea internațională de sănătate să se alăture mobilizării lor;

• se angajează să pledeze pentru protejarea sănătății cetățenilor de pe glob în raport cu schimbările climatice;

• îndeamnă guvernul național să lucreze rapid pentru a asigura neutralitatea carbonului până în 2030, astfel încât să se reducă la minimum impactul pe care îl au asupra sanatatii asupra schimbările climatice;

• trebuie să recunoască amprenta de mediu a sectorului global de sănătate și să acționeze pentru a reduce deșeurile și a preveni poluarea pentru a asigura sustenabilitatea asistenței medicale.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind urgentele climatice, Adoptata de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

Art. 243

Preambul

1. Influența umană asupra sistemului climatic este clară, iar emisiile recente de gaze cu efect de seră sunt cele mai mari din istorie. Schimbările climatice recente au avut efecte răspândite asupra sistemelor umane și naturale.

2. Dovezi convingătoare demonstrează numeroasele riscuri pentru sănătate pe care le prezintă schimbările climatice, care amenință toate țările. Acestea includ undele de căldură mai frecvente și potențial mai severe, secetele, inundațiile și alte evenimente meteorologice extreme, inclusiv furtunile și incendiile de vegetatie. Schimbările climatice, în special încălzirea, duc deja la schimbări în mediul în care cresc vectorii bolilor. Există o disponibilitate redusă și calitatea apei potabile și agravarea insecurității alimentare care duce la malnutriție și la stramutarea populației. Schimbările climatice sunt universale, dar efectele sale sunt inegale și multe dintre cele mai afectate sunt cele mai puțin capabile să gestioneze provocările pe care le prezintă.

3. Abordarea schimbărilor climatice oferă oportunități de îmbunătățire a sănătății și de bunăstare atât datorită beneficiilor pentru sănătate ale soluțiilor cu conținut scăzut de carbon, cât și datorită faptului că atenuarea și adaptarea pot permite acțiuni asupra tuturor determinanților sociali ai sănătății. Tranziția la energia regenerabilă, utilizarea transportului activ și schimbările alimentare, inclusiv reducerea consumului de carne de vită și a altor produse animale, pot contribui la îmbunătățirea sănătății și a bunăstării.

4. Determinanții sociali ai sănătății sunt acei factori care se corelează cu sănătatea prin expunere înainte și după ce oamenii se nasc și pe măsură ce cresc, trăiesc și muncesc. Acestea variază între și în interiorul țărilor. Cei care au, în general, cele mai sărace sisteme de sănătate și cele mai scăzute speranțe de viață vor fi capabili să se adapteze la efectele adverse ale schimbărilor climatice, accentuând astfel determinanții sociali adversi ai sănătății.

5. Cercetarea și supravegherea schimbărilor climatice sunt importante. Asociatia Medicala Mondiala susține studii care descriu modelele de boală atribuite schimbărilor climatice, inclusiv impactul schimbărilor climatice asupra comunităților și gospodăriilor; sarcina bolilor cunoscute și emergente cauzate de schimbările climatice și a acestor boli proiectate să apară cu noi activități de dezvoltare (Evaluarea impactului asupra sănătății). Astfel de studii ar trebui să definească și populațiile cele mai vulnerabile.

6. Acordul de la Paris evidențiază o tranziție către un nou model de colaborare globală pentru abordarea schimbărilor climatice și reprezintă o oportunitate pentru sectorul sănătății de a contribui la acțiunile climatice. Acesta include o serie de acțiuni care trebuie întreprinse de fiecare parte pentru a atinge un obiectiv pe termen lung de a menține creșterea temperaturii medii globale la mai puțin de 1,5 ^{o}C peste nivelurile preindustriale. Indiferent dacă statele individuale sunt sau nu părți la acordul de la Paris, ansociatiile nationale medicale au obligația să ia în considerare efectele schimbărilor climatice pe planetă și asupra sustenabilității umane, animale și a mediului și să ia măsuri după cum urmează.

Recomandari

7. Asociația Medicală Mondială și membrii săi constitutivi:

• Îndeamnă guvernele naționale și actorii nestatali să recunoască consecințele grave asupra sănătății ale schimbărilor climatice și să adopte strategii de adaptare și de diminuare a efectelor acesteia;

• Îndeamnă guvernele naționale să asigure îndeplinirea angajamentelor naționale pentru acordurile internaționale, inclusiv măsuri de atenuare și adaptare, precum și acțiuni privind pierderile și daunele;

• Îndeamnă guvernele naționale să furnizeze finanțări pentru clima care să includă fonduri desemnate pentru a sprijini consolidarea sistemelor de sănătate și a politicilor de sănătate și co-beneficii climatice și să ofere finanțări globale, regionale și locale suficiente pentru atenuarea climei, măsuri de adaptare, reducere a riscului de dezastre și atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă;

• Îndeamnă guvernele naționale să faciliteze participarea activă a reprezentanților sectorului sănătății la crearea și punerea în aplicare a planurilor de pregătire pentru schimbările climatice și a planificării și reacțiilor de urgență la nivel local, național și internațional;

• Îndeamnă guvernele naționale să asigure sănătatea și bunăstarea persoanelor strămutate din cauze de mediu, inclusiv a celor care devin refugiați din cauza consecințelor schimbărilor climatice;

• Solicită guvernelor naționale să investească în cercetarea privind sănătatea publică și schimbările climatice pentru a asigura o mai bună înțelegere a nevoilor de adaptare și a beneficiilor de sănătate la nivel național;

• Îndeamnă guvernele naționale să faciliteze colaborarea dintre Ministerul Sănătății și alte ministere pentru a se asigura că sănătatea este luată în considerare în angajamentele lor naționale și în strategiile durabile.

8. Asociațiile medicale naționale și membrii acestora trebuie să:

• Sustina practici durabile, cu emisii reduse de carbon, durabile și ecologice, pentru a reduce impactul asupra mediului al facilităților și practicilor medicale;

• Fie pregatiti pentru întreruperile infrastructurii care însoțesc situațiile de urgență pentru sănătate, în special prin planificarea în avans pentru furnizarea de servicii și creșterea cererilor de îngrijire a pacienților în aceste situații de criză;

• Încurajeze și sa susțina suportul pentru protecția mediului și reducerea emisiilor de gaze cu efect de seră, inclusiv prin sisteme de taxare a emisiilor și / sau taxe pe carbon;

• Deveniți educați cu privire la efectele asupra sănătății schimbărilor climatice și fiți pregătiți să le tratați și să le gestionați la pacienți individuali;

• Promovarea cercetărilor medicale privind utilizarea îmbunătățită a antibioterapiei pentru a putea răspunde, în viitor, la noile boli infecțioase legate de schimbările climatice.

9. Asociatia Medicala Mondiala și membrii săi constitutivi ar trebui:

• Încurajarea unei vieți durabile cu emisii reduse de carbon, respectând limitele planetare, inclusiv stilul de viață activ și modelele de consum și consum durabil;

• Caută să creezi o conștientizare profesională și publică a importanței mediului și a schimbărilor climatice pentru sănătatea personală, comunitară și socială;

• Lucrul către integrarea conceptelor și competențelor cheie privind schimbările climatice în programele de învățământ medical de licență, absolvent și continuă;

• Colaborarea cu OMS și alte părți interesate, după caz, pentru a produce materiale educaționale și de sustinere privind schimbările climatice pentru asociațiile medicale naționale, medici, alți profesioniști din domeniul sănătății, precum și pentru publicul larg;

• Avizează pentru finanțarea guvernelor lor, promovarea cercetării asupra efectelor schimbărilor climatice asupra sănătății și colaborarea cu ONG-urile și alți profesioniști din domeniul sănătății;

• Să lucreze în colaborare cu guvernul, ONG-urile, întreprinderile, societățile civile și altele pentru a crea sisteme de alertă pentru a se asigura că sistemele de îngrijire medicală și medicii sunt la curent cu evenimentele legate de climă pe măsură ce se desfășoară și să primească informații precise în timp util cu privire la gestionarea evenimentelor de sănătate emergente;

• Să aibă schimbările climatice ca o problemă prioritară pe agendele lor și să participe activ la crearea de politici și inițiative care să diminueze efectele schimbărilor climatice asupra sănătății.

10. WMA îndeamnă Asociațiile Medicale Naționale să:

• Lucreze cu instituții medicale și medici individuali pentru adoptarea politicilor climatice și să acționeze ca modele prin reducerea emisiilor de carbon;

• Recunoasca factorii de mediu ca factori determinanți sociali importanți ai sănătății și sa încurajeaze guvernele să favorizeze colaborarea dintre sectoarele de sănătate și non-sănătate în abordarea acestor factori determinanți.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Delhi privind schimbarile climatice si sanatatea, adoptata de cea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie 2009 si amendata de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 244

Asociatia Medicala Mondiala recomandă asociațiilor medicale naționale și tuturor organizațiilor medicale:

1. Continuă educarea oamenilor de știință în domeniul sănătății, întreprinderilor, societății civile și guvernelor cu privire la beneficiile pentru sănătate ale reducerii emisiilor de gaze cu efect de seră și pledează pentru încorporarea evaluărilor de impact asupra sănătății în politica economică.

2. Încurajați guvernele să adopte strategii care să pună accent pe reglementările și standardele stricte de mediu care încurajează companiile de energie să se îndrepte către surse regenerabile de combustibil.

3. Începeți un proces de transfer al investițiilor, atunci când este posibil, fără daune, de la companii energetice a căror activitate principală se bazează pe extragerea sau generarea de energie din combustibili fosili către cele care generează energie din surse regenerabile de energie.

4. Străduiți-vă să investiți în companii care respectă principiile de mediu în concordanță cu Pactul Național al Organizației Națiunilor Unite și să vă abțineți de la investiții în companii care nu respectă legislația și convențiile aplicabile cu privire la responsabilitatea de mediu.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind consumul combustibililor fosili, adoptat de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

Art. 245

Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca toate Asociatiile Nationale medicale să încurajeze guvernele lor să:

1. Introduca standarde BAT pentru toate vehiculele diesel noi (pe șosea și off-road)

2. Intensifice montarea de filtre BAT pentru toate motoarele aflate în uz

3. Monitorizeze și limiteze concentrația particulelor de funingine de nanomiarimi din aerul de respirație urban

4. Efectueze studii epidemiologice care detectează și diferențiază efectele asupra sănătății particulelor ultrafine

5. Creasca conștientizarea profesională și publică a importanței funinginii diesel și a metodelor existente de eliminare a particulelor

6. Contribuie la dezvoltarea strategiilor de protecție a oamenilor împotriva particulelor de funingine din cabine pentru pasageri, trenuri, case și în mediul general. Aceste strategii ar trebui să includă planuri de dezvoltare și creștere a utilizării sistemelor de transport public.

Standarde BAT: Standarde de emisii pentru autoturisme, vehicule grele și utilaje rutiere, bazate pe numărul de particule ultrafine mai degrabă decât masa și care vizează protecția sănătății umane de cele mai periculoase particule de funingine, plămânul și chiar membrana celulară fiin penetrate ultrafin.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind preventia poluarii aerului cauzata de vehiculele cu emisie, adopta de cea de-a 65-a Adunare Medicala Mondiala, Durban, Afrca de Sud, Octombrie 2014)

Art. 246

Următoarele recomandări se bazează pe nevoia urgentă de a reduce atât oferta cât și cererea de mercur în sectorul îngrijirii sănătății:

Global

Asociația Medicală Mondială și asociațiile medicale naționale membre ar trebui:

• Consiliate pentru ca Organizația Națiunilor Unite și guvernele individuale să coopereze în mod voluntar pentru punerea în aplicare a caracteristicilor cheie ale Programului Națiunilor Unite pentru Mediu (UNEP) Programul de mercur, care oferă un cadru pentru reducerea utilizării, eliberării, comerțului și riscurilor legate de mercur.

• Îmbunătățirea activității parteneriatelor existente.

Regional / național

• Asociațiile medicale naționale ar trebui să lupt ca guvernele lor salucreze pentru a reduce riscurile legate de mercurul din mediu prin:

• Reducerea dependenței de exploatarea mercurului în favoarea surselor de mercur ecologice, precum mercurul reciclat.

• Dezvoltarea de opțiuni și planuri științifice solide pentru depozitarea în condiții de siguranță pe termen lung a livrărilor în exces de mercur.

•Îndeamnă statele membre să ratifice și să pună în aplicare Convenția Minamata a Națiunilor Unite privind mercurul adoptată în 2013 și destinată să protejeze sănătatea umană și mediul de emisiile antropice și de degajări de mercur și compuși de mercur.

• Încurajarea eliminării graduale a consumului de mercur în sectorul îngrijirii sănătății

• Proiectarea și punerea în aplicare a reglementărilor și / sau a cerințelor concepute pentru a reduce semnificativ emisiile de mercur provenite din combustia cărbunelui și a producției de ciment folosind controale specifice ale emisiilor de mercur.

Local

Medicii ar trebui:

• Sa lupte pentru eliminarea produselor care conțin mercur în oficiile și practicile lor clinice, inclusiv termometre, sfigmomanometre, tuburi gastrointestinale, baterii, lămpi, alimentări electrice, termostate, manometre și alte reactivi și dispozitive de laborator.

• Sa se asigure că spitalele și facilitățile medicale locale au un plan de identificare a surselor de mercur la locul lor de muncă, a angajamentului pentru reducerea mercurului și a unei politici de gestionare a mercurului în ceea ce privește reciclarea, eliminarea și educația.

• Sa incurajeze spitalele locale și facilitățile medicale să elimine treptat produsele care conțin mercur și să treacă la echivalente de non-mercur.

• Sa consilieze pacienții cu sfaturi locale și naționale legate de consumul de pește, menite să limiteze expunerea la mercur la copii și femei la vârsta fertilă.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind reducerea arderilor globale de mercur, adoptat de cea de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Seoul, Coreea de Sud, Octombrie 2008 si reafirmata cu revizuire minora de cea de-a 210-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2008, Recomandari)

Art. 247

Asociatia Medicala Mondiala subliniază necesitatea de a sprijini diagnosticul și gestionarea bolilor fungice și îndeamnă guvernele naționale să se asigure că atât testele diagnostice, cât și terapiile antifungice sunt disponibile pentru populațiile lor. În funcție de prevalența bolilor fungice și de condițiile de bază ale acestora, sunt esențiale testarea antigenului sau microscopie și cultură. Aceste teste și personalul instruit pentru administrarea și interpretarea testelor ar trebui să fie disponibile în toate țările în care apar infecții fungice sistemice. Acest lucru va include probabil dezvoltarea cel puțin unui centru de excelență de diagnostic cu un personal suficient de pregatit pentru stabilirea diagnosticului. Monitorizarea toxicităților antifungice ar trebui să fie disponibilă.

Medicii vor fi primul punct de contact pentru majoritatea pacienților cu o infecție fungică și ar trebui să fie suficient de educați cu privire la acest subiect pentru a asigura o abordare diagnostică eficientă.

Asociatia Medicala Mondiala își încurajează membrii să întreprindă și să susțină studii epidemiologice privind povara bolilor fungice din țara lor și să informeze guvernul național despre rezultate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind diagnosticul si managementul infectiilor fungice, adoptat de cea de-a 64-a Adunare Genaerala a Asociatiei Medicale Mondiale, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013)

1.1.3.10 Sanatatea si siguranta ocupationala la locul de munca

Art. 248

1. Medicii ar trebui să joace un rol esențial în dezvoltarea unei forțe de muncă care este formata in functie de determinanții sociali ai sănătății și să crească conștientizarea la locul de muncă cu privire la determinanții sociali ai sănătății.

2. Domeniului sanatatii si sigurantei ocupationala si a muncii ar trebui acordat importanța necesară atât în studiile medicale postuniversitare, cât și în cele postuniversitare.

3. Toți lucrătorii ar trebui să aibă acces la serviciile sanatatii si sigurantei ocupationale si a muncii bazate pe riscuri din prima zi de muncă și să se extindă dincolo de ultima zi la locul de muncă pentru a ține cont de bolile profesionale cu o perioadă lungă de latență. Conținutul serviciului trebuie să fie standardizat și trebuie recunoscut rolul medicilor în planificarea și implementarea sistemelor sanatatii si sigurantei ocupationala si sanatatii si sigurantei ocupationala si a muncii care sunt esențial preventive / protectoare.

4. Asociațiile medicale naționale ar trebui să acționeze în mod proactiv și să încurajeze extinderea domeniului de aplicare al serviciilor sanatatii si sigurantei ocupationala si a muncii, să prevină și să reducă bolile profesionale și rănile, sănătatea reproducerii și să protejeze mediul înconjurător. De asemenea, ar trebui să promoveze egalitatea de gen la locul de muncă și să îmbunătățească sistemele de înregistrare și raportare. În plus, aceștia ar trebui să se axeze pe consolidarea capacităților, predarea și instruirea, cercetarea în colaborare și îmbunătățirea calificărilor membrilor lor în acest domeniu.

5. Asociațiile medicale naționale, împreună cu guvernele, ar trebui să joace un rol activ, dacă este cazul, în formularea și dezvoltarea sistemelor naționale care să faciliteze prevenirea afectarii sanatatii si sigurantei ocupationala si a muncii și să înregistreze și să raporteze bolile profesionale în țările lor și să conducă medicii membri în eforturile de a să fie făcute în acest domeniu.

6. Bolile profesionale și leziunile sunt adesea abordate în contextul asigurării și al compensațiilor.

În cazul în care aceste mecanisme nu există, asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze pentru protecția lucrătorilor prin intermediul unei asigurări sau a unei asigurări sociale.

7. Asociatiile medicale nationale ar trebui să se angajeze în stabilirea „cauzalității medicale” în contextul raportării accidentelor și a bolilor și să informeze publicul că impactul asupra sănătății riscurilor și factorilor de risc inerente vieții profesionale poate fi stabilit și înregistrat doar printr-un sistem de raportare bine dezvoltat.

8. Ca parte a îngrijirii medicale, medicii care evaluează indemnizațiile lucrătorilor trebuie să fie acreditați în medicina muncii și a mediului. Primul contact poate fi cu medicul obișnuit al pacientului, care ar trebui să obțină istoric cu privire la ocupația pacientului și expunerile de mediu. Dacă medicul stabilește o relație între diagnostic și aceste expuneri, el / ea trebuie să-l raporteze autorității relevante și să-l expuna în mod ideal pe pacient pentru o evaluare de către un medic de medicină a muncii și de mediului acreditat.

9. Asociațiile medicale naționale ar trebui să ia în considerare formarea unui organism intern pentru soluționarea problemelor medicilor care lucrează în acest domeniu și să-i încurajeze să contribuie la studii științifice conexe

10. Asociațiile medicale naționale ar trebui să promoveze oportunitățile pentru ca medicii să beneficieze, în practica lor profesională zilnică, de la sisteme care identifică riscuri de mediu / de muncă și pericole cu impact asupra lucrătorilor, inclusiv sanatatea si sigurantalucrătoarelor gravide. În acest context, în afara listelor clasificării internaționale a bolilor OMS și Organizației internaționale a muncii (OIM), acestea ar trebui să promoveze un sistem ușor de utilizat pentru „explorarea, înregistrarea și raportarea riscurilor și factorilor de mediu" pe care medicii le pot utiliza cu ușurință .

11. Guvernele ar trebui să colaboreze la crearea unui sistem internațional de evaluare a pericolelor de muncă și să dezvolte strategii de protecție a sănătății lucrătorilor.

12. Guvernele ar trebui să stabilească cadre legislative care să protejeze drepturile și sănătatea lucrătorilor, inclusiv sănătatea reproducerii și efectele asupra sănătății muncii la domiciliu.

13. Participarea activă a organizațiilor de angajatori și a lucrătorilor este esențială pentru dezvoltarea politicilor și programelor naționale de prevenire a bolilor profesionale.

14. Angajatorii ar trebui să ofere un mediu de lucru sigur, recunoscând și abordând impactul condițiilor grele de muncă asupra persoanelor și societății.

15. Atunci când prestează servicii pentru un angajator, medicii ar trebui să pledeze pentru ca angajatorii să îndeplinească cerințele minime stabilite în standardele profesionale ale Organizației Internaționale a Muncii (OIM), mai ales atunci când aceste cerințe nu sunt stabilite de legislația națională. Medicii trebuie să-și păstreze autonomia și independența față de angajator.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind sanatatea si siguranta ocupationala si la locul de munca, adoptata de ea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

1.1.3.11 Turismul medical

Art. 249

Preambul

1. Turismul medical este un fenomen în expansiune, deși până în prezent nu a fost convenit asupra definirii și, ca urmare, practicile și protocoalele din diferite țări pot varia substanțial. În sensul acestei declarații, turismul medical este definit ca o situație în care pacienții călătoresc voluntar peste granițele internaționale pentru a primi tratament medical, cel mai adesea cu costuri proprii. Tratamentele acoperă o serie de servicii medicale și includ în mod obișnuit: îngrijirea stomatologica, chirurgia estetica, chirurgia electivă și tratamentul fertilității (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, 2011).

2. Această declarație nu acoperă cazurile în care un sistem național de asistență medicală sau un spital care tratează trimite un pacient în străinătate pentru a primi tratament cu costuri proprii sau când, la fel ca în Uniunea Europeană, pacienților li se permite să solicite îngrijiri într-un alt stat membru al UE conform criteriilor definite legal, iar sistemul lor de sănătate la domiciliu suportă costurile. De asemenea, nu este acoperită situația în care oamenii se află într-o țară străină atunci când se îmbolnăvesc și au nevoie de îngrijiri medicale.

3. Dacă nu este reglementat în mod corespunzător, turismul medical poate avea ramificări medico-legale și etice și implicații negative, incluzând, dar fără a se limita la: drenajul cranian intern, instituirea unui sistem de sănătate cu două niveluri și răspândirea rezistenței antimicrobiene. Prin

urmare, este imperativ să existe reguli clare și reglementări care să guverneze acest fenomen în creștere.

4. Turismul medical este o industrie globală în curs de dezvoltare, furnizorii de servicii de sănătate din multe țări concurează pentru pacienții străini, al căror tratament reprezintă o sursă potențială semnificativă de venit. Conștientizarea sănătății ca potențial beneficiu economic și disponibilitatea de a investi în aceasta cresc odată cu bunăstarea economică a țărilor, iar miliarde de dolari sunt investiți în fiecare an în turismul medical din întreaga lume. Principalele părți interesate din această industrie includ pacienți, brokerii, guvernele, furnizorii de servicii medicale, furnizorii de asigurări și agențiile de turism. Proliferarea site-urilor de turism medical și a conținutului aferent ridică îngrijorări cu privire la informațiile de sănătate on-line nereglementate și inexacte.

5. Un turist medical se află într-o situație mai fragilă și mai vulnerabilă decât cea a unui pacient din țara de origine. Prin urmare, este necesară o sensibilitate suplimentară din partea îngrijitorilor în fiecare etapă a tratamentului și în întreaga îngrijire a pacientului, inclusiv adaptare lingvistică și culturală, acolo unde este posibil. Atunci când se solicită tratament medical în străinătate, fluxul normal de îngrijire poate fi întrerupt și, prin urmare, trebuie luate precauții suplimentare.

6. Turismul medical are multe implicații etice care ar trebui luate în considerare de către toate partile. Turiștii medicali primesc îngrijiri atât în instituțiile medicale finanțate de la stat cât și în cele private, iar reglementările trebuie să fie în vigoare în ambele scenarii. Aceste recomandări se adresează în primul rând medicilor. Asociatia Medicala Mondiala îi încurajează pe toti care sunt implicați în turismul medical să adopte aceste principii.

Recomandri

General

7. Asociatia Medicala Mondiala subliniază importanța dezvoltării sistemelor de asistență medicală în fiecare țară pentru a preveni turismul medical excesiv rezultat din opțiunile de tratament limitate în țara de origine a pacientului. Stimulentele financiare pentru a călători în afara țării de origine a unui pacient pentru îngrijiri medicale nu ar trebui să limiteze în mod necorespunzător alternativele de diagnostic și terapeutice în țara de origine a pacientului sau să restricționeze opțiunile de tratament sau de trimitere.

8. Asociatia Medicala Mondiala invită guvernele să ia în considerare cu atenție toate implicațiile turismului medical asupra sistemului de sănătate al unei țări prin elaborarea unor protocoale și legislații naționale complete și coordonate pentru turismul medical, în consultare și cooperare cu toate părțile interesate relevante. Aceste protocoale ar trebui să evalueze posibilitățile fiecărei țări de a primi turiști medicali, de a conveni asupra procedurilor necesare și de a preveni impactul negativ asupra sistemului de sănătate al țării.

9. Asociatia Medicala Mondiala solicită guvernelor și furnizorilor de servicii să se asigure că turismul medical nu afectează negativ utilizarea corectă a resurselor limitate de îngrijire a sănătății sau disponibilitatea îngrijirii adecvate pentru rezidenții locali din țările gazdă. Trebuie acordată o atenție specială tratamentelor cu timp lung de așteptare sau care implică resurse medicale rare. Turismul medical nu trebuie să promoveze practici neetice sau ilegale, cum ar fi traficul de organe. Autoritățile, inclusiv guvernul, ar trebui să poată opri turismul medical electiv atunci când este în pericol capacitatea de a trata populația locală.

10. Acceptarea turiștilor medicali nu ar trebui să permită niciodată să denatureze evaluarea normală a nevoilor clinice și, după caz, elaborarea listelor de așteptare sau a listelor prioritare pentru tratament. Odată acceptate la tratament de către un furnizor de servicii medicale, turiștii medicali trebuie tratați în conformitate cu urgența stării lor medicale. Ori de câte ori este posibil, pacienții trebuie să fie luati in evidenta instituțiilor care au fost aprobate de autoritățile naționale sau acreditate de către organisme de acreditare recunoscute corespunzător.

Înainte de călătorie

11. Pacienții trebuie să fie conștienți de faptul că practicile de tratament și legile privind îngrijirea sănătății pot fi diferite decât în țara de origine și că tratamentul este asigurat în conformitate cu legile și practicile țării gazdă.

Pacienții trebuie informați de către medic / prestatorul de servicii cu privire la drepturile și recursul lor legal înainte de a călători în afara țării de origine pentru îngrijiri medicale, inclusiv informații cu privire la recursul legal în caz de vătămare a pacientului și posibile mecanisme de compensare.

12. Medicul din țara gazdă ar trebui să stabilească un plan de tratament, inclusiv o estimare a costurilor și un plan de plată, înainte de călătoria turistului medical în țara gazdă. În plus, medicul și compania de turism medical (dacă există) ar trebui să colaboreze pentru a se asigura că toate aranjamentele sunt făcute în conformitate cu nevoile medicale ale pacientului. Pacienților trebuie să li se ofere informații despre riscurile potențiale ale combinării procedurilor chirurgicale cu zboruri lungi și activități de vacanță.

13. Turiștii medicali trebuie informați că legile privind confidențialitatea nu sunt aceleași în toate țările și, în contextul serviciilor suplimentare pe care le primesc, este posibil ca informațiile lor medicale să fie expuse persoanelor care nu sunt profesioniști medicali (precum interpreții). În cazul în care un turist medical decide, totuși, să apeleze la aceste servicii, trebuie să i se furnizeze o documentație care să specifice serviciile furnizate de medicii non-medicali (inclusiv translatori) și o explicație despre cine va avea acces la informatiile sale medicale iar turistului medical trebuie să i se ceară consimțământul pentru divulgarea necesară.

14. Toate părțile interesate (clinice și administrative) implicate în îngrijirea turiștilor medicali trebuie să fie conștiente de obligațiile etice si de protejarea confidențialitatii. Translatorii și alt personal administrativ cu acces la informații de sănătate ale turistului medical ar trebui să semneze acorduri de confidențialitate.

15. Turistul medical trebuie să fie informat că o modificare a stării sale clinice poate duce la o modificare a estimării costurilor și a planurilor de călătorie asociate și a cerințelor de viză.

16. Dacă planul de tratament este modificat din cauza unei nevoi medicale care devine clar după stabilirea planului inițial, turistul medical ar trebui să fie înștiințat cu privire la schimbare și de ce a fost necesar. Pacientul trebuie să obțină consimțământul pentru orice modificare a planului de tratament.

17. Atunci când un pacient suferă de o afecțiune incurabilă, medicul din țara gazdă trebuie să furnizeze pacientului informații exacte despre opțiunile sale de tratament medical, inclusiv limitările tratamentului, capacitatea tratamentului de a modifica cursul boala într-un mod apreciabil, pentru a crește speranța de viață și pentru a îmbunătăți calitatea vieții. Dacă, după examinarea tuturor

datelor, medicul concluzionează că nu este posibil să îmbunătățească starea medicală a pacientului, medicul ar trebui să sfătuiască pacientul în acest sens și să-l descurajeze pe acesta să călătorească.

Tratament

18. Medicii sunt obligați să trateze orice persoană acceptată pentru tratament, atât locală, cât și străină, fără discriminare. Toate obligațiile detaliate în lege și codurile etice medicale internaționale se aplică în egală măsură medicului în întâlnirea sa cu turiștii medicali.

19. Deciziile medicale cu privire la turistul medical ar trebui să fie luate de către medici, în cooperare cu pacientul și nu de personalul non-medical.

20. La discreția medicilor curanti și în cazul în care informațiile sunt disponibile și de bună calitate, pacientul nu trebuie să fie obligat să se supună testelor efectuate anterior, cu excepția cazului în care este necesar să se repete testele.

21. Pacientul trebuie să primească informații despre tratamentul său într-un limbaj pe care îl înțelege. Aceasta include dreptul de a primi un rezumat al progresului și terminării tratamentului de către medicul curant și o traducere a documentelor, după caz.

22. Trebuie să se ajungă la un acord înainte de începerea tratamentului, cu privire la transferul rezultatelor testelor și al imaginilor de diagnostic, înapoi în țara de origine a pacientului.

23. Dacă este posibil, trebuie stabilită o comunicare între medicii din țara gazdă și țara de origine pentru a asigura îngrijirea corespunzătoare și urmărirea clinică a problemelor medicale pentru care a fost tratat pacientul.

24. Medicul care pregătește planul de tratament pentru pacient trebuie să confirme diagnosticul, prognosticul și tratamentele pe care turistul medical le-a primit.

25. Pacientul trebuie să primească o copie a documentelor sale medicale în scopul continuării îngrijirii și urmăririi în țara sa de origine. Dacă este necesar, pacientului trebuie să i se ofere o listă detaliată a instrucțiunilor medicale și a recomandărilor pentru perioada care urmează plecării sale. Aceste informații ar trebui să includă o descriere a timpului de recuperare așteptat și a timpului necesar înainte de a călători înapoi la casa sa.

Reclama

26. Publicitatea pentru servicii de turism medical, fie prin internet, fie în orice alt mod, trebuie să respecte principiile de etică medicală acceptate și să includă informații detaliate privind serviciile furnizate.

Informațiile ar trebui să se adreseze domeniilor de specialitate ale furnizorului de servicii, medicilor cărora le referă beneficiile serviciilor sale și riscurile care pot însoți turismul medical. Accesul la statutul de autorizare / acreditare al medicilor și al instalațiilor și la datele rezultatelor instalației ar trebui să fie disponibile cu ușurință.

Materialele publicitare trebuie să rețină faptul că toate tratamentele medicale prezintă riscuri și se pot aplica riscuri suplimentare specifice în contextul turismului medical.

27. Asociațiile medicale naționale ar trebui să facă tot posibilul pentru a preveni publicitatea necorespunzătoare sau publicitatea care încalcă principiile etice medicale, inclusiv publicitatea care conține informații incorecte sau parțiale și / sau orice informație care poate induce în eroare pacienții, cum ar fi supraestimarea beneficii potențiale.

28. Publicitatea care notează atributele pozitive ale unui tratament medical specific ar trebui să prezinte, de asemenea, riscurile inerente unui astfel de tratament și nu ar trebui să garanteze

rezultatele tratamentului sau să încurajeze așteptările nerealiste de beneficii sau rezultate ale tratamentului.

Transparența și prevenirea conflictelor de interese

29. Eventualele conflicte de interese pot fi inevitabile pentru medicii care tratează turiștii medicali, inclusiv la solicitarea instituției lor angajatoare. Este esențial ca toate circumstanțele și relațiile clinice să fie gestionate într-un mod deschis și transparent.

30. Medicul va exercita transparența și va dezvălui turistului medical orice conflict de interese personal, financiar, profesional sau de alt tip, indiferent dacă este real sau perceput, care poate fi legat de tratamentul său.

31. Medicul nu ar trebui să accepte vreun beneficiu, în afară de remunerația pentru tratament, în contextul tratamentului medical și ar trebui ca niciun turist sa nu vreo ofertă de afaceri sau personală, atâta timp cât exista relatia medic-pacient. În cazul în care medicul tratează turistul medical ca un alt pacient care plătește taxe, ar trebui să se aplice aceleași reguli ca și în cazul celorlalte taxe pe care le plătesc pacienții.

32. Un medic ar trebui să se asigure că orice contract cu o companie de turism medical sau turist medical nu constituie un conflict de interese cu angajatorul sau actual sau cu obligațiile sale etice și profesionale față de alți pacienți.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind turismul medical, adoptat de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018)

1.1.3.12 Pacientii migranti

Art. 250

1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la libertate și la siguranță.

4) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora nu vor fi supuși în mod individual sau colectiv la arestare sau detenție în mod arbitar; aceștia nu vor fi lipsiți de libertate decât pentru motivele și în conformitate cu procedurile stabilite prin lege.

8) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt lipsiți de libertate prin arestare sau detenție pot sa se adreseze unei instanțe juridice. Această instanță se va pronunța cu privire la legalitatea arestării și poate dispune eliberarea lor în cazul în care sunt privați de libertate în mod ilegal. Daca este necesar, aceștia pot beneficia de asistență juridică gratuită și de interpret în cazul în care nu înteleg limba.

(Art 16, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 251

1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt privați de libertate vor fi tratați corespunzător cu respectarea demnității persoanei umane și li se va respecta identitatea culturală.

7) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt supuși la orice formă de detenție sau închisoare, în conformitate cu legislația în vigoare, în statul în care lucrează sau în statul de tranzit se bucură de aceleași drepturi ca și cetățenii statelor respective aflați în aceeași situație.

(Art 17, Conventia internationala privind drepturile tuturor muncitorilor emigranti ai a membrilor familiilor lor, Organizatia Natiunilor Unite, 18 Decembrie 1990)

Art. 252

Nicio dispoziţie a articolelor 10, 11 şi 14 nu poate fi considerată ca interzicând Înaltelor Părţi Contractante să impună restrângeri activităţii politice a străinilor.

(Art. 16, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 253

În prezent, ne confruntăm cu tendințe de migrație sporite la nivel global. Această situație, departe de a fi rezolvată, s-a agravat în ultimele luni, exacerbata de evenimentele politice, sociale și economice, cu impacturi grave asupra populației care deteriorează calitatea vieții și, în unele cazuri, punând oamenii în pericol de a muri. Acest lucru le încalcă dreptul fundamental la sănătate și, în multe cazuri, îi obligă să-și abandoneze țările pentru a căuta o viață mai bună.

Migrația internațională este un fenomen global, cauzat de mai mulți factori, incluzând inegalitățile demografice și economice între țări, pe lângă război, foame și dezastre naturale. Politicile de migrație adoptate de majoritatea țărilor primitoare devin din ce în ce mai restrictive pentru migranții economici.

Asociația Medicală Mondială (WMA) consideră că sănătatea este o nevoie de bază, un drept al omului și unul dintre factorii esențiali ai dezvoltării economice și sociale. Creșterea migrației este un fenomen legat de progres și de tendințele secolului 21.

WMA își reafirmă Rezoluția privind refugiații și migranții adoptată în octombrie 2016.

WMA, membrii săi componenți și comunitatea internațională de sănătate ar trebui să pledeze pentru:

1. Angajarea puternică continuă a medicilor în apărarea drepturilor omului și a demnității tuturor oamenilor din întreaga lume, precum și în combaterea suferinței, durerii și bolilor;

2. Prioritizarea îngrijirii ființelor umane mai presus de orice altă considerație sau interes;

3. Oferirea asistenței medicale necesare, prin cooperare internațională, destinată țărilor care gazduiesc și primesc un număr mare de migranți.

4. Guvernele să ajungă la acorduri politice pentru a obține resursele de sănătate necesare pentru a oferi îngrijiri în mod adecvat și coordonat populației migrante.

WMA subliniază rolul medicilor de a sprijini și promova în mod activ drepturile tuturor oamenilor la îngrijiri medicale bazate exclusiv pe necesitatea clinică și de a protesta împotriva legislației și practicilor contrare acestui drept fundamental.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind migratia, adoptata de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018)

Art. 254

1. Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că, uneori, este necesară evaluarea vârstei solicitanților de azil pentru a se asigura că toți minorii neînsoțiți primesc protecțiile acordate în temeiul legislației naționale și internaționale.

2. Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca evaluările de vârstă medicală să fie efectuate numai în cazuri excepționale și numai după epuizarea tuturor metodelor non-medicale. Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că metodele non-medicale, de ex. întrebarea copiilor cu privire la evenimente traumatice, poate avea, de asemenea, un impact negativ și, prin urmare, trebuie efectuată cu mare atenție. Fiecare caz trebuie evaluat cu atenție pe baza totalității circumstanțelor și a preponderenței dovezilor disponibile.

3. Asociatia Medicala Mondiala afirmă că, în cazurile în care evaluarea vârstei medicale este inevitabilă, sănătatea, siguranța și demnitatea tânărului solicitant de azil trebuie să fie cea mai mare prioritate. Examinările fizice trebuie efectuate de un medic calificat, cu experiență de examinare pediatrică corespunzătoare, în conformitate cu cele mai înalte standarde medicale și etice, cu respectarea principiilor proporționalității, cu respectarea standardelor consimțământului informat în prealabil și cu luarea în considerare a sensibilităților culturale și religioase și potențiale bariere lingvistice. Solicitantul de azil trebuie să fie întotdeauna conștient de faptul că examinarea este efectuată ca parte a procedurii de evaluare a vârstei și nu pentru a oferi asistență medicală.

4. Asociatia Medicala Mondiala subliniază că orice metodă medicală care ar putea implica un risc pentru sănătate pentru solicitant, de ex. examene radiologice fără indicație medicală sau care încalcă demnitatea sau intimitatea unui solicitant de azil deja potențial traumatizat, de ex. examenele genitale trebuiesc evitate.

5. Asociatia Medicala Mondiala subliniază că certificatele medicale care indică rezultatele examinărilor de evaluare a vârstei medicale ar trebui să includă informații privind exactitatea și fiabilitatea metodelor utilizate și marjele de eroare relevante.

6. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă membrii componenți să dezvolte sau să promoveze dezvoltarea unor ghiduri interdisciplinare acceptate la nivel internațional care conturează baza științifică, precum și principiile etice și legale sau de reglementare ale evaluării vârstei medicale a solicitanților de azil, inclusiv riscurile potențiale pentru sănătate și impactul psihologic al proceduri specifice.

7. Asociatia Medicala Mondiala subliniază că, în cazurile în care îndoielile privind vârsta solicitantului de azil nu pot fi rezolvate sau confirmate cu certitudine absolută, orice incertitudine rămasă ar trebui interpretată în favoarea solicitantului de azil.

(Statutul Asociatiei Medicale mondiale privind evaluarea varstei medicale a minorilor neinsotiti solicitanti de azil, adoptat de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019, Recomandari)

1.1.3.13 Pacientii detinuti

Art. 255

Orice formă de detenție sau închisoare și toate măsurile care afectează drepturile omului privind o persoană supusă oricărei forme de detenție sau închisoare se dispune de către o autoritate judiciară sau de altă natură, sau va fi sub controlul efectiv al acesteia.

(Principiul 4, Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale [CIOMS] în colaborare cu Organizatia Mondiala a Sanatatii. Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare, 2002)

Art. 256

1. O persoană nu poate fi ținută în detenție fără să fi avut posibilitatea efectivă de a fi ascultată de către o autoritate judiciară sau altă autoritate. O persoană deținută are dreptul de a se apăra sau de a fi asistată de avocat în conformitate cu legea.

2. O persoană deținută și avocatul său, dacă este cazul, vor primi comunicarea promptă și completă a oricărui ordin de detenție, împreună cu motivarea aferentă.

3. O autoritate judiciară este împuternicită să revizuiască, după caz, prelungirea detenției.

(Principiul 11, Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale [CIOMS] în colaborare cu Organizatia Mondiala a Sanatatii. Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare, 2002)

Art. 257

Autoritatea responsabilă de arestarea și detenția unei persoane trebuie să îi furnizeze informații și explicații privind drepturile sale și cum să profite de acestea, încă de la începutul arestării sau detenției.

(Principiul 13, Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale [CIOMS] în colaborare cu Organizatia Mondiala a Sanatatii. Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare, 2002)

Art. 258

O persoană deținută sau închisă, ori avocatul acesteia, are dreptul de a solicita un al doilea examen sau aviz medical unei autorități judiciare sau altei autorități responsabile, respectând condițiile necesare pentru a asigura siguranța și ordinea de la locul de detenție sau închisoare.

(Principiul 25, Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale [CIOMS] în colaborare cu Organizatia Mondiala a Sanatatii. Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare. 2002)

Art. 259

1. O persoană deținută sau avocatul său are dreptul să introducă în orice moment o acțiune în conformitate cu dreptul intern în fața unei autorități judiciare pentru a contesta legalitatea detenției sale, în scopul de a obține eliberarea sa fără întârziere, în cazul în care detenția este ilegală.

2. Procedurile prevăzute la alineatul (1) trebuie să fie simple, rapide și fără costuri pentru persoanele deținute care nu beneficiază de mijloace adecvate. Persoana deținută trebuie prezentată în fața autorității judiciare fără întârzieri nerezonabile de către instituția responsabilă cu detenția sa.

(Principiul 32, Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale [CIOMS] în colaborare cu Organizatia Mondiala a Sanatatii. Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare. 2002)

Art. 260

1. Asigurarea asistenței medicale pentru deținuți este o responsabilitate a statului. Prizonierii ar trebui să se bucure de aceleași standarde de asistență medicală care sunt disponibile în comunitate și ar trebui să aibă acces gratuit la serviciile de asistență medicală necesare fără discriminare din cauza statutului lor juridic.

2. Serviciile de îngrijire a sănătății ar trebui organizate în strânsă relație cu administrația generală de sănătate publică și într-un mod care să asigure continuitatea tratamentului și îngrijirilor, inclusiv pentru HIV, tuberculoză și alte boli infecțioase, precum și pentru dependența de droguri.

(Regula 24 Nelson Mandela)

Art. 261

(1) Fiecare închisoare va avea un serviciu de asistență medicală însărcinat cu evaluarea, promovarea, protejarea și îmbunătățirea sănătății fizice și mentale a deținuților, acordând o atenție deosebită prizonierilor cu nevoi speciale de îngrijire a sănătății sau cu probleme de sănătate care împiedică reabilitarea acestora.

(2) Serviciul de îngrijire a sănătății constă dintr-o echipă interdisciplinară cu personal suficient calificat care acționează în deplină independență clinică și are o experiență suficientă în psihologie și psihiatrie. Serviciile unui stomatolog calificat sunt disponibile tuturor prizonierilor.

(Regula 25 Nelson Mandela)

Art. 262

(1) Serviciul de asistență medicală pregătește și menține fișiere medicale individuale exacte, actualizate și confidențiale privind toți deținuții, iar tuturor deținuților ar trebui să li se acorde acces la dosarele lor la cerere. Un deținut poate numi un terț pentru a accesa dosarul său medical.

(2) Fișele medicale sunt transferate serviciului de asistență medicală al instituției primitoare la transferul unui deținut și sunt supuse confidențialității medicale.

(Regula 26 Nelson Mandela)

Art. 263

(1) Toate penitenciarele asigură accesul prompt la asistență medicală în cazuri urgente. Prizonierii care necesită tratament specializat sau chirurgie sunt transferați în instituții specializate sau în spitale civile. În cazul în care un serviciu penitenciar are propriile sale spitale, acestea trebuie să fie dotate și dotate în mod adecvat pentru a le oferi prizonierilor tratamente și îngrijiri adecvate.

(2) Deciziile clinice pot fi luate numai de către cadrele medicale responsabile și nu pot fi anulate sau ignorate de personalul penitenciar care nu este medical.

(Regula 27 Nelson Mandela)

Art. 264

În închisorile de femei, vor exista locuri de cazare speciale pentru toate îngrijirile și tratamentele prenatale și postnatale necesare. Aranjamentele se fac ori de câte ori este posibil pentru ca copiii să se nască într-un spital din afara închisorii. Dacă un copil este născut în închisoare, acest fapt nu va fi menționat în certificatul de naștere.

(Regula 28 Nelson Mandela)

Art. 265

(1) Decizia de a permite unui copil să rămână cu părintele său în închisoare se bazează pe interesul superior al copilului în cauză. În cazul în care copiilor li se permite să rămână în închisoare cu un părinte, trebuie să se prevadă:

(a) unități de îngrijire interne sau externe, angajate de persoane calificate, unde copiii sunt plasați atunci când nu sunt în grija părintelui;

(b) Servicii de îngrijire a sănătății specifice copilului, inclusiv analize de sănătate la admitere și monitorizarea continuă a dezvoltării lor de către specialiști.

2. Copiii aflați în închisoare cu un părinte nu vor fi niciodată tratați ca prizonieri.

(Regula 29 Nelson Mandela)

Art. 266

Un medic sau alți profesioniști din domeniul sănătății calificați, indiferent dacă sunt sau nu obligați să raporteze medicului, trebuie să vadă, să discute și să examineze fiecare prizonier cât mai curând posibil, după internarea acestuia și după caz. O atenție deosebită se acordă:

(a) Identificarea nevoilor de asistență medicală și luarea tuturor măsurilor necesare pentru tratament;

(b) Identificarea oricăror rele tratamente la care prizonierii sosiți ar fi putut fi supuși înainte de internare;

(c) identificarea oricăror semne de stres psihologic sau de altă natură cauzate de faptul de închisoare, inclusiv, dar fără a se limita la, riscul de sinucidere sau auto-vătămare

și simptome de retragere rezultate din consumul de droguri, medicamente sau alcool; și întreprinderea tuturor măsurilor sau tratamentului individualizat corespunzător;

(d) În cazurile în care prizonierii sunt suspectați de boli contagioase, asigurând izolarea clinică și tratamentul adecvat al prizonierilor în perioada infecțioasă;

(e) Stabilirea capacității prizonierilor de a munci, de a exercita și de a participa la alte activități, după caz.

(Regula 30 Nelson Mandela)

Art. 267

Medicul sau, dacă este cazul, alți profesioniști din domeniul asistenței medicale calificate, vor avea acces zilnic la toți prizonierii bolnavi, toți deținuții care se plâng de probleme de sănătate fizică sau psihică sau de vătămare și orice prizonier căruia îi este adresată atenția specială. Toate examinările medicale trebuie efectuate în deplină confidențialitate.

(Regula 31 Nelson Mandela)

Art. 268

(1) Relația dintre medic sau alți profesioniști din domeniul sănătății și prizonieri este reglementată de aceleași standarde etice și profesionale ca cele aplicabile pacienților din comunitate, în special:

(a) Obligația de a proteja sănătatea fizică și psihică a prizonierilor și prevenirea și tratamentul bolilor numai pe baza unor motive clinice;

(b) respectarea autonomiei prizonierilor în ceea ce privește propria sănătate și consimțământul informat în relația medic-pacient;

(c) Confidențialitatea informațiilor medicale, cu excepția cazului în care păstrarea confidențialității respective ar duce la o amenințare reală și iminentă pentru pacient sau pentru alții;

(d) O interdicție absolută de a angaja, în mod activ sau pasiv, în acte care pot constitui tortură sau un alt tratament sau o pedeapsă crudă, inumană sau degradantă, inclusiv experimentarea medicală sau științifică care poate fi în detrimentul sănătății unui deținut, cum ar fi îndepărtarea unui celulele, țesuturile sau organele prizonierului.

(2) Fără a aduce atingere alineatului (1) litera (d) din această regulă, deținuții li se poate permite, cu acordul lor liber și informat, și în conformitate cu legislația aplicabilă, să participe la studiile clinice și la alte cercetări în domeniul sănătății accesibile în comunitate, dacă se așteaptă produc un beneficiu direct și semnificativ pentru sănătatea lor și de a dona celule, țesuturi sau organe unei rude.

(Regula 32 Nelson Mandela)

Art. 269

Medicul trebuie să raporteze directorului închisorii ori de câte ori consideră că sănătatea fizică sau psihică a unui deținut a fost sau va fi afectată în mod vătămător de detentia continuă sau de orice condiție de închisoare.

(Regula 33 Nelson Mandela)

Art. 270

Dacă, în cursul examinării unui prizonier la internare sau acordarea de îngrijiri medicale prizonierului, profesioniștii din domeniul sănătății sunt conștienți de orice semn de tortură sau de un alt tratament sau pedeapsă crudă, inumană sau degradantă, ei trebuie să documenteze și să

raporteze astfel de cazuri la autoritatea medicală, administrativă sau judiciară competentă. Trebuie respectate garanții procedurale adecvate pentru a nu expune prizonierul sau persoanele asociate la riscul previzibil de vătămare.

(Regula 34 Nelson Mandela)

Art. 271

(1) Medicul sau organismul de sănătate publică competent inspectează în mod regulat și sfătuiește directorul închisorii cu privire la:

(a) cantitatea, calitatea, prepararea și serviciile alimentare;

(b) Igiena și curățenia instituției și a prizonierilor;

(c) igienizarea, temperatura, iluminarea și aerisirea închisorii;

(d) potrivirea și curățenia îmbrăcămintei și așternutului prizonierilor;

(e) Respectarea normelor privind educația fizică și sportul, în cazurile în care nu există personal tehnic responsabil pentru aceste activități.

(2) Directorul penitenciarului ia în considerare sfaturile și rapoartele furnizate în conformitate cu alineatul (1) din această regulă și regula 33 și ia măsuri imediate pentru a da avizul și recomandările din rapoarte. În cazul în care sfaturile sau recomandările nu intră în competența directorului închisorii sau dacă nu sunt de acord cu acestea, directorul prezintă imediat unei autorități superioare propriul raport și sfaturile sau recomandările medicului sau ale organelor publice de sănătate competente.

(Regula 35 Nelson Mandela)

Art. 272

Asociația Medicală Mondială consideră că este esențial atât din motive de sănătate publică, cât și din motive umanitare, să se acordă o atenție catre:

1. Protejarea drepturilor prizonierilor în conformitate cu diferitele instrumente ale ONU referitoare la condițiile de închisoare. Prizonierii ar trebui să se bucure de aceleași drepturi ca și alți pacienți, așa cum este prezentat în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Lisabona;

2. Să nu permită ignorarea sau invalidarea drepturilor prizonierilor, deoarece au o boală infecțioasă;

3. Asigurarea condițiilor în care sunt păstrați deținuții și prizonierii, indiferent dacă sunt deținuți în timpul investigării unei infracțiuni, în așteptarea procesului sau a pedepsei odată condamnate, nu contribuie la dezvoltarea, agravarea sau transmiterea bolii.

4. Asigurarea menținerii persoanelor în timpul procedurilor de imigrație, în condiții care nu încurajează răspândirea bolii, deși în mod normal închisorile nu ar trebui folosite pentru adăpostirea acestor persoane;

5. Asigurarea coordonării serviciilor de sănătate din închisorile și din afara acestora, pentru a facilita continuitatea îngrijirii și monitorizarea epidemiologică a pacienților deținuți atunci când aceștia sunt eliberați;

6. Asigurarea faptului că prizonierii nu sunt izolați sau plasați în condiții solitare, ca răspuns la starea lor de infectare, fără acces adecvat la îngrijirea sănătății și la tratamentul medical adecvat al stării lor de infectie;

7. Asigurarea faptului că, la internarea sau transferul într-o închisoare diferită, starea de sănătate a deținuților este revizuită în termen de 24 de ore de la sosire pentru a asigura continuitatea îngrijirii;

8. Asigurarea asigurării tratamentului de urmărire pentru deținuții care, la eliberarea lor, sunt încă bolnavi, în special cu TBC sau cu orice altă boală infecțioasă. Deoarece tratamentele neregulate sau întreruperile tratamentului pot fi deosebit de periculoase epidemiologic și pentru individ, planificarea și furnizarea de îngrijire continuă sunt elemente esențiale ale serviciilor de asistență medicală din închisoare;

9. Recunoscând că mecanismele de sănătate publică, care pot implica, în cazurile cele mai rare și excepționale, detenția obligatorie a persoanelor care prezintă un risc grav de infecție pentru o comunitate mai largă trebuie să fie eficace, necesare și justificate și proporțional cu riscurile prezentate. Acești pași ar trebui să fie excepționali și trebuie să urmeze chestionarea atentă și critică a necesității unor astfel de constrângeri și a absenței unei alternative efective. În astfel de circumstanțe, detenția ar trebui să fie cât mai scurtă și să fie cât mai limitată în restricții pe cât posibil. De asemenea, trebuie să existe un sistem de evaluare independentă și revizuit periodic a oricăror astfel de măsuri, inclusiv un mecanism de apel de către pacienții înșiși. Ori de câte ori este posibil să se utilizeze alternative la o astfel de detenție;

10. Acest model trebuie utilizat în luarea în considerare a tuturor etapelor pentru prevenirea infecțiilor încrucișate și pentru tratarea persoanelor infectate existente în mediul închisorii.

11. Medicii care lucrează în penitenciare au datoria să raporteze autorităților de sănătate și organizațiilor profesionale din țara lor orice deficiență în asistența medicală acordată deținuților și orice situație cu risc epidemiologic ridicat. Asociatiile Medicale Nationale sunt obligate să încerce să-i protejeze pe acești medici împotriva oricăror posibile represalii.

12. Medicii care lucrează în penitenciare au obligația de a respecta ghidurile naționale de sănătate publică, atunci când acestea sunt adecvate din punct de vedere etic, în special în ceea ce privește raportarea obligatorie a bolilor infecțioase și transmisibile.

13. Asociatia Medicala Mondiala invită asociațiile membre să lucreze cu guvernele naționale și locale și autoritățile penitenciare pentru a aborda promovarea sănătății și îngrijirea sănătății în instituțiile lor și să adopte programe care să asigure un mediu închis și sigur.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Edinbugh privind conditiile din inchisoare si raspandirea tuberculozei si a altor boli molipsitoare, Adoptata de cea de-a 52-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Edimburgh, Scotia, Octombrie 2000 si revizuita de cea de-a 62-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguai, Octombrie 2011, Actiuni Cerute)

Art. 273

1. Având în vedere impactul nociv al inchiderii solitare, care poate duce uneori la o formă de tortură sau maltratare, Asociatia Medicala Mondiala și membrii acesteia solicită punerea în aplicare a Regulilor Nelson Mandela și a altor standarde și recomandări internaționale asociate, în vederea protejării drepturile omului și demnitatea prizonierilor.

2. Asociatia Medicala Mondiala și membrii acesteia subliniază în special respectarea următoarelor principii:

Având în vedere consecințele grave pe care le poate avea inchiderea solitara asupra sănătății fizice și psihice (inclusiv un risc crescut de suicid sau auto-vătămare), aceasta ar trebui să fie impusă doar în cazuri excepționale ca ultimă soluție și supusă revizuirii independente și în cel mai scurt

timp posibil. Autoritatea care impune inchiderea solitara trebuie să acționeze în conformitate cu regulile și reglementările clare cu privire la utilizarea acesteia.

Toate deciziile privind inchiderea solitara trebuie să fie transparente și reglementate de lege. Utilizarea închisului solitar ar trebui să fie limitată în timp de lege. Deținutul trebuie informat despre durata inchiderii solitare, iar perioada de durată ar trebui să fie determinată înainte de luarea măsurii. Prizonierii care fac obiectul închisorii solitare ar trebui să aibă un drept de apel.

Încălzirea solitară nu trebuie să depășească o perioadă de timp de 15 zile consecutive. Eliberarea prizonierului din închisoare solitară pentru o perioadă foarte limitată de timp, cu intenția ca individul să fie plasat imediat din nou în închisoare pentru a se înlătura de regulile privind durata de ședere trebuie, de asemenea, să fie interzis.

Interziceri de utilizare a închisorii solitare:

3. Ar trebui interzisă închiderea solitară nedeterminată sau prelungită, aceasta reprezentând o forma de tortură crudă, inumană sau degradantă sau un astfel de tratament sau pedeapsă.

4. Ar trebui interzisă închiderea solitară pentru copii și tineri (așa cum este definit de legislația internă), femeile însărcinate, femeile de până la șase luni post-partum, femeile cu sugari și mamele care alăptează, precum și pentru deținuții cu probleme de sănătate mintală, având în vedere faptul că izolarea adesea duce la exacerbarea severă a condițiilor preexistente de sănătate mintală.

5. Utilizarea închisorii solitare ar trebui să fie interzisă în cazul deținuților cu dizabilități fizice sau a altor condiții medicale, în cazul în care condițiile lor ar fi exacerbate prin astfel de măsuri.

6. În cazul în care copiii și tinerii trebuie separați, pentru a le asigura siguranța sau siguranța celorlalți, acest lucru ar trebui efectuat într-un cadru non-solitar, cu resurse adecvate pentru a răspunde nevoilor lor, inclusiv asigurarea unui contact uman regulat și cu scop activitate.

Condiții ale închisorii solitare:

7. Demnitatea umană a prizonierilor aflați în izolare trebuie respectată întotdeauna.

8. Prizonierilor izolați ar trebui să li se permită o cantitate rezonabilă de contacte umane, activități și stimuli de mediu obișnuiți, inclusiv exerciții fizice zilnic. Ca și în cazul tuturor prizonierilor, aceștia nu trebuie să fie supuși unor condiții extreme de deteriorare fizică și / sau psihică.

9. Prizonierii aflați în închisoare trebuie să aibă o perioadă de adaptare, inclusiv un examen medical, înainte de a fi eliberați din închisoare. Aceasta nu trebuie să le prelungeasca niciodată perioada de încarcerare.

Rolul medicului:

10. Rolul medicului este să protejeze, să pledeze și să îmbunătățească sănătatea fizică și psihică a prizonierilor, nu să aplice pedeapsa. Prin urmare, medicii nu ar trebui să participe niciodată la nicio parte a procesului de luare a deciziilor care are ca rezultat închisoarea solitară, care include declararea unei persoane ca „aptă” să reziste la închisoare solitară sau să participe în vreun fel la administrarea sa. Acest lucru nu împiedică medicii să efectueze vizite regulate la cei aflați în închisoare solitară pentru a evalua sănătatea și pentru a oferi îngrijiri și tratament acolo unde este necesar sau pentru a ridica îngrijorarea în cazul în care aceștia identifică o deteriorare a sănătății unei persoane.

11. Furnizarea de îngrijiri medicale ar trebui să aibă loc in functie de nevoia medicală sau la solicitarea deținutului. Medicilor ar trebui să li se garanteze accesul zilnic la prizonieri în condiții solitare, din proprie inițiativă. Accesul mai frecvent ar trebui să fie acordat dacă medicii consideră că este necesar.

12. Medicii care lucrează în penitenciare trebuie să poată lucra cu independență clinică completă față de administrația penitenciară. Pentru a menține această independență, medicii care lucrează în penitenciare ar trebui angajați și gestionați de un organism separat de închisoare sau de sistemul de justiție penală.

13. Medicii ar trebui să furnizeze medicamente sau tratamente necesare medical și nu ar trebui să prescrie niciodată medicamente sau tratament cu intenția de a permite o perioadă mai lungă de închisoare.

14. Asistența medicală ar trebui să fie întotdeauna asigurată într-un cadru care să respecte intimitatea și demnitatea prizonierilor.

Medicii care lucrează în spațiul închisorii sunt legați de aceleași coduri și principii de etică medicală precum ar fi în orice alt cadru.

15. Medicii ar trebui să raporteze orice îngrijorare cu privire la impactul pe care soluția solitară îl are asupra sănătății și bunăstării unui deținut individual către cei responsabili de revizuirea deciziilor de închisoare. Dacă este necesar, aceștia ar trebui să facă o recomandare clară ca persoana să fie scoasă din închisoare solitară, iar această recomandare să fie respectată și acționată de autoritățile penitenciare.

16. Medicii au datoria să ia în considerare condițiile din mediul solitar și să ridice probleme autorităților, dacă consideră că acestea sunt inacceptabile sau pot constitui un tratament inuman sau degradant.

Ar trebui să existe mecanisme clare în fiecare sistem care să permită medicilor să raporteze astfel de îngrijorări.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind izolarea, adoptat de cea-a de-a 65-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Durban, Africa de Sud, Octombrie 2014 si revizuita de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi Georgia, Octombrie 2019, Recomandari)

Art. 274

1. Asociația Medicală Mondială adoptă această declarație în scopul de a oferi îndrumări pentru Asociațiile Medicale Naționale pe măsură ce elaborează linii directoare pentru membrii lor.

2. Participarea medicului la căutările în cavitatilor corpului în scopul aplicării legii sau a siguranței publice implică probleme complexe ale drepturilor pacientului, consimțământului informat, obligațiilor de încredere ale medicilor (probleme de dublă loialitate) și responsabilitățile acestora de a contribui la sănătatea publică. O solicitare de a efectua o căutare in cavitatile corporale pune medicul în poziția de nedorite de a încălca standardele etice ale profesiei sale. Participarea medicului trebuie să fie doar în cazuri excepționale.

3. Există mai multe tipuri de percheziții ale prizonierilor efectuate în cadrul sistemului de detenție. Acestea pot include căutări de contrabandă și căutări de obiecte imediat periculoase pentru deținut și pentru cei din jurul său. Căutările variază de la cele mai puțin invazive căutări „pat-down” până la cele mai invazive căutări de benzi (inclusiv examinarea anala) și căutări în cavitatea corpului.

4. Sistemele penitenciare din multe țări comandă percheziții în cavitatile corpului deținuților. Astfel de percheziții, care includ examinarea rectală și pelvină (vaginală), pot fi efectuate atunci când un individ intră inițial în populația închisorii și, ulterior, ori de câte ori individului i se permite să aibă contact personal direct cu cineva din afara populației penitenciare. De asemenea, pot fi întreprinse atunci când există un motiv de a crede că a avut loc o încălcare a securității sau a reglementărilor penitenciare. De exemplu, atunci când un prizonier este dus la Curte pentru o audiere sau la spital pentru tratament sau pentru a lucra în afara închisorii, prizonierul, la întoarcerea în instituție, poate fi supus unei căutări a cavităților corpului care va include toate orificiile corpului. În cazul în care deținuții au contact direct cu vizitatorii - membrii familiei sau altfel - normele închisorii pot necesita, de asemenea, percheziții în cavitatea corpului. Scopul căutării este în primul rând legat de securitate, pentru a preveni pătrunderea în contrabandă, cum ar fi arme sau droguri.

5. Aceste percheziții sunt efectuate din motive de securitate și nu din motive medicale sau legate de sănătate. Acestea trebuie făcute doar de cineva cu pregătire adecvată. În cele mai multe cazuri, aceasta va însemna pe cineva care lucrează în sistemul de detenție care a fost instruit să efectueze în siguranță astfel de percheziții. Această persoană nu trebuie să fie medic decât în circumstanțe neobișnuite și specifice.

6. Obligația unui medic de a acorda îngrijiri medicale prizonierului poate fi compromisă cu o obligație de a participa la sistemul de securitate al închisorii. Un medic ar trebui să caute să fie cât mai îndepărtat de efectuarea percheziților corporale. Orice directivă de căutare trebuie separată de îndatoririle generale generale de îngrijire medicală pentru a proteja relația pacient / medic.

7. În cazuri excepționale, autoritatea deținută poate indica faptul că o cercetare este efectuată de un medic. Medicul va decide dacă este necesară participarea medicală și va acționa corespunzător și etic.

8. Percheziția ar putea cauza leziuni, de exemplu dacă este efectuată de cineva cu abilități scazute, de exemplu dacă prizonierul este gravidă sau are hemoroizi severi, atunci această procedură non-medicală poate fi efectuată de un medic pentru a-l proteja pe deținut de o trauma. Într-un astfel de caz, medicul ar trebui să explice acest lucru prizonierului. Medicul ar trebui, de asemenea, să-i explice deținutului că el / acesta efectuează această căutare nu ca un medic care îngrijește pacientul, ci pentru siguranța pacientului și în conformitate cu cerințele autorităților de detenție pentru care relația normală dintre pacient și medic nu există. Medicul trebuie să informeze deținutul că condițiile obișnuite de confidențialitate medicală nu se aplică în timpul acestei proceduri și rezultatele percheziției vor fi dezvăluite autorităților. În cazul în care un medic are un mandat corespunzător de către o autoritate și este de acord să efectueze o căutare a cavității corporale la un prizonier din motive de siguranță a pacientului, autoritatea trebuie să fie informată că este necesar ca această procedură să fie făcută într-un mod uman.

9. Dacă percheziția este efectuată de un medic, acesta nu ar trebui să fie efectuat de niciun medic care ulterior va oferi îngrijiri medicale prizonierului.

10. Examinările forțate nu sunt acceptabile din punct de vedere etic, iar medicii nu trebuie să le efectueze. În cazul în care prizonierul acceptă o percheziție, medicul sau o altă persoană care efectuează căutarea cavității corpului, ar trebui să se asigure că deținutul este pe deplin conștient de ceea ce va fi făcut, inclusiv de facilitățile în care va fi efectuată percheziția.

11. Căutările trebuie efectuate în mod uman și, dacă este posibil, într-un cadru privat, confidențial, care îl respectă pe deținut. Persoana care efectuează percheziția ar trebui să aibă același sex ca și prizonierul căutat. Dacă este cazul, persoanelor transgenre ar trebui să se întrebe mai întâi cu ce gen se identifică.

12. Asociația Medicală Mondială îndeamnă toate guvernele și oficialii publici cu responsabilitatea pentru siguranța publică să recunoască faptul că percheziţiile invazive reprezintă agresiuni grave la adresa vieții private și a demnității unei persoane, precum și un anumit risc de vătămare fizică și psihică. Asociația Medicală Mondială îndeamnă ca, în măsura posibilului, fără a compromite securitatea publică, să fie urmate recomandările:

• Metodele alternative sunt utilizate pentru depistarea de rutină a prizonierilor, inclusiv cu ultrasunete și alte scanări, iar căutările în cavitatea corporală pot fi utilizate doar ca ultimă soluție;

• Trebuie să se interzică ghemuirea asupra oglinzilor pentru a examina anusul în timp ce îl face pe prizonier, o procedură degradantă cu fiabilitate discutabilă;

• În cazul în care trebuie efectuată o căutare a cavității corporale, personalul responsabil trebuie să se asigure că percheziția este efectuată uman de către personalul de același gen cu cel al deținutului și care posedă suficiente abilități medicale și pentru a efectua în mod sigur căutarea;

• Aceeași autoritate responsabilă trebuie să se asigure că intimitatea și demnitatea individului sunt garantate.

• Participarea medicului la căutările cavității corpului ar trebui să fie numai în cazuri excepționale. În aceste cazuri, datoria de percheziție ar trebui separată de furnizarea de îngrijiri medicale de către medic.

13. În cele din urmă, Asociația Medicală Mondială îndeamnă toate guvernele și oficialii responsabili publici să facă percheziții ale corpului care sunt efectuate de un medic calificat ori de câte ori este justificat de starea fizică a individului. În măsura posibilului, trebuie respectată o cerere specifică a unui deținut pentru un medic.

14. În cazuri specifice, poate fi autoritatea deținută, care necesită efectuarea unei căutări de către un medic, pentru bunăstarea acestui deținut. Medicul, într-un astfel de caz, va decide dacă participarea medicală este într-adevăr necesară și va acționa în consecință și în mod etic.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind perchezitiile corporale ale detinutilor, adoptat de cea de-a 45-a Adunare Medicala Mondiala, Budapesta, Ungaria, Octombrie 1993, revizuita editorial de cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2005 si revizuita de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016)

1.1.3.14 Tratamentele estetice

Art. 275

1. Demnitatea, integritatea și confidențialitatea pacientului trebuie respectate întotdeauna.

2. Medicii au un rol în a ajuta la identificarea leziunilor nesanatoase ale corpului și în abordarea și tratarea tulburărilor atunci când există.

3. Tratamentele estetice trebuie să fie efectuate numai de către medici cu cunoștințe, abilități și experiență suficientă a intervențiilor efectuate.

4. Toți practicienii care oferă tratamente estetice trebuie să fie înregistrați și / sau autorizați de autoritatea de reglementare competentă. În mod ideal, medicul practicant ar trebui să fie autorizat și de această autoritate să ofere fiecare tratament estetice in mod specific.

5. Toate tratamentele estetice trebuie să fie precedate de o examinare amănunțită a pacientului. Practicianul trebuie să ia în considerare toate circumstanțele, fizice și psihologice, care pot provoca un risc crescut de daune pentru pacient și ar trebui să refuze efectuarea tratamentului dacă riscul este inacceptabil. Acest lucru este valabil mai ales în cazul minorilor. Practicanții ar trebui să aleagă întotdeauna cea mai potrivită opțiune de tratament, decât cea mai profitabilă.

6. Minorii pot avea nevoie sau beneficiază de tratamente medicale plastice, dar procedurile pur estetice nu trebuie efectuate la minori. Dacă, în cazuri excepționale, tratamentul estetic este efectuat la un minor, acesta trebuie făcut numai cu grijă și atenție specială și numai dacă scopul tratamentului este de a evita atenția negativă, mai degrabă decât de a obține o atenție pozitivă. Trebuie să fie luați în considerare toți factorii medicali relevanți, cum ar fi dacă minorul este în continuă creștere sau dacă tratamentul va trebui repetat la o dată ulterioară.

7. Pacientul trebuie să consimnta în mod explicit la orice tratament estetic, de preferință în scris. Înainte de a solicita acordul, medicul trebuie să informeze pacientul cu privire la toate aspectele relevante ale tratamentului, inclusiv modul în care se desfășoară procedura, riscurile posibile și faptul că multe dintre aceste tratamente pot fi ireversibile. Pacientului trebuie să i se acorde suficient timp pentru a lua în consideratie informațiile înainte de începerea tratamentului. În cazul în care pacientul care solicită tratamentul este minor, trebuie obținut consimțământul informat al părinților sau al reprezentantului legal autorizat.

8. Toate tratamentele estetice efectuate trebuie documentate cu atenție de către practicant. Documentația ar trebui să includă o descriere detaliată a tratamentului efectuat, informații despre medicamente utilizate, dacă există, și toate celelalte aspecte relevante ale tratamentului.

9. Tratamentele estetice trebuie efectuate numai în condiții strict igienice și medicale în spații care sunt fixate și dotate corespunzător. Aceasta trebuie să includă echipamente pentru tratarea reacțiilor alergice care pot pune viața în pericol și alte complicații potențiale.

10. Publicitatea și comercializarea tratamentelor estetice ar trebui să fie responsabile și nu ar trebui să încurajeze așteptările nerealiste de rezultatele tratamentului. Fotografiile nereale sau alterate care arată pacienții înainte și după tratamente nu trebuie utilizate în publicitate.

11. Publicitatea și comercializarea tratamentelor estetice nu trebuie să fie niciodată direcționate minorilor.

12. Practicienii nu ar trebui niciodată să ofere sau să promoveze împrumuturi financiare ca mijloc de plată pentru tratamentul estetic.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind tratamentul estetic, adoptat de cea de-a 65-a Adunare Medicala Mondiala, Durban, Africa de Sud, Octombrie 2014, Principii)

1.1.3.15 Tratamentele medicamentoase

Art. 276

Responsabilitățile medicului

Diagnosticarea bolilor pe baza educației medicului și a competențelor și abilitatilor obtinute.

Evaluarea necesității tratamentului farmacologic și prescrierea medicamentelor corespunzătoare în consult cu pacienții, farmaciștii și alți profesioniști din domeniul sănătății, atunci când este cazul.

Furnizarea de informații pacienților despre diagnostic, indicații și obiective de tratament, precum și acțiune, beneficii, riscuri și potențiale efecte secundare ale tratamentului farmacologic. În cazul rețetelor in afara marcii, pacientul trebuie să fie informat cu privire la caracterul rețetei.

Monitorizarea și evaluarea răspunsului la tratamentul farmacologic, progresul către obiectivele terapeutice și, după caz, revizuirea planului terapeutic în colaborare cu farmaciștii, alți profesioniști din domeniul sănătății și, după caz, cu îngrijitorii.

Furnizarea și schimbul de informații în legătură cu tratamentul farmacologic cu alți medici de sănătate.

Conducerea echipei multidisciplinare de profesioniști din domeniul sănătății responsabili de gestionarea tratamentului farmacologic complex.

Menținerea unei înregistrări adecvate pentru fiecare pacient, în funcție de nevoia de terapie și în conformitate cu legislația privind confidențialitatea și protejarea datelor pacientului.

Acolo unde este posibil, participarea activă la stabilirea sistemelor electronice de livrare a medicamentelor la locul lor de muncă și susținerea acestor sisteme cu cunoștințele lor profesionale.

Menținerea unui nivel ridicat de cunoaștere a tratamentului farmacologic prin dezvoltarea profesională continuă.

Asigurarea achiziționării și stocării în siguranță a medicamentelor pe care medicul este obligat să le furnizeze sau să i se permită să le distribuie.

Revizuirea comenzilor de prescripție pentru a identifica interacțiunile, reacțiile alergice, contraindicațiile și duplicările terapeutice.

Raportarea reacțiilor adverse la medicamente către autoritățile medicale, în conformitate cu legislația națională.

Monitorizarea și limitarea, după caz, a prescripțiilor medicamentelor care pot avea proprietăți dependente.

Documentarea reacțiilor adverse la medicamente în fișa medicală a pacientului.

Responsabilitățile farmacistului

Asigurarea achizițiilor sigure, depozitarea și distribuirea adecvată a medicamentelor în conformitate cu reglementările relevante.

Furnizarea de informații pacienților, care pot include numele medicamentului, scopul său, interacțiunile potențiale și efectele secundare, precum și utilizarea și stocarea corectă.

Revizuirea comenzilor de prescripție pentru a identifica interacțiunile, reacțiile alergice, contraindicațiile și duplicările terapeutice. Preocupările ar trebui discutate cu medicul care prescrie, dar farmacistul nu ar trebui să schimbe rețeta fără să consulte medicul curant.

Discutarea problemelor sau preocupărilor legate de medicamente, atunci când este cazul și când este solicitat de către pacient.

Consilierea pacienților, după caz, cu privire la selecția și utilizarea medicamentelor fără prescripție medicală și la gestionarea pacientului de simptome sau tulburări minore. În cazul în care auto-medicația nu este adecvată, sfătuind pacienții să consulte medicul pentru diagnostic și tratament.

Participarea la echipe multidisciplinare privind tratamentul farmacologic complex în colaborare cu medicii și alți furnizori de servicii medicale, de obicei într-un cadru spitalicesc.

Raportarea reacțiilor adverse la medicamente la medicul curant și la autoritățile medicale în conformitate cu legislația națională.

Furnizarea și schimbul de informații generale și specifice despre medicamente și sfaturi legate de medicamente cu publicul și medicii de îngrijire a sănătății.

Menținerea unui nivel ridicat de cunoaștere a tratamentului farmacologic prin dezvoltarea profesională continuă.

Concluzie

Pacientul va fi cel mai bine tratat atunci când farmaciștii și medicii colaborează, recunoscând și respectând rolurile reciproce, pentru a se asigura că medicamentele sunt utilizate în siguranță și în mod corespunzător pentru a obține cele mai bune rezultate pentru sănătatea pacientului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind relatia dintre medici si farmacisti in terapia medicala, adopta de cea de-a 51-a Adunare Medicala Mondiala, Tel Aviv, Israel, Octombrie 1999 si amendata de cea de-a 61-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Vancouver, Canada, Octombrie 2010)

Art. 277

Preambul

Asociația Medicală Mondială a dezvoltat această declarație pentru a oferi îndrumări medicilor și pacienților acestora cu privire la automedicatia responsabila.

1. Diferenta dintre automedicatie și medicamentele cu prescripție

1. Produsele medicamentoase pot fi, în general, împărțite în două categorii separate: medicamente cu prescripție medicală și fără prescripție medicală. Această clasificare poate diferi de la o țară la alta. Autoritățile naționale trebuie să se asigure că medicamentele, clasificate drept medicamente fără prescripție medicală, sunt suficient de sigure pentru a nu dăuna sănătății.

2. Medicamentele eliberate pe bază de rețetă sunt cele care sunt disponibile numai pentru persoanele fizice pe bază de rețetă de la un medic în urma unui consult. Medicamentele pe bază de rețetă nu sunt sigure pentru utilizare decât sub supravegherea unui medic din cauza toxicității, a altor efecte potențiale sau dăunătoare (de exemplu, dependență), a metodei de utilizare sau a măsurilor colaterale necesare pentru utilizare.

3. Auto-medicația responsabilă, așa cum este utilizată în acest document, este utilizarea unui medicament înregistrat sau monografiat disponibil legal fără prescripția medicului, fie din proprie inițiativă a unei persoane fizice, fie după sfatul unui profesionist din domeniul sănătății. Utilizarea de medicamente fără rețetă medicală prealabilă nu face parte din automedicatia responsabile.

4. Siguranța, eficacitatea și calitatea medicamentelor fără prescripție medicală trebuie să fie dovedite în conformitate cu aceleași principii ca și medicamentele pe bază de rețetă.

2. Utilizarea automedicatiei în combinație cu medicația pe bază de prescripție medicală

In cursul tratamentului poate combina medicamente cu sau fara prescripție, simultan sau secvențial. Pacientul trebuie informat despre posibile interacțiuni dintre medicamentele eliberate pe bază de rețetă și cele fără rețetă. Din acest motiv, pacientul trebuie să fie încurajat să informeze medicul despre medicamentul său.

3. Rolul și responsabilitățile în auto-medicamente

1. În automedicație, individul poartă răspunderea principală pentru utilizarea medicatiei.

Trebuie să aveți mentiuni speciale atunci când grupuri vulnerabile, cum ar fi copiii, persoanele în vârstă sau femeile însărcinate care folosesc automedicatia.

2. Dacă persoanele aleg să folosească auto-medicamente, acestea ar trebui să poată:

1. să recunoască simptomele pe care le tratează;
2. să stabilească dacă starea lor este potrivită pentru auto-medicație;
3. să aleagă un produs adecvat de auto-medicație;
4. să urmeze instrucțiunile de utilizare a produsului, astfel cum este prevăzut în etichetarea produsului.

3. Pentru a limita potențialele riscuri pe care le implică auto-medicația, este important ca toți profesioniștii din domeniul sănătății care au grijă de pacienți să ofere:

1. Educație cu privire la medicamentul fără prescripție medicală și utilizarea adecvată a acestuia și instrucțiuni pentru a solicita sfaturi suplimentare de la un medic dacă nu sunt siguri. Acest lucru este deosebit de important atunci când auto-medicația este inadecvată pentru anumite condiții de care poate suferi pacientul;
2. Încurajarea de a citi cu atenție eticheta și prospectul unui produs (dacă este furnizat), de a solicita sfaturi suplimentare dacă este necesar și de a recunoaște circumstanțele în care auto-medicația nu este sau nu mai este adecvată.
4. Toate părțile implicate în auto-medicamente ar trebui să fie conștiente de avantajele și riscurile oricărui produs de medicație. Bilanțul beneficiu-risc ar trebui comunicat într-un mod corect, rațional, fără a pune în evidență nici riscurile, nici beneficiile.
5. În special, producătorii sunt obligați să respecte diversele coduri sau reglementări deja în vigoare pentru a se asigura că informațiile furnizate consumatorilor sunt adecvate în stil și conținut. Aceasta se referă în special la etichetare, publicitate și toate anunțurile privind medicamentele fără prescripție medicală.
6. Farmacistul are responsabilitatea profesională de a recomanda, în circumstanțe adecvate, solicitarea de consultanță medicală.

4. Rolul guvernelor în auto-medicamente

Guvernele ar trebui să recunoască și să aplice distincția dintre medicamentele cu prescripție medicală și fără prescripție medicală și să se asigure că utilizatorii de automedicatie sunt bine informați și protejați de posibile daune sau efecte negative pe termen lung.

5. Promovarea și comercializarea produselor fara reteta

1. Publicitatea și comercializarea medicamentelor fără rețetă ar trebui să fie responsabile, să furnizeze informații clare și precise și să prezinte un echilibru corect între informații despre beneficii și riscuri. Promovarea și comercializarea nu ar trebui să încurajeze auto-medicația iresponsabilă, cumpărarea de medicamente necorespunzătoare sau achiziționarea de cantități mai mari de medicamente decât sunt necesare.

2. Oamenii trebuie încurajați să trateze medicamentele (rețetă și fără prescripție medicală) ca produse speciale și să fie respectate precauțiile standard în ceea ce privește depozitarea și utilizarea în condiții de siguranță, în conformitate cu sfaturile profesionale.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind automedicatia, adoptat de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washington, DC, SUA, Octombrie 2002 si reafirmat de cea de-a 191-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Praga, Republica Ceha, Aprilie 2012)

Art. 278

1. Medicii ar trebui să se familiarizeze cu legile și / sau reglementările specifice care specifica înlocuirea medicamentelor acolo unde practică.

2. Farmaciștilor trebuie să li se ceară să elibereze exact forma chimică, doza și forma de dozare prescrise de medic. Odată ce medicația a fost prescrisă și începută, nu trebuie făcută nici o înlocuire a medicamentului fără permisiunea medicului prescriptor.

3. Dacă apare substituirea unui medicament, medicul trebuie să monitorizeze și să regleze cu atenție doza pentru a asigura echivalența terapeutică a produselor medicamentoase.

4. În cazul în care substituirea medicamentului duce la o reacție adversă gravă sau la un eșec terapeutic, medicul ar trebui să documenteze această constatare și să o raporteze autorităților de reglementare corespunzătoare.

5. Asociațiile medicale naționale ar trebui să monitorizeze în mod regulat problemele de înlocuire a medicamentelor și să îi consilieze pe membrii acestora cu privire la evoluțiile care au o relevanță specială pentru îngrijirea pacientului. Colectarea și evaluarea rapoartelor de informații cu privire la evoluțiile semnificative din acest domeniu sunt încurajate.

6. Organismele de reglementare corespunzătoare a medicamentelor ar trebui să evalueze și să asigure bioechivalența și echivalența chimică și terapeutică a tuturor produselor medicamentoase similare, fie generice sau cu nume de marcă, pentru a asigura un tratament sigur și eficient.

7. Asociațiile medicale naționale ar trebui să se opună oricărei acțiuni de limitare a libertății și responsabilității medicului de a prescrie în cel mai bun interes medical și financiar al pacientului.

8. Asociațiile Medicale Naționale ar trebui să îndemne autoritățile naționale de reglementare să declare ilegală substituția terapeutică, cu excepția cazului în care această substituție are acordul imediat și prealabil al medicului care a prescris.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind substitutele medicamentoase, adoptat de cea de-a 56-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Santiago, Chile, Octombrie 2005 si reafirmat de cea de-a 200-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Oslo, Norvegia, Aprilie 2015, Recomandari)

Art. 279

Asociatia Medicala Mondiala susține recomandările Strategiei globale de imunizare a viziunii (GIVS) și invită comunitatea internațională să:

• Încurajeze guvernele să ofere resurse pentru programele de imunizare vizate pentru a răspunde nevoilor specifice țării.

• Recunoaasca importanța vaccinării / imunizării prin sprijinul continuu și adoptarea de măsuri pentru atingerea obiectivelor globale de vaccinare și pentru îndeplinirea obiectivelor de dezvoltare ale mileniului, în special patru (reducerea mortalității copiilor), cinci (îmbunătățirea sănătății materne) și șase (combaterea HIV / SIDA, malarie și alte boli).

• Recunoasca responsabilitatea globală a imunizării împotriva bolilor prevenibile și sprijină activitatea în țările care au dificultăți în îndeplinirea țintelor din 2012 în Inițiativa globală de eradicare a poliomielitei

• Sprijine guvernele naționale cu populații vulnerabile cu risc de boli care pot fi prevenite împotriva vaccinurilor și agențiile locale care lucrează pentru a furniza servicii de imunizare și pentru a lucra cu acestea pentru a atenua retricțiile în accesarea serviciilor.

• Susțina cercetarea și dezvoltarea vaccinurilor și asigurare angajamentul prin finanțarea adecvată a cercetării vitale despre vaccinuri.

• Promoveze vaccinarea și beneficiile imunizării, în special vizând persoanele cu risc și persoanele cu dificultăți de obtinere. Respectă activitățile de monitorizare întreprinse de OMS și alte autorități medicale. Promoveze standarde ridicate în cercetarea, dezvoltarea și administrarea vaccinurilor pentru a asigura siguranța pacientului. Vaccinurile trebuie testate minuțios înainte de a fi implementate pe scară largă și monitorizate ulterior pentru a identifica posibile complicații și efecte secundare nepermise. Pentru a avea succes, programele de imunizare au nevoie de încredere publică care depinde de siguranță.

În furnizarea programelor de vaccinare Asociatia Medicala Mondiala recomandă:

• Programul complet de imunizare este livrat pentru a oferi o acoperire optimă. Atunci când este posibil, programul ar trebui să fie gestionat și monitorizat de către persoane instruite în mod corespunzător pentru a asigura livrarea consecventă și gestionarea promptă a reacțiilor adverse la vaccinuri.

• Se folosesc strategii pentru a ajunge la populații izolate din cauza locației, rasei, religiei, statutului economic, marginalizării sociale, sexului și / sau vârstei.

• Asigurați-vă că profesioniștii din domeniul sănătății calificați beneficiază de o pregătire completă pentru a furniza vaccinări și imunizări în siguranță și că vaccinarea / imunizările sunt vizate celor a căror nevoie este cea mai mare.

• Educați oamenii cu privire la beneficiile imunizării și cum să acceseze serviciile de imunizare.

• Mențineți documente medicale precise pentru a vă asigura că datele valabile privind administrarea vaccinului și ratele de acoperire sunt disponibile, permițând politicilor de imunizare să se bazeze pe dovezi solide și fiabile.

• Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui priviți ca o populație prioritară pentru primirea serviciilor de imunizare datorită expunerii lor la pacienți și la boli.

Asociatia Medicala Mondiala solicită membrilor săi să pledeze pentru următoarele:

• Creșterea gradului de conștientizare a programelor naționale de imunizare și a istoriei de imunizare personală (și a persoanelor dependente).

• Să lucreze cu guvernele naționale și locale pentru a se asigura că programele de imunizare sunt resursate și puse în aplicare.

• Pentru a se asigura că personalul medical care furnizează vaccinuri și servicii de imunizare beneficiază de educație și instruire adecvată.

• Promovarea bazei de dovezi și creșterea gradului de conștientizare cu privire la beneficiile imunizării în rândul medicilor și publicului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind prioritizarea imunizarii, adoptata de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Thailanda, Octombrie 2012 si reafirmata de cea de-a 212-a Sesiune de Consiliu, Santiago, Chile, Aprilie 2019, Recomandari)

Art. 280

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă medicii să-și educe ei înșiși pacienții lor despre HPV și bolile asociate, vaccinarea HPV și screeningul de rutină al cancerului de col uterin; și încurajează dezvoltarea și finanțarea programelor pentru a face disponibil vaccinul HPV și pentru a oferi screeningul cancerului de col uterin în țări fără programe organizate de screening de cancer de col uterin.

• Asociațiile medicale naționale (ANM) sunt încurajate să efectueze educație intensivă și eforturi de sfatuire către membrii lor pentru:

• Îmbunătățirea conștientizării și înțelegerii HPV și a bolilor asociate;

• Înțelegerea disponibilitatea și eficacitatea vaccinurilor împotriva HPV;

• Înțelegerea oportunitatii includerii vaccinurilor împotriva HPV în programele naționale de imunizare;

• Înțelegrea nevoii de screening de rutină a cancerului de col uterin; și

Integrarea metodelor de prevenire a cancerului HPV, depistarea și depistarea precoce, diagnosticul, tratamentul și îngrijirea paliativă în programele de dezvoltare profesională continuă și pregătirea pre-service. O astfel de pregătire va utiliza sprijinul existent pentru programele HPV și va ajuta la consolidarea capacității și la eforturile de asigurare a calității.

ANM-urile sunt, de asemenea, încurajate să:

• Integrarea vaccinarii HPV pentru toți adolescenții și depistarea de rutină a cancerului de col uterin pentru femeile tinere în toate setările și vizitele corespunzătoare de îngrijire a sănătății;

• Sprijine disponibilitatea vaccinului HPV și depistarea de rutină a cancerului de col uterin pentru populațiile adecvate care beneficiază cel mai mult de măsuri preventive, inclusiv, dar fără a se limita la pacienții cu risc, cum ar fi venituri reduse, defavorizate și populații care încă nu sunt active sexual;

• Recomande vaccinarea împotriva HPV pentru toate populațiile adecvate;

• Promoeze consilierea pentru membrii pentru prevenirea, îngrijirea și tratamentul HPV;

•Creeze o rețea de medici și practicieni care sunt dispuși și capabili să se mentoreze și să se sprijine reciproc și să stabilească legături cu rețelele existente de vaccin HPV și prevenirea cancerului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind vavinarea Hunman Papilloma Virus, adoptat de cea de-a 64-a Adunare Generala, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013, Recomandari)

Art. 281

Preambul

În întreaga lume, zeci de milioane de oameni cu cancer și alte boli și afecțiuni suferă dureri moderate până la severe, fără acces la un tratament adecvat. Acești oameni se confruntă cu suferințe severe, adesea de luni de zile pana la sfârșit, iar mulți mor în cele din urmă în durere, ceea ce este inutil și aproape întotdeauna prevenibil și tratabil. Persoanele care s-ar putea să nu-și poată exprima în mod adecvat durerea - cum ar fi copiii și persoanele cu dizabilități intelectuale sau cu deficiențe de conștiință - riscă în special să primească un tratament inadecvat al durerii.

Este important să recunoaștem consecințele indirecte ale tratamentului inadecvat al durerii, cum ar fi un impact economic negativ, precum și suferința umană individuală care rezultă direct din durerea netratată.

În cele mai multe cazuri, durerea poate fi oprită sau ameliorată prin intervenții si tratament ieftine și relativ simple, care pot îmbunătăți dramatic calitatea vieții pentru pacienți.

Este acceptat faptul că unele dureri sunt deosebit de dificil de tratat și necesită aplicarea tehnicilor complexe de către echipe multidisciplinare. Uneori, în special în cazurile de durere cronică severă, factorii psihoemotivi sunt chiar mai importanți decât factorii biologici.

Lipsa de educație pentru profesioniștii din domeniul sănătății în evaluarea și tratarea durerii și a altor simptome, precum și a reglementărilor guvernamentale, inutil, restrictive (inclusiv limitarea accesului la medicamente pentru durerea de opioide) sunt două motive majore ale acestui decalaj de tratament.

Principii

Dreptul la accesul la tratamentul durerii pentru toate persoanele fără discriminare, astfel cum sunt prevăzute în standardele și orientările profesionale și în dreptul internațional, trebuie respectat și pus în aplicare în mod eficient.

Medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății au datoria etică de a face evaluări clinice adecvate pacienților cu durere și de a oferi un tratament adecvat, care poate necesita prescrierea de medicamente - inclusiv analgezice opioide - așa cum este indicat medical. Acest lucru este valabil și pentru copii și alți pacienți care nu pot întotdeauna să își exprime în mod adecvat durerea.

Instrucțiunile cu privire la gestionarea durerii, inclusiv cursuri de instruire clinică și cazuri practice, ar trebui incluse în programele obligatorii și în educația continuă pentru medici și alți profesioniști din domeniul sănătății. O astfel de educație ar trebui să includă terapii bazate pe dovezi eficiente pentru durere, atât farmacologice cât și non-farmacologice.

Educația despre terapia cu opioide pentru durere ar trebui să includă beneficiile și riscurile terapiei. Problemele de siguranță în ceea ce privește terapia cu opioide trebuie subliniate pentru a permite utilizarea unor doze adecvate de analgezie, atenuând efectele dăunătoare ale terapiei. Pregătirea ar trebui să includă, de asemenea, recunoașterea durerii la cei care s-ar putea să nu-și poată exprima în mod adecvat durerea, inclusiv copiii și persoanele cu deficiențe cognitive și persoanele cu probleme psihice.

Guvernele trebuie să asigure disponibilitatea adecvată a medicamentelor controlate, inclusiv opioidele, pentru ameliorarea durerii și suferinței. Agențiile guvernamentale de control al medicamentelor ar trebui să recunoască durerea severă și / sau cronică ca o problemă serioasă și comună de îngrijire a sănătății și să echilibreze în mod corespunzător nevoia de a alina suferința cu

potențialul de utilizare ilegală a medicamentelor analgezice. Sub dreptul la sănătate, persoanele care se confruntă cu durere au dreptul la un management adecvat al durerii, inclusiv la medicamente eficiente, cum ar fi morfina. Negarea tratamentului durerii încalcă dreptul la sănătate și poate fi neetică din punct de vedere medical.

Multe țări nu au resurse economice, umane și logistice necesare pentru a oferi populației lor un tratament optim al durerii. Prin urmare, motivele pentru care nu se oferă o ameliorare adecvată a durerii trebuie clarificate pe deplin și făcute publice înainte de a face acuzații de încălcare a dreptului la sănătate.

Politicile internaționale și naționale de control al drogurilor ar trebui să echilibreze nevoia de disponibilitate și accesibilitate adecvate a medicamentelor controlate, cum ar fi morfina și alte opioide pentru ameliorarea durerii și a suferinței, cu eforturi de a preveni utilizarea necorespunzătoare a acestor substanțe controlate. Țările ar trebui să își revizuiască politicile și reglementările privind controlul medicamentelor pentru a se asigura că nu conțin dispoziții care restricționează inutil disponibilitatea și accesibilitatea medicamentelor controlate pentru tratamentul durerii. În cazul în care există politici inutile sau restrictive în mod disproporționat, acestea ar trebui revizuite pentru a asigura disponibilitatea adecvată a medicamentelor controlate.

Fiecare guvern ar trebui să furnizeze resursele necesare pentru dezvoltarea și punerea în aplicare a unui plan național de tratament al durerii, inclusiv un mecanism de monitorizare receptiv și un proces de primire a reclamațiilor atunci când durerea este tratată inadecvat.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind accesul la un tratament antialgic adecvat, adoptata de cea de-a 62-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguay, Octombrie, 2011)

Art. 282

Preambul

1. Cannabis este termenul generic folosit pentru a denumi preparatele psihoactive ale plantei Cannabis Sativa, care crește sălbatic în multe părți ale lumii și este cunoscut prin numeroase alte nume, precum: "marijuana", "dagga", "buruiana", „prajiturele”, „hașiș” sau „cânepă”.

2. Canabisul de uz medical se referă la utilizarea canabisului și a componentelor sale, naturale sau sintetice, pentru a trata boala sau pentru a atenua simptomele sub supraveghere profesională; cu toate acestea, nu există o definiție unică convenită.

3. Canabisul de agrement se referă la utilizarea canabisului pentru a modifica starea mentală a unuia într-un mod care modifică emoțiile, percepțiile și sentimentele, indiferent de nevoia medicală.

4. Această declarație a Asociatiei Medicale Mondiale este destinată să ofere o poziție asupra legalizării canabisului pentru uz medical și să evidențieze efectele adverse asociate cu utilizarea recreativă.

5. Consumul de canabis recreativ este o problemă importantă de sănătate și socială în întreaga lume. Cannabisul este cel mai frecvent consumat drog ilicit din lume. Organizația Mondială a Sănătății estimează că aproximativ 147 de milioane de persoane, 2,5% din populația mondială, consumă canabis comparativ cu 0,2% folosind cocaină și 0,2% folosind opiacee.

6. Asociatia Medicala Mondiala se opune consumului de canabis recreativ datorită unor efecte grave pentru sănătate, precum riscul crescut de psihoză, accidente auto fatale, dependență, precum și dezavantaje în învățarea verbală, memoria și atenția. Utilizarea canabisului înainte de

vârsta de 18 ani dublează riscul tulburării psihotice. Disponibilitatea neplăcută a canabisului sau a formelor sale în produse alimentare, cum ar fi dulciurile și „concentratele", care au un apel enorm pentru copii și adolescenți, necesită vigilență intensă și poliție.

7. Asociațiile medicale naționale ar trebui să sprijine strategiile de prevenire și reducere a consumului de canabis recreativ.

8. Dovezi privind utilizarea canabisului pentru uz medical

8.1 Cannabinoizii sunt constituenți chimici ai Cannabis Sativa care conțin caracteristici structurale similare; unii dintre constituenții chimici acționează asupra celulelor receptorilor canabinoizi umani. Conceptual, canabinoizii care activează acești receptori (1) apar în mod natural în corpul uman ca și alți neurotransmițători endogeni (endocannabinoizi); (2) apar în mod natural în planta de cannabis (fitocannabinoizi); sau (3) sunt preparate farmaceutice care conțin canabinoizi sintetici, (de exemplu, delta9-tetrahidrocannabinol [dronabinol, Marinol ™] sau un compus înrudit, nabilon [Cesamet ™] sau extracte de fitocannabinoizi (nabiximoli [Sativex ™]).

8.2 Printre fitocannabinoizi se găsește în mod natural Cannabis Sativa, delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), principalul cannabinoid bioactiv și principalul component psihoactiv, în timp ce cannabidiolul (CBD) este al doilea cel mai abundent. CBD nu are proprietăți psihoactive semnificative, dar poate poseda proprietăți analgezice și antiapoplexice.

8.3 Se crede că sistemul endocannabinoid uman mediază efectele psihoactive ale canabisului și este implicat într-o varietate de procese fiziologice, inclusiv apetitul, senzația de durere, starea de spirit și memoria. Potențialul terapeutic semnificativ medical și farmacologic de influențare a sistemului endocannabinoid a fost recunoscut pe scară largă.

8.4 Beneficiile medicale ale canabisului raportate în literatura științifică sunt dezbătute pe scară largă la nivel mondial. Cannabisul a fost utilizat pentru tratamentul spasticității severe în scleroza multiplă, dureri cronice, greață și vărsături din cauza citotoxicelor și pierderea poftei de mâncare și a cașexiei asociate cu SIDA. Dovezi sugerează că anumiți canabinoizi sunt eficienți în tratamentul durerilor cronice, în special ca o alternativă sau adjuvant la utilizarea de opiacee atunci când se poate evita dezvoltarea toleranței la opiacee și a retragerii. Dovada care susține utilizarea canabisului în scopuri medicinale este de calitate scăzută până la moderată și inconsistentă. Incoerența poate fi parțial atribuibilă interzicerii canabisului. Clasificarea sa ca substanță ilegală în unele țări a restricționat cercetările clinice sigure și de înaltă calitate.

8.5 Efectele adverse pe termen scurt ale consumului de canabis sunt bine documentate. Cu toate acestea, efectele adverse pe termen lung sunt mai puțin înțelese, în special riscul de dependență și boli cardiovasculare. Există, de asemenea, probleme de sănătate publică semnificative pentru populațiile vulnerabile, cum ar fi adolescenții, femeile însărcinate sau care alăptează.

8.6 În ciuda unor dovezi slabe ale beneficiilor sale medicale, canabisul pentru uz medical a fost legalizat în unele țări. În alte țări, canabisul medical este interzis sau în dezbatere.

9. Profesioniștii medicali pot fi și ei înșiși într-o dilemă medico-legală, în timp ce încearcă să-și echilibreze responsabilitatea etică cu pacienții pentru care canabisul poate fi o terapie eficientă și respectarea legislației aplicabile. Această dilemă se poate manifesta atât cu pacienții care pot beneficia în mod medical de consumul de cannabis, cât și cu cei care nu sunt susceptibili de a face acest lucru, dar presează specialiștii medicali pentru a-l prescrie.

Recomandări

10. Cercetarea canabisului

10.1 Având în vedere dovezile științifice de calitate scăzută privind efectele asupra sănătății și eficacitatea terapeutică a canabisului, este necesară o cercetare mai riguroasă care implică eșantioane mai mari înainte ca guvernele să decidă dacă legalizează sau nu canabisul în scopuri medicale. Comparatorii trebuie să includă standardele de tratament existente. Extinderea unei astfel de cercetări ar trebui să fie susținută. Cercetările ar trebui să examineze, de asemenea, consecințele asupra sănătății publice, sociale și economice ale consumului de canabis.

10.2 Guvernele pot lua în considerare revizuirea legilor care reglementează accesul și deținerea canabisului de calitate pentru cercetare în scopul de a permite studii de cercetare științifică bine concepute pentru a lărgi baza de dovezi asupra efectelor asupra sănătății și a beneficiilor terapeutice ale canabisului.

11. În țările în care cannabisul este legalizat în scopuri medicinale, trebuie să se aplice următoarele cerințe:

11.1 Cerințe pentru producători și produse:

11.1.1 Furnizarea de produse vegetale de canabis pentru tratament trebuie să fie în conformitate cu Convenția ONU pentru stupefiante din 30 martie 1961, inclusiv regulile Convenției privind producția, comerțul și distribuția. Astfel, este esențial pentru canabisul inclus în produsele livrate pentru tratament medical să fie furnizat și manipulat în conformitate cu cerințele convenției.

11.1.2 Cerințele trebuie să includă ca plantele de cannabis să îndeplinească cerințele de calitate adecvate pentru creștere și standardizare. Produsele vegetale de canabis obținute trebuie să aibă o indicație specifică (interval) de ingrediente, inclusiv conținutul de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) și canabidiol (CBD) și indicarea rezistenței acestora.

11.2 Cerințe pentru prescrierea și distribuirea canabisului în scop medical:

11.2.1 Cannabisul trebuie să fie prescris de un medic autorizat / prescriptor în conformitate cu cel mai bun nivel de dovezi și cu cadrele de reglementare ale țării.

11.2.2 Se recomandă ca tratamentul cu medicamente convenționale aprobate să fie efectuat înainte de utilizarea produselor de canabis pentru tratament.

11.2.3 Fiecare medic trebuie să își asume responsabilitatea și să ia o decizie cu privire la tratamentul cu produse de canabis, în conformitate cu cele mai bune dovezi disponibile și cu indicațiile înregistrate în funcție de țară.

11.2.4 Cannabisul în scop medical trebuie sa fie distribuit numai în farmacii sau de către distribuitori autorizați în conformitate cu cadrele de reglementare ale țării.

11.2.5 Trebuie introduse măsuri de control eficiente pentru a împiedica utilizarea ilicită a canabisului medical.

11.2.6 Sunt necesare sisteme de supraveghere a sănătății publice pentru a monitoriza prevalența consumului de canabis și sunt necesare tendințe în modelele de utilizare.

12. În luarea în considerare a politicii și a legislației privind cannabisul, guvernele, Asociatiile Medicale Nationale, factorii de decizie și alte părți interesate în sănătate, ar trebui să sublinieze și să examineze efectele asupra sănătății și beneficiile terapeutice pe baza dovezilor disponibile, recunoscând, de asemenea, diverși factori contextuali, cum ar fi capacitatea de reglementare, eficacitatea costului, valorile societății, circumstanțele sociale ale țării și impactul asupra sănătății și siguranței publice asupra populației mai largi.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind canabisul medical, adoptat de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Octombrie 2017)

Art. 283

Global

1. Prevenirea primară a infecțiilor asociate asistenței medicale și in comunitate este necesară pentru a reduce cererea de antibiotice. Abordarea determinanților sociali ai bolilor infecțioase, cum ar fi condițiile precare de trai și igienizarea, va avea co-beneficii de reducere a inegalităților de sănătate și de combatere a rezistentei antimicrobiene.

2. Națiunile au diferite resurse disponibile pentru combaterea rezistenței antimicrobiene și trebuie să coopereze cu OMS, Organizația pentru Alimente și Agricultură și Organizația Mondială pentru Sănătatea Animalelor, care sprijină Planul global de acțiune al OMS privind rezistenta antimicrobiana care oferă cadrul pentru planurile naționale de acțiune.

3. Asociația Medicală Mondială și membrii componenți ai acesteia ar trebui să pledeze pentru:

• investiții în supravegherea infecțiilor rezistente la medicamente la nivelul sănătății umane, medicină veterinară,

• agricultura, industria pescuitului și producția de produse alimentare și cooperarea internațională pentru procedurile de schimb de date pentru îmbunătățirea răspunsurilor globale;

• OMS și alte agenții ONU ar trebui să examineze rolul acordurilor internaționale de călătorie și comerț cu privire la dezvoltarea rezistenței antimicrobiene și să promoveze măsuri în acele acorduri care să acționeze ca garanții împotriva globalizării agenților patogeni rezistenți la droguri în aprovizionarea noastră cu alimente;

• OMS ar trebui să continue să încurajeze utilizarea „Aspecte legate de comert privind proprietatea drepturilor intelectuale” (TRIPS), pentru a asigura accesul accesibil la medicamente de calitate și să se opună proliferării dispozițiilor „TRIPS-plus” în cadrul acordurilor comerciale, care restricționează utilizarea flexibilităților TRIPS. și limitează eficiența acestora;

• aplicarea pe scară largă a tehnologiei verificabile, precum sistemele de urmărire pentru a asigura autenticitatea produselor farmaceutice;

• acces echitabil la utilizarea adecvată a medicamentelor antimicrobiene existente și noi de calitate. Acest lucru necesită aplicarea eficientă a listelor de acces, veghe și rezervare a programului OMS pentru medicamente esențiale. Pentru ca planul global de acțiune al OMS și planurile naționale

de acțiune să fie eficace, accesul la facilitățile de sănătate, profesioniștii din domeniul sănătății, veterinari, cunoștințe, educație și informații sunt esențiale;

• utilizarea mai mare a vaccinărilor care va reduce povara bolilor infecțioase, reducând nevoia de antibiotice și, prin urmare, limitând apariția rezistenței;

• pentru ca organizațiile mondiale de sănătate și guvernele să își extindă acțiunea și coordonarea în promovarea consumului adecvat de antibiotice și să lucreze împreună pentru a reduce rezistenta microbina folosind o abordare One Health, care recunoaște că pentru a reduce răspândirea rezistenței sănătatea umană, animală și de mediu sunt indisolubil legate..

4. Asociația Medicală Mondială și membrii componenți ai acesteia ar trebui să-și încurajeze guvernele să:

• gaseasca mai multe resurse de baza si studii aplicate orientate spre dezvoltarea agenților antimicrobieni moi, instrumentelor de diagnostic și a vaccinurilor (vaccinuri antimicrobiene inovatoare) și asupra utilizării adecvate și sigure a acestor instrumente terapeutice;

• asigure egalitatea dintre resursele financiare și tehnice pentru dezvoltarea de medicamente antimicrobiene inovatoare, vaccinuri și diagnostice, precum și metode inovatoare de control și prevenire a infecțiilor în sectoarele de sănătate umană, veterinar și agricol;

• susține eforturile de cercetare și dezvoltare pentru noi agenți antimicrobieni, vaccinuri și metode de diagnostic rapid, care sunt bazate pe necesități și ghidate de principiile enunțate în Declarația ONU privind AMR, adoptată în septembrie 2016, inclusiv accesibilitate, eficiență, eficiență și echitate;

• inițiează măsuri de reglementare pentru controlul poluării mediului care permite răspândirea genelor antibiotice rezistente pe sol, apă și aer;

• educați un număr suficient de specialiști în boli infecțioase clinice din fiecare țară, ceea ce este o cerință fundamentală pentru combaterea rezistenței antimicrobiene și a infecțiilor dobândite în spital.

Naţional

1. Asociațiile medicale naționale ar trebui să-și îndemne guvernele să:

• solicite ca agenții antimicrobieni să fie disponibili numai printr-o rețetă furnizată de profesioniștii din domeniul sănătății și / sau profesioniști veterinari și distribuiți sau comercializați de către profesioniști;

• inițiezeă campanii naționale de sensibilizare a publicului cu privire la consecințele dăunătoare ale consumului excesiv și abuzului de antibiotice. Aceasta ar trebui să fie susținută prin introducerea de ținte naționale pentru sensibilizarea publicului;

• sprijinirea societăților profesionale, a societății civile și a sistemelor de asistență medicală pentru pilotarea și adoptarea strategiilor dovedite de schimbare a comportamentului pentru a asigura utilizarea adecvată a antibioticelor;

• să asigure accesul la punctele de ingrijire potrivite si destinate scopului in vederea diagnosticului în spitale și clinici pentru a sprijini luarea deciziilor și pentru a preveni prescrierea necorespunzătoare a antibioticului;

• mandatează colectarea de date privind utilizarea antibioticelor, rețete, prețuri, modele de rezistență și comerț atât în sectorul sănătății, cât și în sectorul agricol. Aceste date ar trebui să fie accesibile publicului;

• să promoveze programe eficiente de administrare antimicrobiană și instruire privind utilizarea adecvată a agenților antimicrobieni și de control ala infecțiilor;

• urmărește în mod activ dezvoltarea unui sistem național de supraveghere pentru furnizarea de antimicrobiene și pentru rezistența la antimicrobiene. Datele din acest sistem ar trebui să fie legate sau să contribuie la rețeaua globală de supraveghere a OMS;

• monitorizarea utilizării antimicrobiene la animalele producătoare de alimente trebuie să fie suficien de granulara în granulă pentru a asigura responsabilitatea.

2. Asociațiile medicale naționale ar trebui:

• încurajează școlile medicale și programele de educație medicală continuă să își reînnoiască eforturile pentru a educa medicii, care, la rândul lor, pot informa pacienții, despre utilizarea adecvată a agenților antimicrobieni și practicile adecvate de control al infecțiilor, inclusiv utilizarea antibioticelor în ambulatoriu;

• sprijină educația membrilor lor în domeniildomeniul rezistentei antimicrobiene, inclusiv administrarea antimicrobenelor, utilizarea rațională a antimicrobianelor și măsuri de control al infecțiilor, inclusiv igiena mâinilor;

• pledează pentru publicarea și comunicarea informațiilor locale referitoare la modelele de rezistență, ghidurile clinice și opțiunile de tratament recomandate pentru medici;

• în colaborare cu autoritățile veterinare, încurajați guvernele lor să introducă reglementări pentru a reduce utilizarea antimicrobianelor în agricultură, în special animalele care produc produse alimentare, inclusiv restricții privind utilizarea de rutină a antimicrobienelor atât pentru profilaxie, cât și pentru promovarea creșterii și pentru utilizarea claselor de antimicrobiene care au o importanță critică în medicina umană;

• sprijinirea reglementării care previne conflictele de interese între medicii veterinari, precum rolurile în care medicii veterinari prescriu și vând antibiotice;

• ia în considerare utilizarea mijloacelor de socializare pentru a educa și promova utilizarea și eliminarea corespunzătoare a medicamentelor antibiotice;

• încurajați părinții să respecte programele naționale de imunizare recomandate pentru copii. De asemenea, adulții ar trebui să aibă acces facil la vaccinurile împotriva gripei și a infecțiilor pneumococice, printre altele.

Local

1. Profesioniștii din domeniul sănătății și sistemele de sănătate au un rol esențial în conservarea medicamentelor antimicrobiene.

2. Medicii ar trebui:

• sa aiba acces la informații de înaltă calitate și fiabile, bazate pe dovezi, fără conflict de interese și sa participe activ la programele de administrare antimicrobiană din spitale, clinici și comunități pentru a optimiza utilizarea antibioticelor;

• sensibilizarea pacienților lor despre terapia antimicrobiană, riscurile și beneficiile acesteia, importanța respectării regimului prescris, practicile de prevenire a infecțiilor și problema rezistentei antimicrobiene;

• sa promoveze și sa se asigure de respectarea măsurilor de igienă (în special igiena mâinilor) și a altor practici de prevenire a infecțiilor.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind rezistenta antimicrobiana, adoptat de cea de-a 48-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Somerset West, Africa de Sud, Octombrie 1996 si revizuita de ea de-a 59-a

Adunare Generala a Asociatie medicale Mondiale, Seoul, Coreea de Sud, Octombrie 2008 si de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019, Recomandari)

Art. 284

1. Asociațiile medicale naționale ar trebui să colaboreze cu guvernele lor pentru a dezvolta îndrumări naționale privind siguranța biosimilarelor.

2. Asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze pentru furnizarea de terapii biosimilare care sunt la fel de sigure și eficiente ca produsele lor de referință.

3. Asociațiile medicale naționale ar trebui să se străduiască să se asigure că autonomia medicului este păstrată pentru a direcționa ce produs biologic este distribuit.

4. Dacă este cazul, asociațiile medicale naționale ar trebui să facă lobby pentru a permite asigurătorilor și fondurilor de sănătate să solicite schimbul de biosimilare și produsul original și pentru reglementări sigure privind schimbul de medicamente biosimilare, acolo unde este permis.

5. Medicii trebuie să se asigure că înregistrările medicale ale pacientului reflectă cu exactitate medicamentul biosimilar care se prescrie și se ia.

6. Medicii nu ar trebui să prescrie un biosimilar pacienților daca au deja succes cu produsul inițiator, cu excepția cazului în care echivalența clinică a fost demonstrată și stabilită în mod clar, iar pacienții sunt informați în mod adecvat și si-au dat consimțământul. Nu trebuie să existe nicio substituție între biosimilații și alte medicamente fără permisiunea medicului curant.

7. Medicii ar trebui să încerce să-și îmbunătățească înțelegerea distincțiilor dintre produsele biosimile care sunt foarte asemănătoare sau care pot fi schimbate cu un produs inițiator; sensibilizarea cu privire la problemele legate de biosimilare și de schimburi; și să promoveze etichetarea clar delimitată a produselor biosimilare.

8. Medicii ar trebui să rămână vigilenți și să raporteze producătorului, precum și pe căile de reglementare desemnate, orice evenimente adverse suferite de pacienți care utilizează produse biologice originare sau biosimilare.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind produsele medicale biosimilare, adoptata de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Reyjkavik, Islanda, Octombrie 2018, Recomandari)

1.1.3.16 Pacientul cu tulburari mentale

Art. 285

(1) Orice pacient are dreptul de a fi tratat în mediul cel mai puțin restrictiv și cu tratamentul cel mai puțin restrictiv sau intruziv, adecvat pentru nevoile de sănătate ale pacientului. În același timp trebuie protejată și siguranța celorlalte persoane.

(2) Tratamentul și îngrijirea fiecărui pacient se bazează pe un plan individual, discutat cu pacientul, revizuit periodic, după cum este necesar, de către un personal calificat.

(3) Îngrijirea sănătății mintale trebuie să fie furnizată întotdeauna în conformitate cu standardele aplicabile de etică pentru practicienii din domeniul sănătății mintale, inclusiv standardele acceptate la nivel internațional, cum ar fi principiile eticii medicale relevante pentru personalul medical, în special pentru medici, privind protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată de

Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Cunoștințele și aptitudinile din domeniul sănătății mintale nu trebuie sa fie folosite abuziv.

(4) Tratamentul fiecărui pacient trebuie să fie direcționat spre conservarea și consolidarea autonomiei personale.

(Principiul 9, Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea sănătății mintale. Doc. ONU. A/RES/46/119. 17 decembrie 1991)

Art. 286

Scopul îngrijirilor acordate oricărei persoane cu tulburări psihice este apărarea şi întărirea autonomiei personale.

(Art. 27, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 287

Tratamentul şi îngrijirile acordate persoanei cu tulburări psihice se bazează pe un program terapeutic individualizat, discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat atunci când este nevoie şi aplicat de către personal calificat.

(Art. 28, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 288

(1) În alcătuirea şi în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obţină consimţământul pacientului şi să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimţământului.

(2) Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obţinerea consimţământului pacientului în următoarele situaţii:

a) comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuşi sau pentru alte persoane;

b) pacientul nu are capacitatea psihică de a înţelege starea de boală şi necesitatea instituirii tratamentului medical şi nu are un reprezentant legal ori nu este însoţit de un reprezentant convenţional;

c) pacientul este minor sau pus sub interdicţie, caz în care medicul psihiatru este obligat să solicite şi să obţină consimţământul reprezentantului legal.

(3) În situaţiile prevăzute la alin. (2) lit. a) şi b), în care nu se obţine sau nu se poate obţine consimţământul reprezentantului legal ori convenţional al pacientului, medicul psihiatru instituie procedurile de diagnostic şi tratament pe care le consideră necesare pe perioadă limitată pentru rezolvarea urgenţei. Aceste cazuri vor fi notificate şi supuse analizei unei comisii.

(4) Dacă medicul nu deţine informaţii referitoare la existenţa şi identitatea reprezentantului legal ori convenţional prevăzut la alin. (3), are obligaţia de a informa, de îndată, autoritatea tutelară sau, în cazul minorilor, direcţia generală de asistenţă socială şi protecţia copilului din unitatea administrativ-teritorială în care pacientul îşi are domiciliul sau reşedinţa ori, în cazul în care acestea nu sunt cunoscute, pe cele în a căror unitate administrativ-teritorială se află unitatea medicală.

(Art. 29, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 289

Consimţământul poate fi retras în orice moment de către pacient sau de reprezentantul său legal ori convenţional, medicul psihiatru având obligaţia să informeze pacientul sau reprezentantul său legal ori convenţional asupra urmărilor întreruperii tratamentului. Medicul psihiatru are dreptul

de a continua aplicarea măsurilor terapeutice pe perioada strict necesară în cazul în care apreciază că întreruperea tratamentului are drept consecinţă apariţia periculozităţii pentru sine sau pentru alte persoane, din cauza bolii.

(Art. 30, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 290

În situaţiile în care medicul psihiatru suspectează existenţa unor interese contrare între pacient şi reprezentantul său legal sau convenţional, sesizează autoritatea tutelară ori, după caz, direcţia generală de asistenţă socială şi protecţia copilului din unitatea administrativ-teritorială în care pacientul îşi are domiciliul sau reşedinţa, pentru iniţierea procedurilor necesare desemnării unui alt reprezentant.

(Art. 31, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 291

Toate deciziile terapeutice se comunică imediat pacientului şi, în cel mai scurt timp, reprezentatului acestuia, legal sau convenţional, consemnându-se, în acelaşi timp, în dosarul medical.

(Art. 32, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 292

(1) Fiecare membru din echipa terapeutică este obligat să păstreze confidenţialitatea informaţiilor, cu excepţia situaţiilor prevăzute de prezenta lege.

(2) Situaţiile în care pot fi dezvăluite informaţii referitoare la o persoană cu tulburare psihică sunt următoarele:

a) există o dispoziţie legală în acest sens;

b) stabilirea vinovăţiei în cazul unei infracţiuni prevăzute de lege;

c) acordul persoanei în cauză;

d) este necesară pentru exercitarea profesiunii, cu condiţia respectării anonimatului persoanei în cauză.

(3) Pot fi transmise dosare şi informaţii medicale între diferite unităţi sanitare, la cerere sau cu ocazia transferului, dacă pacientul acceptă transferul.

(4) Când anumite informaţii referitoare la un tratament actual sau trecut privind un pacient sunt necesare unei instanţe de judecată sau Colegiului Medicilor din România, care judecă în legătură cu o cauză, medicul curant este autorizat să aducă dovezi de orice fel privind pacientul şi comunicări ale informaţiilor aflate sub semnul confidenţialităţii.

(5) Orice pacient sau fost pacient are acces la toată documentaţia medicală din serviciile unde a fost îngrijit, cu excepţia cazurilor în care:

a) dezvăluirea unor asemenea documente medicale ar putea să fie în detrimentul sănătăţii sale fizice şi mintale, acest fapt fiind stabilit de către medicul-şef sau de către medicul curant;

b) a fost efectuată o specificaţie scrisă asupra riscului acestui efect pe dosarul pacientului, aplicată numai persoanelor care sunt pacienţi în prezent, nu şi foştilor pacienţi.

(Art. 33, Legea 487/2002 sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice)

Art. 293

1. Stigma și discriminarea asociate cu psihiatria și bolnavii mintali ar trebui eliminate. Stigma și discriminarea poate descuraja persoanele care au nevoie îngrijiri medicale, agravând astfel situația lor și punerea lor în pericol in ceea ce priveste vătămare emoțională sau fizică.

2. Medicii au responsabilitatea de a respecta autonomia tuturor pacienților. Când sunt tratati pacienți cu bolile mintale acestia au capacitate de luare a deciziilor, ei au același drept de a lua decizii cu privire la îngrijirea lor ca orice alt pacient. Deoarece capacitatea de luare a deciziilor este specifică deciziei care trebuie luată și poate varia cu timpul, inclusiv ca urmare a tratamentului, medicii trebuie să evalueze continuu capacitatea pacientului. Când un pacientul nu are capacitate de luare a deciziilor, medicii trebuie să solicite consimțământul unui medic surogat corespunzător în conformitate cu legea aplicabilă.

3. Relația terapeutică dintre medic și pacient se bazează pe încrederea reciprocă, iar medicii au o responsabilitatea de a solicita consimțământul informat al pacienților pentru tratament, inclusiv pacienții pentru care este tratat boală mintală. Medicii trebuie să informeze toți pacienții cu privire la natura psihiatriei sau a altei afecțiuni medicale, și beneficiile, rezultatele și riscurile preconizate ale alternativelor de tratament.

4. Medicii ar trebui să își bazeze întotdeauna recomandările de tratament pe cele mai bune judecăți profesionale și să trateze toate pacienți cu solicitudine și respect, indiferent de stabilirea îngrijirii. Medici care practică în sănătate mintală facilitățile, instituțiile militare sau corecționale pot avea responsabilități simultane față de societatea care creează conctică cu obligația principală a medicului față de pacient. În astfel de situații, medicii ar trebui să dezvăluie conicict de interes pentru a minimiza posibilele sentimente de trădare din partea pacientului.

5. Tratamentul involuntar sau spitalizarea persoanelor cu boli mintale este controversata din punct de vedere etic. În timp ce legile în ceea ce privește spitalizarea involuntară și tratamentul variază la nivel mondial, se recunoaște în general că decizia de tratament fără acordul informat al pacientului sau împotriva voinței pacientului este justificabilă din punct de vedere etic când:

(a) o tulburare psihică severă împiedică individul să ia decizii de tratament autonom; și / sau

(b) Există o probabilitate semnificativă ca pacientul să-si poată dăuna singur sau altora. Involuntar tratamentul sau spitalizarea ar trebui să fie excepționale, iar medicii ar trebui să-l utilizeze numai atunci când există un bine dovedit că este adecvat și necesar din punct de vedere medical și ar trebui să se asigure că individul este internat cea mai scurtă durată posibilă în functie de circumstanțe. Ori de câte ori este posibil și în conformitate cu legile locale, medicii ar trebui să includă un avocat pentru drepturile pacientului în procesul decizional.

6. Medicii trebuie să protejeze confidențialitatea și intimitatea tuturor pacienților . Atunci când este obligat legal să dezvăluie informații despre pacient, medicul trebuie să dezvăluie numai informațiile minime relevante necesare și numai unui organ legal autorizat să solicite sau să obtina informațiile. Când bazele de date permit accesul sau transferul informațiilor de la o autoritate la o alta, confidențialitatea trebuie respectate și acest acces sau transfer trebuie sa respecte pe deplin legislația aplicabilă.

7. Participarea persoanelor cu boală psihiatrică la cercetare trebuie să fie în deplină concordanță cu prevederile recomandarilor Declarația de la Helsinki.

8. Medicii nu trebuie să-și folosească niciodată poziția profesională pentru a încălca demnitatea sau drepturile omului grupul și nu ar trebui să permită niciodată dorințelor, nevoilor, sentimentelor, prejudecăților sau credințelor personale să interfereze cu tratamentul pacientului. Medicii nu trebuie să abuzeze niciodată de autoritatea lor și să profite de vulnerabilitatea unui pacient.

9. Asociația Medicală Mondială și Asociațiile Medicale Naționale încurajaza ca:

• Se publice aceste declarații și bazele etice pentru tratamentul pacienților cu boli mintale;

• In timp ce faceți acest lucru, solicitați respectarea deplină - în orice moment - a demnității și a drepturilor omului ale pacienților cu probleme mentale boală;

•Sa se creasca gradul de conștientizare a responsabilizare a medicilor pentru a sprijini bunăstarea și drepturile pacienților cu probleme mentale boală;

•Sa se promoveze recunoașterea relației privilegiate dintre pacient și medic, bazată pe încredere, profesionalism și con-identitate;

•Sa se ofere resurse adecvate pentru consilierea juridica pentru a satisface nevoile persoanelor cu boli mintale.

(Statutul Etic al Asociatiei Medicale Mondiale privind problemele pacientilor cu tulburari mentale, Adoptat de cea de-a 47-a Adunare Generala a Asociatiei medicale mondiale, Bali, Indonesia, Septembrie 1995 si revizuita de cea de-a 57-a adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015)

Art. 294

1. Toți medicii ar trebui să beneficieze de educație în psihiatria copilului, în timpul școlii medicale și postuniversitare și dezvoltarea bio-psiho-socială a adolescenților, inclusiv educația în factorii de risc pentru sinucidere.

2. Medicii trebuie să fie instruiți pentru a identifica semne și simptome precoce de suferință fizică, emoțională și socială a pacienților adolescenți. De asemenea, ar trebui să fie instruiți pentru a identifica semnele și simptomele tulburarilor psihiatrice, cum ar fi depresia, tulburarea bipolară și tulburările de consum de substanțe, care pot contribui la suicid precum și alte comportamente autodistructive.

3. Medicii trebuie învățați cum și când trebuie să evalueze riscul de suicid la pacienții lor adolescenți.

4. Medicii ar trebui să fie învățați și să fie la curent cu tratamentul și optiunile de trimitere adecvate pentru toate nivelurile de comportamente autodistructive ale pacienților lor adolescenți. Medicii cu cea mai importantă pregătire în sinuciderea adolescentului sunt psihiatri pentru copii și adolescenți, astfel încât pacientul trebuie să fie trimis la unul dacă este disponibil.

5. Medicii ar trebui, de asemenea, să colaboreze cu alte părți interesate relevante, cum ar fi asistenții sociali, serviciul social școlar și psihologii care au expertiză în comportamentul copiilor și adolescenților.

6. În cazul îngrijirii adolescenților cu orice tip de traumatism, medicii ar trebui să ia în considerare posibilitatea ca leziunile să fi fost autoprovocate.

7. În cazul îngrijirii adolescenților care demonstrează deteriorarea gândirii, sentimentului sau comportamentului, ar trebui luate în considerare posibilitatea abuzului de substanțe și a dependenței, iar pragul ar trebui să fie scăzut pentru evaluarea toxicologiei urinare.

8. Sistemele de îngrijire a sănătății ar trebui să faciliteze înființarea serviciilor de consultare în domeniul sănătății mintale care vizează prevenirea sinuciderii și ar trebui să plătească pentru îngrijirile socio-medicale acordate pacienților care au încercat să se sinucidă. Serviciile trebuie adaptate nevoilor specifice ale pacienților adolescenți.

9. Studiile epidemiologice privind sinuciderea, factorii de risc și metodele sale de prevenire ar trebui realizate, iar medicii ar trebui să fie la curent cu aceste studii.

10. Atunci când au grijă de adolescenți cu tulburări psihice sau factori de risc pentru sinucidere, medicii ar trebui să-i educe pe părinți sau tutori să vegheze la semnele de sinucidere și să-i educe cu privire la opțiunile de evaluare.

11. Medicii ar trebui să pledeze pentru identificarea grupurilor de adolescenți cu risc, cu mobilizarea unor resurse specifice orientate spre prevenire și reducerea riscurilor.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind sinucirerea in randul adolescentilor, adoptat de cea de-a 34-a Adunare Medicala Mondiala, Malta, Noiembrie 1991, si revizuita de cea de-a 57-a adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

1.1.3.17 Pacientii infectati HIV/SIDA

Art. 295

1. HIV / SIDA, o boală cronică manageriabila, este o pandemie globală care a creat provocări fără precedent pentru medici și infrastructura de sănătate.

Pe lângă faptul că reprezintă o criză uluitoare de sănătate publică, HIV / SIDA este ridica probleme fundamentale legate de frepturile omului.

Mulți factori determină răspândirea bolii, cum ar fi sărăcia, persoanele fără adăpost, analfabetismul, prostituția, traficul de oamneni, consum de droguri (sau alte substanțe), stigmatizare, discriminare și inegalitate bazată pe gen.

Acești factori sociali, economici, legali și ai drepturilor omului nu afectează doar dimensiunea sănătății publice a HIV / SIDA dar si medicii / lucrătorii de sănătate și pacienții individuali, deciziile și relațiile lor.

Eforturile pentru combaterea bolii sunt, de asemenea, constrânse de lipsa resurselor umane și naturale disponibile în sistemele de asistență medicală.

2. Discriminarea pacienților cu HIV / SIDA de către medici este inacceptabilă și trebuie eliminată complet din practica medicinii.

2.1 Toate persoanele cu HIV / SIDA au dreptul la sprijin, tratament și îngrijire adecvata și îngrijire cu compasiune și respect pentru demnitatea umană.

2.2 Este lipsit de etică ca un medic să refuze să trateze un pacient a cărui afecțiune se aflat in aria sa de competență, numai pentru că pacientul este seropozitiv.

2.3 Asociațiile medicale naționale ar trebui să lucreze cu guvernele respective, grupuri de pacienți și organizațiile naționale si internationale relevante pentru a se asigura că

politicile naționale de sănătate interzic în mod clar și explicit discriminarea împotriva persoanelor infectate sau afectate de HIV / SIDA, inclusiv grupuri vulnerabile, cum ar fi bărbații care fac sex cu bărbați și persoane transgender.

2.4 Femeia și bărbatul care fac sex cu parteneri de același sex prezintă un risc mai mare de discriminare la toate nivelurile. Organizațiile medicale naționale in colaborare cu organizațiile guvernamentale, organizațiile neguvernamentale și organizațiile comunitare trebuie sa elimine discriminarea pentru aceste grupuri defavorizate sub privilegii.

3. Pacienților cu HIV / SIDA trebuie să li se acorde asistență medicală competentă și adecvată în toate etapele bolii.

4. Un medic care nu poate oferii îngrijirile și serviciile cerute de pacienții cu HIV / SIDA trebuie sa trimitera pacientii în timp util la medicii competenti sau exista locuri echipate pentru a furniza astfel de servicii. Pana la trimiterea lor sau pana la primire, medicul trebuie să aibă grijă de pacient.

5. Toți medicii ar trebui să poată suspecta și identifica în timp util infecții oportuniste comune, cum ar fi tuberculoza, infecții fungice la pacienții cu HIV/SIDA și, de asemenea, ar trebui suspectata HIV/SIDA în prezența acestor infecții în special la persoanele cu risc ridicat, precum consumatorii de droguri IV.

Aceștia trebuie să-i consilieze în timp util pe acești pacienți cu privire la asocierea acestor infecții cu infecția HIV.

6. Medicii și alte organisme profesionale adecvate trebuie să se asigure că pacienții sunt exacti informații privind transmiterea HIV / SIDA și strategiile de protejare împotriva infecțiilor. Ar trebui luate măsuri protective pentru a se asigura că toți membrii populației, în special grupurile cu risc, sunt educați in acest sens. Informațiile publice și strategiile conexe ar trebui să recunoască faptul că toată lumea este în pericol și să încerce să promoveze metodele de reducere a riscurilor.

7. Medicii trebuie să consilieze în mod efectiv toți pacienții seropozitivi cu privire la comportamentul responsabil pentru a preveni răspândirea infecției către partenerii lor și prevenirea infecțiilor oportuniste.

8. Medicii trebuie să recunoască faptul că mulți oameni încă cred că HIV / SIDA reprezinta in mod automat o sentinta la moarte, prin urmare, nu vor solicita testarea.

Medicii trebuie să se asigure că pacienții au informații exacte cu privire la opțiunile de tratament disponibile lor.

Pacienții trebuie să înțeleagă potențialul și nevoia de a începe tratamentul antiretroviral timpuriu (ART) pentru a îmbunătăți nu numai starea lor medicală, ci și calitatea vieții lor. Noua strategie este strategia de testare și tratare.

ART eficient poate extinde mult perioada în care pacienții sunt capabili să ducă o viata productiva sănătoasa, funcționând social și la locul de muncă și păstrându-și independența.

HIV / SIDA este acum afecțiune cronică manageriabila

Pentru toate țările ART - anumite ghiduri de practică bazate pe dovezi OMS ar trebui să fie respectate și promovate de toate asociatiile medicale nationale.

9. Medicii ar trebui să fie conștienți de faptul că s-au creat dezinformări cu privire la aspectele negative ale ART precum rezistența la tratament de către pacienții din unele zone. În cazul în care se răspândește dezinformare despre ART, medicii și asociațiile medicale trebuie să facă din

aceasta o prioritate imediată prin contestarea publică a sursei de dezinformare și să lucreze cu comunitatea HIV / SIDA pentru a contracara efectele negative ale dezinformarii.

10. Medicii ar trebui să încurajeze implicarea rețelelor de asistență pentru a ajuta pacienții să adere la ART. Cu acordul pacientului, consilierea și instruirea ar trebui să fie puse la dispoziția membrilor familiei pentru ii ajuta în furnizarea de îngrijire.

11. Medicii trebuie să fie conștienți de atitudinile discriminatorii față de HIV / SIDA care sunt predominante în societate și cultură locală. Deoarece medicii sunt primii și, uneori, singurii, oameni care sunt informați despre acest lucru starea pacienților cu HIV, medicii ar trebui să le poată consilia cu privire la drepturile lor sociale și legale de bază și responsabilitățile sau ar trebui să le adreseze consilierilor care se specializează în drepturile persoanelor cu HIV / SIDA.

12. Medicii ar trebui să fie conștienți de disponibilitatea actuală și de prescrierea liniilor directoare pentru expunerea prealabilă și profilaxia post-expunere pentru orice pacient și furnizorii de servicii medicale care ar putea fi expuși la HIV.

13. Testarea obligatorie pentru HIV trebuie să fie necesară pentru donarea de sânge și fracțiunile de sânge colectate pentru donare sau pentru a fi utilizat la fabricarea produselor din sânge; organe și alte țesuturi destinate transplantului; și material seminal sau ovule colectate pentru procedurile de reproducere asistată.

Tehnologii mai noi, care sunt mai sensibile, mai specifice și reduc perioada de detectare a HIV, cum ar fi testarea acidului nuclear (NAT) ar trebui încurajată pentru o astfel de depistare.

14. Testarea obligatorie a HIV a unei persoane împotriva voinței sale este o încălcare a eticii medicale și a omului drepturi.

15. Medicii trebuie să explice în mod clar scopul unui test HIV, motivele pentru care este recomandat și implicațiile unui rezultat pozitiv al testului.

Înainte de administrarea unui test, medicul trebuie să aibă un plan de acțiune în loc în cazul unui rezultat pozitiv al testului.

Consimțământul informat trebuie obținut de la pacient înainte de testare.

16. Cu toate ca anumite grupuri sunt etichetate ca avand un „risc ridicat”, oricine a avut un contact sexual neprotejat trebuie luat în considerare risc.

Medicii trebuie să devină din ce în ce mai proactivi cu privire la recomandarea testării pacienților, bazându-se pe reciproca înțelegerea a nivelului de risc și a potențialului de a beneficia de testare. Femeile însărcinate și partenerii lor ar trebui să fie testate în mod obișnuit pentru HIV, iar femeile însărcinate considerate pozitive cu HIV ar trebui să fie consiliate imediat și supuse ART în timp util (pentru diagnostic) pentru a preveni transmiterea virusului la făt și efectuarea tratamentului fătului dacă este seropozitiv.

17. Consilierea și testarea anonimă voluntară pentru HIV ar trebui să fie disponibile tuturor persoanelor care o solicită, împreună cu mecanisme adecvate de susținere post-testare.

18. Medicii și tot personalul medical au dreptul la un mediu de muncă sigur. Mai ales în tarile dezvoltate, problema expunerii profesionale la HIV a contribuit la ratele ridicate de scadere a fortei de munca in sanatate. În unele cazuri, angajații s-au infecteat cu HIV, iar în alte cazuri, frica de cauzele infecției a personalului medical ii fac să-și părăsească locul de muncă în mod voluntar. Teama de infecție în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății poate duce și la refuzul de a trata

pacienții cu HIV / SIDA. De asemenea, pacienții au dreptul să fie protejați în cea mai mare măsură posibil de la transmiterea HIV de la profesioniștii din sănătate și din instituțiile medicale.

18.1 Proceduri adecvate de control al infecțiilor și măsuri de precauție universale, în concordanță cu cele mai actuale standarde naționale sau internaționale, după caz, ar trebui să fie implementate în toate unitățile de îngrijire a sănătății. Aceasta include proceduri pentru utilizarea bART preventivă și în timp util pentru profesioniștii din domeniul sănătății care au fost expuși la HIV.

18.2 Dacă nu există măsuri de protecție adecvate pentru protejarea medicilor sau a pacienților împotriva infecției, medicii și asociațiile medicale naționale ar trebui să ia măsuri pentru corectarea situației.

18.3 Medicii care sunt infectați cu HIV nu ar trebui să se implice în nicio activitate care să creeze un risc de transmitere a bolii la alții. În contextul unei posibile expuneri la HIV, activitatea în care medicul dorește să se angajeze va reprezenta un factor determinant. Pot exista standarde agreate la nivel național, dar, dacă nu, o decizie ar trebui să fie luată de un grup de experți adecvat sau comitet al specialistilor din sănătate.

18.4 În furnizarea de îngrijiri medicale, în cazul în care riscul de transmitere a unei boli infecțioase de la un medic la pacient există, dezvăluirea acestui risc pentru pacienți nu este suficientă; pacienții au dreptul să se aștepte ca medicii lor nu își vor crește expunerea la riscul de a contracta o boală infecțioasă.

18.5 Dacă nu există niciun risc, divulgarea stării medicale a medicului către pacienții săi nu va servi niciunui scop în mod rațional.

18.6 Medicii ar trebui să fie la curent cu ghidurile profesionale actuale pentru profilaxia post-expunere accidentala la HIV a personalului sanitar.

19. Teama de stigmatizare și discriminare constituie o forță ce se afla în spatele răspândirii HIV / SIDA. Repercusiunile sociale si economice de a fi identificat ca fiind infectat pot fi devastatoare și pot include violență, respingerea de către membri ai familiei și ai comunității, pierderea locuinței și pierderea locului de muncă.

Normalizarea prezenței HIV / SIDA în societate prin educația publică este singura cale de a reduce atitudinile și practicile discriminatorii. Până când aceasta poate fi universal atinsă sau până la o potentiala vindecare persoanele infectate pot refuza testarea pentru a evita aceste consecințe.

Rezultatul indivizilor care nu cunosc statutul lor de HIV nu este doar dezastruos la nivel personal în ceea ce privesteprimirea tratamentului, dar poate duce, de asemenea, la rate mari de transmitere a bolii evitabile. Frica de divulgarea neautorizată a informațiilor reprezinta, de asemenea, o amenintare pentru a participa la cercetarea HIV / SIDA și în general afectează eficacitatea programelor de prevenire. Lipsa de informarea personalului medical privind protectia impotriva HIV sunt o amenințare la adresa sănătății publice la nivel mondial și un factor esențial în răspândirea continuă de HIV / SIDA. În același timp, în anumite circumstanțe, dreptul la confidențialitate trebuie să fie echilibrat cu dreptul partenerilor (sexuali si de droguri injectabile) ale persoanelor cu HIV / SIDA pentru a fi informați cu privire la potențialele lor infecții. Lipsa informarii partenerilor nu numai că le încalcă drepturile, dar duce și la problemele de sănătate ale transmisiei evitabile și întârzierea tratamentului.

20. Toate principiile și îndatoririle etice standard legate de confidențialitatea și protecția informatiilor starii de sanatate a pacienților, asa cum sunt menționate în Declarația de la Lisabona a Asociatiei Medicale Mondiale privind drepturile pacientului, se aplică în mod egal în contextul HIV / SIDA. În plus, asociațiile medicale naționale și medicii ar trebui să ia notă de circumstanțele speciale și obligațiile (prezentate mai jos) asociate cu tratamentul pacienților cu HIV / SIDA.

20.1 Asociațiile medicale naționale și medicii trebuie, cu prioritate, să se asigure publicul beneficiaza de programe de educare, prevenire și consiliere HIV / SIDA care conțin informații explicite legate de protecția pacientului, informația este o problemă nu numai de etică medicală, ci și de dreptul lor la viață privată.

20.2 Sunt necesare protectii speciale atunci când îngrijirea HIV / SIDA implică o echipă de îngrijire fizică dispersată care include furnizori de servicii la domiciliu, membri ai familiei, consilieri, lucrători de caz sau alții care au nevoie de informații medicale pentru a oferi îngrijiri complete și pentru a ajuta la respectarea schemelor de tratament. In plus implementarea mecanismelor de protecție cu privire la transferul de informații, instruirea etică în privința confidențialitatii pacientului ar trebui acordată tuturor membrilor echipei. Multe țări au legislație specifică pentru a proteja confidențialitatea celor care sunt HIV pozitivi. Alții pot lua acest lucru.

20.3 Medicii trebuie să facă toate eforturile pentru a convinge pacienții cu HIV / SIDA să ia măsuri pentru notificarea tuturor partenerilor (sexuali și / sau droguri injectabile) despre expunerea lor și potențialele infecții. Medicii trebuie să fie constienti de consilierea pacienților despre opțiunile pentru notificarea partenerilor. Aceste opțiuni ar trebui să includă:

20.3.1 Notificarea partenerului (partenerilor) de către pacient. În acest caz, pacientul trebuie să primească consiliere cu privire la informațiile care trebuie furnizate partenerului și la strategiile de furnizare cu sensibilitate și într-o manieră ușor de înțeles. Ar trebui stabilit un calendar pentru notificare și ar trebui să se stabilească modalitatea prin care medicul trebuie să urmeze pacientul pentru a se asigura că a apărut notificarea.

20.3.2 Notificarea partenerului (partenerilor) de către o terță parte. În acest caz, terța parte trebuie să facă fiecare efort de a proteja identitatea pacientului.

20.4 Când toate strategiile de convingere a pacientului să ia o astfel de acțiune au fost epuizate și dacă medicul cunoaște identitatea partenerului (partenerilor) pacientului, medicul este obligat, fie prin lege, fie prin obligație morală, să ia măsuri pentru notificarea partenerului (partenerilor) cu privire la potențialele lor infecții. În funcție de sistemul în vigoare, medicul fie va notifica direct persoana în pericol, fie va raporta informațiile către o autoritate desemnată responsabilă notificare.

Medicii trebuie să fie la curent cu legile și reglementările din jurisdicția în care practică. În cazuri în care un medic trebuie să dezvăluie informațiile privind expunerea, medicul trebuie să:

20.4.1 informează pacientul despre intențiile sale,

20.4.2 în măsura posibilului, asigurați-vă că identitatea pacientului este protejată,

20.4.3 luați măsurile adecvate pentru a proteja siguranța pacientului, în special în cazul unei paciente femei vulnerabile la violența în familie.

20.5 Indiferent dacă pacientul, medicul sau un terț care se ocupă de notificare, o persoană care învață despre infecția sa potențială trebuie să fie susținută și asistata pentru a avea acces la testare și tratament.

20.6 Asociațiile medicale naționale ar trebui să elaboreze ghiduri pentru a ajuta medicii în luarea deciziilor legate de notificare. Aceste ghiduri ar trebui să ajute medicii să înțeleagă cerințele și consecințele legale ale acestor decizii de notificare, precum și considerațiile medicale, psihologice, sociale și etice.

20.7 Conform legilor și orientărilor locale și naționale care necesită raportarea noilor infecții cu HIV, bolile cu transmise sexuala și infecțiile oportuniste, medicii trebuie să protejeze intimitatea și confidentitatea tuturor pacienți și menținerea cele mai înalte standarde etice.

20.8 Asociațiile medicale naționale ar trebui să colaboreze cu guvernele pentru a se asigura că medicii își desfășoară etic activitatea oblogatorie de a informa persoanele cu risc și de a lua măsuri de precauție pentru a proteja identitatea acestora pacienti care beneficiază de o protecție legală adecvată.

21. Asociațiile medicale naționale ar trebui să contribuie la asigurarea formării și educării medicilor în cele mai actuale strategii de prevenire și tratamente medicale disponibile pentru toate etapele HIV / SIDA și infecții asociate, inclusiv prevenirea și asistența.

22. Dacă este cazul, asociațiile medicale naționale ar trebui să colaboreze cu ONG-urile și cu organizațiile comunitatere, insistand atat când este posibil, asupra educației medicilor în domenii relevante privind dimensiuni psihologice, legale, culturale și sociale ale HIV / SIDA.

23. Asociațiile medicale naționale ar trebui să sprijine pe deplin eforturile medicilor care doresc să-și concentreze expertiza activitate în îngrijirea HIV / SIDA, chiar dacă HIV / SIDA nu este recunoscută ca specialitate specială sau sub-specialitate în cadrul acesteia sistemul de educație medicală.

24. Asociatia Medicala Mondiala încurajează asociațiile medicale naționale să promoveze anumite persoane desemnate pentru cursuri complete despre HIV / SIDA în programe de educație medicală universitară și postuniversitară, de asemenea ca educație medicală continuă.

25. Asociațiile medicale naționale ar trebui să sprijine guvernele să integreze prevenirea HIV / SIDA și servicii curative cu alte activități de management al bolilor cu transmitere într-un mod cuprinzător.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind HIV/SIDA si profesia medicala, Adoptat in cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Africa de Sud, Octombrie 2006 si amendat de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 296

Asociatia Medicala Mondiala solicită tuturor asociațiilor naționale membre să încurajeze guvernele să întreprindă și să promoveze următoarele acțiuni:

• Dezvoltarea programelor de abilitare pentru femeile de toate vârstele, pentru a se asigura că femeile sunt nediscriminate și beneficiază de acces universal și gratuit la educația pentru sănătate reproductivă și formarea abilităților de viață. Se recomandă ca campaniile să fie inițiate și activate în mass-media, inclusiv media socială și programe populare la radio și televiziune, pentru a eradica mituri, stigmatizări și stereotipuri care ar putea degrada sau dezumaniza femeile. Aceasta trebuie să includă campanii împotriva mutilării genitale și căsătoriilor forțate ale adolescenților și sarcinilor nedorite. În plus, promovarea disponibilității și alegerea contracepției pentru femei, fără a fi neapărat

nevoie de a avea aprobare de la partenerii lor și promovarea disponibilității testării și tratamentului HIV sunt esențiale pentru sănătatea reproducerii. De asemenea, este important să se prevadă mijloacele economice pentru populațiile infectate în ceea ce privește prevenirea, tratamentul și monitorizarea medicală.

• Femeile trebuie să aibă același acces ca bărbații, fără discriminare la educație, ocuparea forței de muncă, independență economică, informații despre servicii medicale și servicii de sănătate.

• Legile, politicile și practicile care facilitează recunoașterea și respectarea deplină a drepturilor omului și libertatea fundamentală a femeii ar trebui inițiate sau revizuite și revizuite, după caz. Este esențial ca femeile să fie împuternicite să ia decizii cu privire la copiii lor, situația lor financiară și viitorul lor.

• Toate guvernele ar trebui să dezvolte programe pentru a oferi tratament profilactic sub formă de antiretrovirale femeilor care au fost violate sau agresate sexual. Accesul universal și gratuit la terapia antiretrovirală trebuie să fie, de asemenea, asigurat tuturor femeilor infectate cu HIV.

• Femeile infectate cu HIV care sunt însărcinate ar trebui să primească consiliere și acces la profilaxie sau tratament anti-retroviral pentru a preveni transmiterea HIV de la mama la copil.

(Resolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind privind drepturile la ingrijire medicala ale femeilor si cum interfera acestea cu preventia infectiei HIV maternofetala, adoptata de cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washington, DC, SUA, Octombrie 2002 si amendata de cea de-a 64-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013, Recomandari)

1.1.3.18 Identitatea sexuala

Art. 297

Asociatia Medicala Mondiala afirmă cu tărie că homosexualitatea nu reprezintă o boală, ci mai degrabă o variație naturală în sfera sexualității umane.

Asociatia Medicala Mondiala condamnă toate formele de stigmatizare, incriminare și discriminare a persoanelor pe baza orientării lor sexuale.

Asociatia Medicala Mondiala invită toți medicii să clasifice bolile fizice și psihologice pe baza simptomelor relevante din punct de vedere clinic în conformitate cu criteriile ICD-10, indiferent de orientarea sexuală și să ofere terapie în conformitate cu tratamentele și protocoalele recunoscute la nivel internațional.

Asociatia Medicala Mondiala afirmă că abordările psihiatrice sau psihoterapeutice ale tratamentului nu trebuie să se concentreze asupra homosexualității în sine, ci mai degrabă asupra conflictelor care apar între homosexualitate și norme și prejudecăți religioase, sociale și interiorizate.

Asociatia Medicala Mondiala condamnă așa-numitele metode de „conversie” sau „reparatoare”. Acestea constituie încălcări ale drepturilor omului și sunt practici nejustificabile care ar trebui denunțate și supuse sancțiunilor și sancțiunilor. Este lipsit de etică ca medicii să participe la orice etapă a acestor proceduri.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind variatiile naturale ale sexualitatii umane, adoptat de cea de-a 64-a Adunare Generala, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013, Recomandari)

Art. 298

1. Asociatia Medicala Mondiala subliniază că toată lumea are dreptul să isi determine propriul gen și recunoaște diversitatea posibilităților în acest sens. Asociatia Medicala Mondiala solicită medicilor să mențină dreptul fiecărui individ la autoidentificare în ceea ce privește sexul.

2. Asociatia Medicala Mondiala afirmă că incongruența de gen nu este în sine o tulburare psihică; cu toate acestea, poate duce la disconfort sau suferință, care este denumită disforie de gen (DSM-5).

3. Asociatia Medicala Mondiala afirmă că, în general, orice procedură sau tratament de sănătate legat de statutul transgender al unei persoane, de ex. intervențiile chirurgicale, terapia hormonală sau psihoterapia, necesită consimțământul liber și informat explicit al pacientului.

4. Asociatia Medicala Mondiala solicită să se depună toate eforturile pentru ca asistența medicală transgender individualizată, multi-profesională, interdisciplinară și accesibilă (inclusiv logopedie, tratament hormonal, intervenții chirurgicale și asistență mintală) să fie pusă la dispoziția tuturor persoanelor care experimentează incongruență de gen pentru a reduce sau pentru a preveni disforia de gen pronunțată.

5. Asociatia Medicala Mondiala respinge explicit orice formă de tratament coercitiv sau modificarea comportamentului forțat. Asistența medicală transgender urmărește să permită persoanelor transgenre să aibă cea mai bună calitate a vieții. Asociațiile medicale naționale ar trebui să ia măsuri pentru identificarea și combaterea barierelor în îngrijire.

6. Asociatia Medicala Mondiala solicită furnizarea unei instruiri de specialitate adecvate pentru medici în toate etapele carierei lor, pentru a le permite să recunoască și să evite practicile discriminatorii și să ofere asistență medicală transgender adecvată și sensibilă.

7. Asociatia Medicala Mondiala condamnă toate formele de discriminare, stigmatizare și violență împotriva persoanelor transgender și solicită măsuri legale adecvate pentru protejarea egalității lor fat de drepturile civile. Ca modele de rol, medicii individuali ar trebui să își folosească cunoștințele medicale pentru a combate prejudecățile în acest sens.

8. Asociatia Medicala Mondiala își reafirmă poziția potrivit căreia nicio persoană, indiferent de sex, etnie, statut socio-economic, condiție medicală sau dizabilitate, nu ar trebui să fie supusă unei sterilizări permanente forțate sau constrânse (Declarația WMA privind sterilizarea forțată și constansa). Aceasta include, de asemenea, sterilizarea ca o condiție pentru rectificarea sexului înregistrat pe documente oficiale în urma reafirmariide gen.

9. Asociatia Medicala Mondiala recomandă guvernelor naționale să mențină un interes continuu pentru drepturile de sănătate ale persoanelor transgener, efectuând cercetări privind serviciile de sănătate la nivel național și utilizând aceste rezultate în dezvoltarea politicilor medicale și medicale. Obiectivul ar trebui să fie un sistem receptiv de asistență medicală care lucrează cu fiecare persoană transgender pentru a identifica cele mai bune opțiuni de tratament pentru acea persoană.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind persoanele transgender, adoptat de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015, Recomandari)

Art. 299

Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că nicio persoană, indiferent de sex, etnie, statut socio-economic, condiție medicală sau dizabilitate, nu ar trebui să fie supusă unei sterilizări permanente forțate sau constrânse.

O gamă completă de servicii contraceptive, inclusiv sterilizarea, ar trebui să fie accesibilă și accesibilă fiecărui individ. Statul poate avea un rol de jucat în asigurarea faptului că aceste servicii sunt disponibile, împreună cu organizații private, caritabile și din sectorul terț. Decizia de a suferi contracepție, inclusiv sterilizarea, trebuie să fie o decizie proprie a persoanei în cauză.

Ca și în cazul tuturor celorlalte tratamente medicale, sterilizarea trebuie efectuată numai la un pacient competent, după ce s-a făcut o alegere în cunoștință de cauză și s-a obținut consimțământul liber și valid al individului. În cazul în care un pacient este incompetent, o decizie valabilă cu privire la tratament trebuie luată în conformitate cu cerințele legale relevante și standardele etice ale Asociatiei Medicale Mondiale înainte de efectuarea procedurii. Sterilizarea celor care nu pot da consimțământ ar fi extrem de rară și s-ar face numai cu acordul factorului de decizie surogat.

Un astfel de consimțământ trebuie obținut atunci când pacientul nu se confruntă cu o urgență medicală sau cu un alt stress major.

Asociatia Medicala Mondiala condamnă practicile în care un stat sau orice alt actor încearcă să ocolească cerințele etice necesare pentru obținerea consimțământului liber și valid.

Consimțământul la sterilizare ar trebui să fie lipsit de stimulente materiale sau sociale care ar putea denatura libertatea de alegere și nu ar trebui să fie o condiție a altor îngrijiri medicale (inclusiv avortul sigur), beneficii sociale, de asigurări, instituționale sau de altă natură.

Asociatia Medicala Mondiala invită asociațiile medicale naționale să pledeze împotriva sterilizării forțate și constrânse în propriile țări și la nivel global.

(Stat privind sterilizarea fortata si constransa, adoptat de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Tailanda, Octombrie 2012)

1.1.3.19 Violenta

Art. 300

Preambul

Toate persoanele au dreptul să lucreze într-un mediu sigur, fără amenințarea violenței. Violența la locul de muncă include atât violența fizică, cât și cea non-fizică (psihologică). Având în vedere că abuzurile non-fizice, cum ar fi hărțuirea și amenințările, pot avea consecințe psihologice severe, ar trebui utilizată o definiție largă a violenței la locul de muncă. În sensul acestei declarații, vom folosi definiția acceptată pe scară largă a violenței la locul de muncă, așa cum este utilizată de OMS: „Utilizarea intenționată a puterii, ca amenințare sau reală, împotriva unei alte persoane sau împotriva unui grup, în circumstanțe legate de muncă, fie ca are ca rezultat sau are un grad ridicat de probabilitate de a rezulta vătămare, moarte, vătămare psihologică, dezvoltare necorespunzătoare sau pierdere ”.

Violența, în afară de numeroasele efecte asupra sănătății pe care le poate avea asupra victimelor sale, are și efecte sociale potențial distructive. Violența împotriva lucrătorilor din

domeniul sănătății, inclusiv medicii, nu numai că afectează persoanele direct implicate, ci afectează și întregul sistem de asistență medicală și calitatea acestuia. Astfel de acte de violență afectează calitatea mediului de muncă, ceea ce poate avea un impact negativ asupra calității îngrijirii pacientului.

În plus, violența poate afecta disponibilitatea asistenței medicale, în special în zonele sărace.

În timp ce violența la locul de muncă este o problemă incontestabilă la nivel mondial, trebuie luate în considerare diferite diferențe culturale între țări pentru a înțelege cu exactitate conceptul de violență la nivel universal.

Există diferențe semnificative în ceea ce privește ceea ce constituie violență și ce forme specifice de violență la locul de muncă sunt cel mai probabil să apară. Amenințările și alte forme de violență psihologică sunt recunoscute ca fiind mai răspândite decât violența fizică. Motivele și cauzele violenței în mediul medical sunt extrem de complexe. Mai multe studii au identificat declanșatori comuni pentru ca actele de violență din sectorul sănătății să întârzie să primească tratamentul și nemulțumirea tratamentului oferit. Mai mult, pacienții pot acționa agresiv ca urmare a stării lor medicale, a medicației pe care o iau sau a consumului de alcool și alte medicamente. Un alt exemplu important este faptul că indivizii pot amenința sau perpetua violența fizică împotriva lucrătorilor din domeniul sănătății, deoarece se opun, pe baza credințelor lor sociale, politice sau religioase, unei zone specifice de practică medicală.

O abordare cu mai multe fațete care cuprinde domeniile legislației, securitatea, colectarea datelor, formarea, factorii de mediu, conștientizarea publicului și stimulentele financiare este necesară pentru a rezolva cu succes problema violenței în sectorul sănătății.

În plus, colaborarea dintre diverse părți interesate (inclusiv guverne, asociații medicale naționale (ANM), spitale, servicii de sănătate generală, management, companii de asigurări, formatori, preceptori, cercetători, poliție și autorități legale) este mai eficientă decât eforturile individuale ale oricarei parti. În calitate de reprezentanți ai medicilor, ANM-urile ar trebui să joace un rol activ în combaterea violenței în sectorul sănătății și, de asemenea, să încurajeze alți actori-cheie să acționeze, protejând astfel în continuare calitatea mediului de lucru pentru angajații din domeniul sănătății și calitatea îngrijirii pacienților.

Această abordare de colaborare pentru abordarea violenței în sectorul sănătății trebuie promovată în întreaga lume.

Recomandări

Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociațiile Medicale Naționale (ANM) să acționeze în următoarele domenii:

Strategie – Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să încurajeze instituțiile medicale să elaboreze și să pună în aplicare un protocol pentru a face față actelor de violență. Protocolul ar trebui să includă următoarele:

• O politică de toleranță zero față de violența la locul de muncă.

• O definiție universală a violenței la locul de muncă.

• Un plan prestabilit pentru menținerea securității la locul de muncă.

• Un plan de acțiune desemnat pentru profesioniștii din domeniul sănătății să aibă loc atunci când are loc violența.

• Un sistem de raportare și înregistrare a actelor de violență, care poate include raportarea către autoritățile legale și / sau poliției.

• Un mijloc de a se asigura că angajații care raportează violența nu se confruntă cu represalii.

Pentru ca acest protocol să fie eficient, este necesar ca conducerea și administrarea instituțiilor de asistență medicală să comunice și să ia măsurile necesare pentru a se asigura că toți cei care sunt la curent cu strategia.

Elaborarea de politici - Pentru a contribui la creșterea satisfacției pacienților, prioritățile și limitările naționale privind asistența medicală ar trebui să fie abordate în mod clar de instituțiile guvernamentale.

Statul are obligații să asigure siguranța și securitatea pacienților, medicilor și a altor lucrători din domeniul sănătății. Aceasta include asigurarea unui mediu fizic adecvat. Prin urmare, sistemele de asistență medicală ar trebui să fie concepute pentru a promova siguranța personalului medical și a pacienților. O instituție care a suferit un act de violență de către un pacient poate solicita acordarea de securitate suplimentară, deoarece toți lucrătorii din domeniul sănătății au dreptul să fie protejați la locul de muncă.

În unele jurisdicții, medicii ar putea avea dreptul să refuze să trateze un pacient violent. În astfel de cazuri, acestea trebuie să se asigure că autoritățile competente fac aranjamente alternative adecvate pentru a proteja sănătatea și tratamentul pacientului.

Pacienții cu tulburări de sănătate mintală acută, cronică sau indusă de boală pot acționa violent față de îngrijitori; cei care oferă îngrijiri acestor pacienți trebuie protejați în mod adecvat.

Instruire - Un personal bine pregătit și vigilent susținut de conducere poate fi un element esențial de descurajare a actelor violente.

Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să lucreze cu furnizori de educație universitară și postuniversitară pentru a se asigura că profesioniștii din domeniul sănătății sunt instruiți în următoarele: abilități de comunicare și recunoașterea și gestionarea persoanelor potențial violente și a situațiilor cu risc ridicat pentru a preveni incidentele de violență. Cultivarea relațiilor medic-pacient bazate pe respect și încredere reciprocă nu numai că va îmbunătăți calitatea îngrijirii pacientului, dar va stimula și sentimentele de securitate, ducând la un risc redus de violență.

Comunicare – Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să colaboreze cu alte părți interesate cheie pentru creșterea gradului de conștientizare a violenței în sectorul sănătății. Când este cazul, aceștia ar trebui să informeze personalul medical și publicul atunci când au loc acte de violență și să încurajeze medicii să raporteze acte de violență pe canalele adecvate.

În plus, după ce a avut loc un act de violență, victima ar trebui să fie informată despre procedurile întreprinse ulterior.

Sprijin pentru victime - Consiliere medicală, psihologică și juridică și asistență ar trebui să fie acordate membrilor personalului care au fost victime ale amenințărilor și / sau actelor de violență în timpul lucrului.

Colectarea datelor – Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să facă lobby pe guvernele lor și / sau consiliile de spital pentru a stabili sisteme adecvate de raportare care să permită tuturor lucrătorilor din domeniul sănătății să raporteze anonim și fără represalii, amenințări sau incidente de violență. Un astfel de sistem ar trebui să evalueze în ceea ce privește numărul, tipul și gravitatea, incidentele de violență în cadrul unei instituții și rănile rezultate. Sistemul trebuie utilizat pentru a

analiza eficiența strategiilor preventive. Datele și analizele agregate ar trebui să fie puse la dispoziția Asociatiilor Medicale Nationale.

Investigație - În toate cazurile de violență ar trebui să existe o formă de investigare pentru a înțelege mai bine cauzele și pentru a ajuta la prevenirea viitoarei violențe. În unele cazuri, ancheta poate conduce la urmărirea penală în baza codurilor civile sau penale. Procedura ar trebui să fie, pe cât posibil, condusă de autoritate și necomplicată pentru victimă.

Securitate – Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să lucreze pentru a se asigura că toate măsurile de securitate sunt în vigoare în toate instituțiile medicale și că actele de violență în sectorul asistenței medicale sunt acordate cu prioritate de către instituțiile de aplicare a legii. Ar trebui să fie pus în aplicare un audit de risc de violență de rutină pentru a identifica locurile de muncă și locațiile cu cel mai mare risc pentru violență. Exemple de zone cu risc ridicat includ spații de practică generală, facilități de tratament pentru sănătate mintală și zone de trafic intens ale spitalelor, inclusiv secția de urgență.

Riscul de violență poate fi ameliorat printr-o varietate de mijloace care ar putea include amplasarea paznicilor de securitate în aceste zone cu risc ridicat și la intrarea în clădiri, prin instalarea de camere de securitate și dispozitive de alarmă pentru utilizare de către profesioniștii din sănătate și prin menținerea suficientă iluminare în zonele de lucru, contribuind la un mediu propice vigilenței și siguranței.

Financiare – Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să încurajeze guvernele să aloce fonduri adecvate pentru a combate eficient violența în sectorul sănătății.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind violenta in sectorul sanatatii de catre pacienti si de cei apropiati lor, adoptat de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Tailanda, Octombrie 2012)

Art. 301

(1) Managementul pacientului agitat si violent incepe cu incercarea de a controla verbal situatia. Personalul trebuie sa evite sa se puna in pericol si sa isi comunice intotdeauana preocuparea pentru binele pacientului. Accentul se pune in general pe strategiile verbale. Nu trebuie neglijata posibilitatea existentei unor afectiuni medicale care sa cauzeze sau sa potenteze comportamentul violent.

(2) Medicatia se utilizeaza cand controlul verbal e incomplet sau a esuat. Se pot administra: droperidol, haloperidol sau asocieri cu o benzodiazepina. Acestea se titreaza pana la efectul dorit. Metoda sedarii rapide este sigura si eficienta. Uneori poate fi utila asocierea dintre imobilizarea fizica si medicatie.

(3) Cand se utilizeaza imobilizarea fizica, este obligatorie consemnarea in fisa pacientului a motivelor ce au dus la aceasta decizie.

(Ghid de abordare a pacientului agresiv si violent in urgenta, Alina Petrica, Mihai Grecu, Timisoara, 2008)

Art. 295

Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că utilizarea necorespunzătoare a agenților de combatere a revoltelor riscă viața celor vizați și expune persoanele din jur, ceea ce constituie o potențială încălcare a standardelor privind drepturile omului, în special dreptul la viață, dreptul la libertatea de exprimare și la întrunirea pașnică ca menționată în Declarația Universală a Drepturilor Omului.

În cazul utilizării agenților de combatere a revoltei, Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă statele să facă acest lucru într-o manieră concepută să reducă la minimum riscul de daune grave pentru indivizi și să interzică utilizarea acestuia în prezența unor populații vulnerabile, cum ar fi copii, persoane în vârstă sau gravide femei;

Asociatia Medicala Mondiala insistă asupra faptului că agenții de combatere a revoltei nu trebuie folosiți niciodată în spații închise, unde concentrațiile chimice pot atinge niveluri periculoase și unde oamenii nu se pot îndepărta de zonele cu concentrații mari ale agentului;

Asociatia Medicala Mondiala insistă asupra faptului că guvernele antrenează poliția și alte forțe de securitate în utilizarea sigură și legală a agenților de combatere a revoltei, pentru a reduce la minimum riscul de daune atunci când sunt dislocate. Aceasta trebuie să includă evacuarea rapidă a oricărui individ care aparent suferă de un nivel ridicat de expunere, nu vizează oamenii și nu folosește excesiv agentul;

Asociatia Medicala Mondiala insistă asupra faptului că statele penalizează persoanele care utilizează greșit agenții de combatere a revoltei și care pun în pericol în mod deliberat viața și siguranța umană prin utilizarea agenților. O astfel de utilizare incorectă care duce la vătămări fizice grave sau la moartea persoanelor ar trebui investigată de experți independenți.

Asociatia Medicala Mondiala solicită accesul neimpedicat și protejat al personalului medical pentru a le permite să își îndeplinească datoria de asistare a persoanelor vătămate, așa cum este prevăzută în „Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind protecția lucrătorilor din domeniul sănătății în situații de violență”.

Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca din cauza dificultăților și riscurilor semnificative pentru sănătate și viață asociate cu utilizarea acestor agenți de combatere a revoltei, statele să se abțină să le folosească în orice circumstanțe.

(Statutul Asociatie Medicale Mondiale privind statutul agentilor de combatere a revoltelor, adoptat de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015, Recomandari)

Art. 302

Asociația Medicală Mondială recomandă Asociațiilor Medicale Naționale să adopte următoarele recomandări pentru medici:

• Toți medicii ar trebui să primească o pregătire adecvată în aspectele medicale, sociologice, psihologice și preventive ale tuturor tipurilor de violență în familie. Aceasta ar include instruirea privind principiile generale in școlii medicale, informații specifice specialității în timpul formării postuniversitare și educația medicală continuă despre violența în familie. Cursanții trebuie să primească instrucțiuni adecvate cu privire la rolul de gen, putere și alte probleme ale dinamicii familiei în contribuția la violența în familie. Instruirea ar trebui, de asemenea, să includă colectarea adecvată a dovezilor, documentația și raportarea în cazurile de abuz.

• Medicii ar trebui să știe să ia un istoric adecvat și sensibil din punct de vedere cultural al victimizării actuale și trecute.

• Medicii ar trebui să ia în considerare de rutină și să fie sensibili la semnele care indică necesitatea unor evaluări suplimentare despre victimizarea actuală sau anterioară ca parte a starii lor generale de sănătate sau ca răspuns la concluziile clinice sugestive.

• Medicii trebuie încurajați să furnizeze cărți de buzunar, broșuri, videoclipuri și / sau alte materiale educaționale în sălile de primire și secțiile de urgență, pentru a oferi pacienților informații generale despre violența în familie, precum și pentru a ii informa despre ajutor și serviciile sociale.

• Medicii ar trebui să fie conștienți de serviciile sociale, comunitare și de alte servicii necesare victimelor violenței să le facă referire și să le utilizeze în mod curent.

• Medicii au obligația să ia în considerare raportarea la serviciile de protecție adecvate suspectarea de violență împotriva copiilor și a altor membri ai familiei fără capacitate juridică.

• Medicii trebuie să fie conștienți de necesitatea menținerii confidențialității în cazurile de violență în familie.

• Medicii ar trebui încurajați să participe la activitățile coordonate ale comunității care urmăresc reducerea cantității și impactului violenței în familie.

• Medicii ar trebui încurajați să dezvolte atitudini fără judecată față de cei implicați în violența familială, astfel încât capacitatea lor de a influența victimele, supraviețuitorii și făptuitorii este sporită. De exemplu, comportamentul ar trebui judecat, dar nu persoana.

• Asociațiile medicale naționale ar trebui să încurajeze și să faciliteze coordonarea acțiunilor împotriva violenței în familie în și între componentele sistemului de asistență medicală, sistemele de justiție penală, autoritățile de aplicare a legii, instanțele de familie și minori și organizațiile de servicii ale victimelor. De asemenea, ar trebui să sprijine conștientizarea publicului și educația comunitară.

• Asociațiile medicale naționale ar trebui să încurajeze și să faciliteze cercetarea pentru a înțelege prevalența, factorii de risc, rezultatele și îngrijirea optimă pentru victimele violenței în familie.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind violenta in familie, adoptata de cea de-a 48-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Somerset West, Africa de Sud, Octombrie 1996 si revizuita editorial de cea de-a 174-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si amendata de ea de-a 61-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Vancouver, Canada, Octombrie 2010, Recomandari)

Art. 303

Preambul

Violența este definită ca „utilizarea intenționată a forței fizice sau a puterii, ca amenințare sau reală împotriva unei persoane, sau împotriva unui grup sau a unei comunități care are ca rezultat sau are o probabilitate ridicată de a se solda cu vătămare, moarte, vătămare psihologică, dezvoltare necorespunzătoare sau lipsa libertatii”

Violența este multidimensională, are mai mulți factori motrici și poate fi fizică, sexuală, psihologică sau exercitată prin acte de privare sau neglijare.

Asociația Medicală Mondială a dezvoltat politici care condamnă diferite forme de violență. Acestea includ declarații despre violența împotriva femeilor și fetelor, violența în familie, abuzul și neglijența copiilor, abuzul persoanelor în vârstă, suicidul adolescenților, violența în sectorul sănătății de către pacienți și cei apropiați, protecția lucrătorilor din domeniul sănătății în situație de violență, Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind alcoolul și declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind conflictele armate.

Violența este o manifestare a condițiilor de sănătate, socio-economice, politienesti, legale și politice ale unei țări. Se produce în toate clasele sociale și este puternic asociat cu eșecul de conducere și guvernarea precară, precum și determinanți sociali, precum șomajul, sărăcia, sănătatea și inegalitatea de gen și accesul slab la oportunități educaționale.

În ciuda dispersarii la nivel regional și la nivel de țară în ceea ce privește amploarea și povara violenței, împreună cu subraportarea datelor, este evident că violența are drept urmare consecințe fatale și non-fatale. Acestea includ devastarea vieții individuale, familiale și comunitare, precum și perturbarea dezvoltării sociale, economice și politice a națiunilor.

Violența afectează economia din cauza creșterii cheltuielilor de sănătate și administrative din partea sistemelor de justiție penală, aplicarea legii și asistență socială. De asemenea, are un impact negativ asupra productivității unei țări din cauza pierderilor de capital uman și a productivității forței de muncă.

Impactul asupra sanatatii

Efectele violenței asupra sănătății variază și pot dura toată viața. Consecințele asupra sănătății includ dizabilitatea fizică, depresia, tulburarea de stres posttraumatică și alte afectiuni pentru sănătatea mintală, sarcinile nedorite, avorturile greșite și infecțiile cu transmitere sexuală.

Factorii de risc comportamentali, cum ar fi consumul de substanțe, care pot da naștere unui comportament violent, sunt, de asemenea, factori de risc pentru cancer, boli cardiovasculare și cerebrovasculare.

Victimele directe ale violenței sunt predispuse la experiențe traumatizante, cum ar fi abuzul fizic, sexual și psihologic și pot să nu fie dispuși sau să nu poată dezvălui sau raporta experiențele lor autorităților corespunzătoare din cauza rușinii, a tabuului cultural, a fricii de stigmatul societății sau a represaliilor și a justiției întârzierea nejustificată a sistemului de justitie.

În instituții, cum ar fi unitățile de asistență medicală, violența este adesea interpersonală și poate fi comisă împotriva pacienților de către lucrătorii din domeniul sănătății, sau împotriva lucrătorilor din domeniul sănătății de către pacienți și îngrijitorii lor, sau în rândul personalului medical, sub formă de terorizare, intimidare și hărțuire.

În plus, profesioniștii din domeniul sănătății și unitățile sanitare sunt din ce în ce mai supuse atacurilor violente.

Astfel de violențe și atacuri țintite asupra unităților de asistență medicală, personalului medical și bolnavilor și răniților încalcă direct etica medicală, legile internaționale umanitare și drepturile omului.

Deși multe țări acceptă din ce în ce mai mult nevoia de a institui programe de prevenire a violenței în jurisdicțiile lor respective, domeniul prevenirii și gestionării violenței se confruntă în continuare cu multe provocări.

Provocările includ raportarea inadecvată sau inexistentă a datelor, investiții inadecvate în programe de prevenire a violenței și servicii de sprijin pentru victimele violenței și nerespectarea legilor existente împotriva violenței, inclusiv măsuri de restricționare a accesului la alcool.

Recunoscând că violența rămâne o provocare semnificativă în materie de sănătate publică, care este de natură multidimensională și prevenibilă și afirmând rolul preeminent al medicilor ca rol de model, iar în îngrijirea și susținerea victimelor violenței, Asociatia Medicala Mondiala se angajează să acționeze împotriva acest flagel global.

Recomandari:

Asociatia Medicala Mondiala își încurajează membrii componenți:

1. Educați și sfătuiți clasa politica si sociala de la toate nivelurile de organizare cu cunoștințe și dovezi științifice adecvate și adecvate cu privire la avantajele investirii mai multor resurse în prevenirea violenței.

2. Sustineti si mentinet buna organizare bazată pe statul de drept, transparență și responsabilitate.

3. Desfășurați și susțineți campanii media eficiente pentru informarea și sensibilizarea publicului cu privire la povara și consecințele violenței și la necesitatea prevenirii acesteia

4. Creșterea gradului de conștientizare a publicului cu privire la legile, normele și codurile etice internaționale care impun protecția lucrătorilor și a instalațiilor medicale în momentele de pace și conflict.

5. Susțineți și promovați includerea cursurilor despre violență și prevenirea acesteia în programele academice, inclusiv cele pentru pregătire medicală postuniversitară și postuniversitară și Educație Medicală Continuă (EMC).

6. Luați în considerare organizarea programelor de consolidare a capacității și EMC pentru medici cu privire la prevenirea violenței, îngrijirea victimelor violenței, pregătirea și răspunsul la situații de urgență și recunoașterea timpurie a semnelor de violență interpersonală și sexuală.

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă guvernele:

1. Lucrați pentru atingerea unei toleranțe zero pentru violență, prin programe de prevenire, înființarea clinicilor de prevenire a violenței și sprijinirea victimelor, crearea adăposturilor sigure de violență în familie, investiții publice și private sporite în siguranța publică, securitate și consolidarea instituțiilor de sănătate și educație .

2. Încurajarea acțiunilor de colaborare pentru prevenirea violenței, cu prevenirea integrată a violenței și sprijinirea victimelor în instituțiile de asistență medicală.

3. Promovarea justiției sociale și echității prin eliminarea inegalităților și a inegalităților care pot crea condițiile pentru violență.

4. Concentrați-vă pe abordarea determinanților sociali ai sănătății prin crearea și îmbunătățirea infrastructurilor și oportunităților socioeconomice, educaționale și de sănătate, precum și eliminarea atitudinilor și practicilor culturale adverse și opresive și a tuturor formelor de inegalitate sau discriminare pe baza de gen, religie, origine etnica, naționalitate, apartenență politică, rasă, orientare sexuală, poziție socială, boală sau handicap.

5. Asigurarea punerii în aplicare și aplicarea politicilor și legilor privind prevenirea violenței, protecția și sprijinirea victimelor violenței și pedepsirea infractorilor.

6. Consolidarea instituțiilor preocupate de siguranța și securitatea publică.

7. Dezvoltarea politicilor și aplicarea legislațiilor care reglementează accesul la alcool.

8. Dezvoltați și implementați cadre juridice eficiente care protejează persoanele fizice și entitățile care oferă asistență medicală. Aceste cadre ar trebui să garanteze protecția medicilor și a altor profesioniști din domeniul sănătății, precum și accesul gratuit și sigur al personalului medical și al pacienților la unitățile de asistență medicală.

9. Susține studii de cercetare cuprinzătoare privind natura și caracterul diferitelor forme de violență, inclusiv eficacitatea strategiilor de răspuns, pentru a le ajuta în pregătirea și punerea în aplicare a politicilor, legilor și strategiilor de prevenire a violenței, protecție și susținere a victimelor și pedeapsa făptuitorilor.

10. Să inițieze și să încurajeze implicarea și colaborarea cu mai multe părți interesate între organele și organizațiile relevante la nivel global, național, de stat și local, în dezvoltarea, implementarea și promovarea strategiilor de prevenire și gestionare a violenței, inclusiv implicarea liderilor tradiționali, religioși și politici .

11. Dezvoltarea unor parteneriate multisectoriale solide la nivel local, de stat și național, cu prevenirea violenței a constituit o preocupare prioritară în toate ministerele guvernamentale, inclusiv în ministerele pentru sănătate, educație, muncă și apărare.

12. Instituiți o inițiativă de îngrijire sigură care garantează siguranta și securitatea medicilor și a altor lucrători din domeniul sănătății, a pacienților, a facilităților de asistență medicală și a livrării neîntrerupte a serviciilor de asistență medicală în momentele de pace și conflict.

13. Inițiativa ar trebui să includă următoarele componente:

• Auditul de risc al violenței de rutină.

• Mecanisme eficiente și efective de supraveghere și raportare a violenței.

• Investigarea transparentă și la timp a tuturor cazurilor de violență raportate.

• Un sistem pentru protejarea pacienților și a personalului medical care raportează cazuri de violență.

• Sprijin juridic pentru medici și alți angajați din domeniul sănătății supuși violenței la locul de muncă.

• Stabilirea posturilor de securitate în unitățile sanitare, după cum se consideră necesar.

• Acoperire financiară pentru personalul medical rănit și alți lucrători din domeniul sănătății.

• Perioada compensată pentru personalul medical rănit și alți lucrători din domeniul sănătății.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind violenta si sanatatea, adoptat de cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Helsinki, Finlanda, Septembrie 2003 si reafirmata de cea de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Seoul, Korea de Sud, Octombrie 2008 si revizuita de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

Art. 304

Preambul

Dreptul la sănătate este un element fundamental al drepturilor omului care nu se schimbă în situații de conflict și violență. Accesul la asistență medicală pentru bolnavi și răniți, indiferent dacă au fost implicați într-o luptă activă sau nu, este garantat prin diferite acorduri internaționale, inclusiv Convenția de la Geneva și Principiile de bază privind utilizarea forței și a armelor de foc de către Fortele de aplicare a legii ale Organizatiei Natiunilor Unite.

Obligația principală a medicilor este întotdeauna față de pacienții lor, iar medicii au aceleași responsabilități etice de a păstra sănătatea și de a salva viața în situații de violență sau conflicte armate ca si în timp de pace. Acestea sunt descrise în reglementarile Asociatiei Medicale Mondiale privind perioadele conflictului armat si alte situatii de violenta.

Este esențial să se garanteze siguranta și securitatea personală a lucrătorilor din domeniul sănătății, pentru a permite furnizarea celor mai înalte standarde de îngrijire pacienților. În cazul în care lucrătorii medicali nu sunt în siguranță, este posibil să nu poată oferi îngrijiri, iar pacienții vor suferi.

În situații de violență, asistența medicală este obstrucționată frecvent, iar bolnavii și răniții sunt lipsiți de tratament esențial prin:

1. Lucrătorii medicali sunt împiedicați sa ingrijeasca ranitii;

2. Interferența statului sau a altor persoane în poziții de putere prin intimidare, detenție sau alte măsuri legale;

3. Pacienților cărora li se refuză accesul la unitățile medicale;

4. Atacuri vizate asupra facilitatilor medicale și a transportului medical;

5. Atacuri vizate asupra personalului medical, inclusiv răpirea;

6. Fapte violente care nu vizează dar care au ca rezultat deteriorarea sau distrugerea instalațiilor sau a vehiculelor sau care pot provoca vătămări sau moarte personalului medical.

Astfel de acțiuni au implicații umanitare grave și încalcă standardele internaționale de neutralitate medicală, astfel cum sunt prevăzute în prevederile drepturilor omului internaționale și ale dreptului umanitar și codurile de etică medicală.

Atacurile asupra principiilor etice fundamentale ale profesiei medicale, cum ar fi încercările de a constrânge profesioniștii medicali în furnizarea de detalii cu privire la cei sub îngrijirea lor, pot submina încrederea pacienților și pot descuraja persoanele rănite să caute tratament necesar.

Recomandari

Asociatia Medicala Mondiala invită guvernele și toate părțile implicate în situații de violență să:

1. Garanteze siguranta, independența și securitatea personală a personalului medical, în orice moment, inclusiv în timpul conflictelor armate și al altor situații de violență, în conformitate cu Convențiile de la Geneva și protocoalele suplimentare ale acestora;

2. Permita personalului asistenței medicale să asiste pacienții răniți și bolnavi, indiferent de rolul lor într-un conflict și să își îndeplinească îndatoririle medicale în mod liber, independent și în conformitate cu principiile profesiei lor, fără teamă de pedeapsă sau intimidare;

3. Asigure acces în condiții de siguranță la unități medicale adecvate pentru persoanele rănite și alte persoane care au nevoie de ajutor medical, acesta nu trebuie împiedicat în mod nejustificat;

4. Sa protejeze facilitățile medicale, transportul medical și persoanele care sunt tratate în ele și sa ofere cel mai sigur mediu de lucru posibil pentru lucrătorii din domeniul sănătății și protectia fata de interferențe și atacuri;

5. Respectarea și promovarea principiilor dreptului internațional umanitar și al drepturilor omului care protejează neutralitatea medicală în situații de conflict;

6. Stabilirea unor mecanisme de raportare pentru a documenta violența împotriva personalului medical și a instalațiilor, astfel cum este prevăzut în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind protecția și integritatea personalului medical în conflictele armate și alte situații de violență.

7. Creșterea gradului de conștientizare a normelor internaționale privind protecția lucrătorilor din domeniul sănătății și cooperarea cu diferiți actori pentru identificarea strategiilor de combatere a amenințărilor la adresa asistenței medicale. Colaborarea dintre Asociatia Medicala Mondiala și Comitetul Internațional al Crucii Roșii cu privire la proiectul de asistență medicală în pericol oferă un exemplu în acest sens.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind protectia personalului din sistemul sanitar in situatii de violenta, adoptata de cea de-a 65-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Durban, Africa de Sud, Octombrie 2014)

1.1.3.20 Situatii de dezastru si urgenta

Art. 305

1. În caz de război sau de alt pericol public ce ameninţă viaţa naţiunii, orice Înaltă Parte Contractantă poate lua măsuri care derogă de la obligaţiile prevăzute de prezenta Convenţie, în măsura strictă în care situaţia o impune şi cu condiţia ca aceste măsuri să nu fie în contradicţie cu alte obligaţii care decurg din dreptul internaţional.

2. Dispoziţia precedentă nu permite nicio derogare de la articolul 2, cu excepţia cazului de deces rezultând din acte licite de război, şi nici de la articolele 3, 4 (paragraful1) şi 7.

3. Orice Înaltă Parte Contractantă ce exercită acest drept de derogare îl informează pe deplin pe Secretarul General al Consiliului Europei cu privire la măsurile luate şi la motivele care le-au determinat. Aceasta trebuie, de asemenea, să informeze Secretarul General al Consiliului Europei şi asupra datei la care aceste măsuri au încetat a fi în vigoare şi dispoziţiile Convenţiei devin din nou deplin aplicabile.

(Art. 15, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 306

Leziunile sunt principala cauză de deces și invaliditate la copii și adulți tineri, distrugând sănătatea, traiul și viața a milioane de oameni în fiecare an. Cauzele vătămării includ, printre altele, acte de violență împotriva unei parti, prăbușiri aeriene, căderi, intoxicații, înec și arsuri. Cu toate acestea, multe leziuni pot fi prevenite. Controlul vătămării ar trebui recunoscut drept o prioritate de sănătate publică care necesită coordonare între agențiile de sănătate, transport și servicii sociale din fiecare țară. Participarea și conducerea medicului prin medicamente, educație și consiliere este necesară pentru a asigura succesul unor astfel de programe de control al prejudiciului.

După cum afirmă Organizația Mondială a Sănătății în Răniri și violență: Faptele, rata accidentelor este departe de a fi uniformă în întreaga lume. Într-adevăr, aproximativ 90% din decesele cauzate de vătămări se produc în țările cu venituri mici și medii. În interiorul țărilor, ratele de vătămare variază și în funcție de clasa socială. Săracul se confruntă cu condiții de viață și de muncă mai periculoase decât cei mai bogati. De exemplu, clădirile din comunitățile sărace sunt mai susceptibile să fie mai vechi și au nevoie de reparații. Comunitățile sărace sunt de asemenea afectate de rate mult mai mari de omucideri. Mai mult decât atât, persoanele care trăiesc în sărăcie au, de asemenea, au mai puțin acces la servicii de îngrijire și reabilitare de urgență de calitate. Trebuie acordată o atenție sporită acestor cauze principale ale rănitilor.

Asociația Medicală Mondială îndeamnă Asociațiile Medicale Naționale să lucreze cu agenții publice și private adecvate pentru a dezvolta și implementa programe de prevenire și tratare a rănilor. În cadrul programelor sunt incluse eforturile de îmbunătățire a tratamentului medical și de reabilitare a pacienților răniți. Cercetarea și educația privind controlul vătămărilor trebuie crescute, iar cooperarea internațională este o componentă vitală și necesară a programelor de succes.

Asociațiile medicale naționale ar trebui să recomande includerea următoarelor elemente de bază în programele țărilor lor:

Epidemiologie

Activitatea inițială a acestor programe trebuie să fie obtinerea de date mai adecvate care sa fie baza prioritatilor, intervențiilor și cercetarii. Un sistem eficient de supraveghere a rănilor ar trebui

să fie pus în aplicare în fiecare țară pentru a colecta și integra informații. Spitalele și agențiile de sănătate trebuie să pună în aplicare un sistem consistent și precis de codare a rănilor. De asemenea, ar trebui să existe o uniformizare internațională în codificarea gravității prejudiciului.

Prevenirea

Prevenirea vătămărilor necesită educație și instruire pentru a învăța și convinge oamenii să își modifice comportamentul pentru a reduce riscul de rănire. Legile și reglementările bazate pe metode științifice solide de prevenire a rănilor pot fi adecvate pentru efectuarea modificărilor de comportament (de exemplu, utilizarea centurilor de siguranță și cască de protecție). La rândul lor, aceste legi trebuie aplicate cu strictețe. Un sistem eficient de supraveghere a vătămărilor, menționat mai sus, va ajuta la determinarea modului de direcționare a eforturilor preventive suplimentare. Planificarea urbană și a traficului ar trebui să sprijine mediile sigure pentru rezidenți.

Biomecanică

O mai bună înțelegere a biomecanicii prejudiciului și a dizabilității ar putea informa dezvoltarea standardelor și reglementărilor îmbunătățite de siguranță a produselor și design-urile lor.

Tratament

Gestionarea prejudiciului la locul evenimentului trebuie îmbunătățită printr-un sistem eficient de comunicare între primii respondenți și cadrele medicale din spitale pentru a facilita luarea deciziilor. Trebuie asigurat un transport rapid și sigur la spital. O echipă cu experiență de practicieni traumatici ar trebui să fie disponibilă la spital. De asemenea, ar trebui să existe echipamente și consumabile adecvate pentru îngrijirea pacientului rănit, inclusiv accesul imediat la o bancă de sânge. Educația și formarea medicilor în îngrijirea traumelor trebuie încurajate să asigure tehnica optimă de către un număr adecvat de medici în orice moment.

Reabilitare

Victimele traumei au nevoie de continuitatea îngrijirii accentuând nu numai supraviețuirea, ci și identificarea și conservarea funcțiilor reziduale. Reabilitarea pentru restaurarea funcțiilor biologice, psihologice și sociale trebuie întreprinsă pentru a permite persoanei vătămate să obțină o autonomie personală maximă și un stil de viață independent. Acolo unde este posibil, integrarea comunității este un obiectiv de dorit pentru persoanele cu dizabilități cronice din cauza vătămării. Reabilitarea poate necesita, de asemenea, schimbări în mediul fizic și social al pacientului.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind controlul leziunilor, adoptat de ea de-a 42-a Adunare medicala Mondiala, Rancho Mirage, CA., SUA, Octombrie 1990 si revizuita de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016)

Art. 307

În ultimul deceniu, atenția lumii a fost atrasă de o serie de evenimente severe care au testat serios și au copleșit capacitatea sistemelor de asistență medicală locală și raspunsul asistentei medicale de urgență. Conflictele armate, atacurile teroriste și calamitățile naturale, cum ar fi cutremurele, inundatiile și tsunamiile din diferite părți ale lumii nu numai că au afectat sănătatea oamenilor care trăiesc în aceste zone, dar au atras și sprijinul și răspunsul comunității internaționale. Multe asociații medicale naționale au trimis grupuri pentru a ajuta în astfel de situații de dezastru.

Conform Centrului Mondial pentru Cercetări privind Epidemiologia Dezastrelor (Organizația Mondială a Sănătății (OMS)), frecvența, amploarea și numărul de dezastre naturale și

terorism au crescut în întreaga lume. În secolul precedent, aproximativ 3,5 milioane de oameni au fost uciși în întreaga lume ca urmare a dezastrelor naturale; aproximativ 200 de milioane au fost uciși ca urmare a dezastrelor provocate de oameni (de exemplu, războaie, terorism, genocide). În fiecare an, dezastrele provoacă sute de decese și costă miliarde de dolari din cauza perturbării comerțului și a distrugerii caselor și a infrastructurii critice.

Vulnerabilitatea populației (de exemplu, datorită creșterii densității populației, urbanizării, îmbătrânirii) a crescut riscul de dezastre și de urgențe de sănătate publică. Globalizarea, care leagă țările prin interdependențe economice, a dus la creșterea călătoriilor și a comerțului internațional. O astfel de activitate a dus, de asemenea, la creșterea densității populației în orașele din întreaga lume și la sporirea circulației oamenilor în zonele de coastă și în alte regiuni predispuse la dezastre. Creșterile călătoriilor internaționale pot accelera viteza cu care se răspândește o boală infecțioasă emergentă sau un agent de bioterorism pe tot globul. Schimbările climatice și terorismul au apărut ca factori importanți la nivel mondial care pot influența tendințele dezastrelor și, prin urmare, necesită monitorizare și atenție continuă.

Apariția bolilor infecțioase, precum gripa A H1N1 și sindromul respirator acut sever (SARS) și sosirea recentă a virusului West Nile și a maimuței în emisfera occidentală, consolidează necesitatea unei vigilențe și planificări constante pentru a se pregăti și a răspunde la urgențe noi și neașteptate de sănătate publică

Probabilitatea crescândă de catastrofe legate de terorism care afectează populații civile mari afectează toate națiunile.

Continuă îngrijorarea cu privire la securitatea arsenalului mondial de agenți nucleari, chimici și biologici, precum și la recrutarea de oameni capabili să le producă sau să le implementeze. Natura potențial catastrofică a unui atac terorist „de succes” configurează un eveniment care poate solicita o cantitate disproporționată de resurse și pregătirea profesioniștilor din domeniul sănătății. Dezastre naturale, cum ar fi tornade, uragane, inundatii și cutremure, precum și catastrofe industriale și de transport , sunt mult mai frecvente și pot stresa, de asemenea, sever sistemele medicale, de sănătate publică și de intervenție de urgență existente.

Având în vedere evenimentele mondiale recente, este din ce în ce mai clar că toți medicii trebuie să devină mai pricepuți în recunoașterea, diagnosticul și tratamentul victimelor în masă, în cadrul unei abordări cu riscuri în ceea ce privește gestionarea și răspunsul la dezastre. Acestea trebuie să fie în măsură să recunoască caracteristicile generale ale dezastrelor și a situațiilor de urgență în sănătatea publică și să fie informați despre cum să le raporteze și unde să obțină mai multe informații dacă apare nevoia. Medicii se află pe primele linii atunci când se confruntă cu răni și boli - fie cauzate de microbi, pericole de mediu, dezastre naturale, accidente rutiere, terorism sau alte calamități. Detectarea timpurie și raportarea sunt esențiale pentru a reduce la minimum victime prin lucrul în echipă de către personalul din domeniul sănătății și al serviciilor de intervenție de urgență din sectorul public și privat.

Asociatia Medicala Mondiala, reprezentând medicii lumii, solicită membrilor săi să pledeze pentru următoarele:

• Să promoveze un set de competențe standard care să asigure coerența între programele de formare în caz de dezastre pentru medici din toate specialitățile. Multe Asociatii Medicale Nationale au cursuri privind dezastrele și experiențe anterioare în răspunsul la dezastre. Aceste Asociatii

Medicale Nationale pot împărtăși aceste cunoștințe și pledea pentru integrarea unui nivel de pregătire standardizat pentru toți medicii, indiferent de specialitate sau naționalitate.

• Să lucreze cu administrațiile locale și naționale pentru a stabili sau actualiza baze de date regionale și cartografierea geografică a informațiilor despre activele, capacitățile, capacitățile și logistica sistemului de sănătate pentru a ajuta eforturile de răspuns medical, pe plan intern și mondial, atunci când este nevoie. Aceasta ar putea include informații despre raspunsul organizațiilor locale, starea spitalelor locale și infrastructurile sistemului de sănătate, bolile endemice și emergente, precum și alte informații importante pentru sănătate publică și clinica pentru a ajuta răspunsul medical în caz de dezastru. În plus, trebuie identificate și consolidate sistemele de comunicare directă cu medicii și alți furnizori de asistență medicală de prim rang.

• Să lucreze cu guvernele naționale și locale pentru a asigura elaborarea și testarea planurilor de gestionare a dezastrelor pentru îngrijirea clinică și sănătatea publică, inclusiv baza etică pentru realizarea acestor planuri.

• Încurajarea guvernelor la nivel național și local să lucreze peste granițele regiunii și alte granițe în dezvoltarea planificării necesare.

• Asociatia Medicala Mondiala ar putea servi ca canal de comunicare pentru ANM în astfel de perioade de criză, permițându-le să coordoneze activitățile și să lucreze împreună.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Montevideo privind pregatirea la dezastre si raspunsul medical, adoptat de cea de-a 62-a Adunare Generala, Montevideo, Uruguay, Octombrie 2011)

Art. 308

Preambul

1. În conformitate cu Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie (IFRC), un dezastru este un eveniment brusc, o calamitate care perturbă serios funcționarea unei comunități sau a unei societăți și provoacă pierderi umane, materiale și economice sau de mediu care depășesc comunitatea sau capacitatea societății de a face față folosind resursele proprii. Deși adesea cauzate de natură, dezastrele pot avea origini umane.

Această definiție exclude situațiile care decurg din conflicte și războaie, internaționale sau interne, care dau naștere altor probleme în plus față de cele avute în vedere în această lucrare.

2. Dezastrele adesea duc la daune materiale substanțiale, deplasări considerabile de oameni, numeroase victime și perturbări sociale importante. Pregătirea adecvată ar face consecințele majore mai puțin probabile și mai puțin severe și ar proteja oamenii, în special cei mai vulnerabili.

Acest document se va concentra în special pe aspectele medicale ale dezastrelor. Din punct de vedere medical, situațiile de dezastru se caracterizează printr-un dezechilibru acut și neprevăzut între resurse și capacitatea profesioniștilor medicali și nevoile supraviețuitorilor răniți a căror sănătate este amenințată, într-o anumită perioadă de timp.

3. Dezastrele, indiferent de cauză, au mai multe caracteristici comune:

3.1. Apariția lor bruscă și neașteptată, dar adesea previzibilă, care solicită acțiune promptă;

3.2. Daune materiale sau naturale care fac ca accesul supraviețuitorilor să fie dificil și / sau periculos;

3.3. Deplasarea sau mișcarea unui număr deseori mare de persoane;

3.4. Efecte adverse asupra sănătății, din diverse motive, precum leziuni fizice și traume de energie mare, consecințe directe și indirecte ale poluării, riscurile de epidemii și

factori emoționali și psihologici, precum și factori precum accesul redus la alimente, apă potabilă, adăpost, sănătate îngrijiri și alți factori de sănătate;

3.5. Un context de insecuritate care necesită uneori măsuri de poliție sau militare pentru menținerea ordinii; și

3.6. Acoperirea media și utilizarea de social media.

4. Dezastrele necesită răspunsuri multiple care implică multe tipuri diferite de ajutor, de la transporturi și livrări alimentare până la servicii medicale. Este posibil ca medicii să facă parte din operațiuni coordonate care implică alți respondenți, cum ar fi personalul de ordine. Aceste operațiuni necesită o autoritate eficientă și centralizată pentru a coordona eforturile publice și private.

Salvatorii și medicii se confruntă cu circumstanțe excepționale, care necesită necesitatea continuă a unui standard de îngrijire profesional și etic. Acest lucru este pentru a se asigura că tratamentul supraviețuitorilor în caz de catastrofe se conformează principiilor etice de bază și nu este influențat de alte motivații. Resurse medicale inadecvate și / sau perturbate pe teren și un număr mare de persoane rănite într-un timp scurt prezintă provocări etice specifice.

Recomandari

5. Profesia medicală este în slujba pacienților și a societății în orice moment și în toate circumstanțele. Prin urmare, medicii ar trebui să fie dedicați în mod oficial să abordeze consecințele asupra sănătății a dezastrelor, fără scuză sau întârziere.

6. Asociația Medicală Mondială (WMA) își reafirmă Declarația de la Montevideo privind pregătirea în caz de catastrofe și răspunsul medical (2011) recomandand dezvoltarea unei pregătiri adecvate a medicilor, cartografierea corectă a informațiilor despre dotarile sistemului de sănătate și sustinerea față de guverne pentru a asigura planificarea îngrijirii clinice.

7. Asociatia Medicala Mondiala reamintește necesitatea principală de a asigura securitatea personală a medicilor și a altor respondenți în caz de catastrofe (Declarația privind protecția lucrătorilor din domeniul sănătății în situația de violență, 2014). Medicii și alți respondenți trebuie să aibă acces la echipamente adecvate și funcționale, atât medicale cât și de protecție.

8. Mai mult, Asociatia Medicala Mondiala recomandă următoarele principii și proceduri etice cu privire la rolul medicului în situațiile de dezastru:

8.1 Un sistem de triaj poate fi necesar pentru a determina prioritățile de tratament. În ciuda triajului care duce adesea la unii dintre cei mai grav răniți care primesc doar controlul simptomelor, cum ar fi analgezia, astfel de sisteme sunt etice cu condiția să respecte standardele normative. Demonstrarea grijii și compasiunii în ciuda necesității de a aloca resurse limitate este un aspect esențial al triajului.

În mod ideal, triajul trebuie să fie încredințat unor medici autorizați cu experiență sau echipe de medici, ajutați de un personal competent. Deoarece cazurile pot evolua și astfel pot schimba categoria, este esențial ca oficialul responsabil de triaj să evalueze în mod regulat situația.

8.2 Următoarele declarații se aplică tratamentului dincolo de îngrijirea de urgență:

8.2.1 Este etic ca un medic să nu insiste, cu orice preț, în tratarea indivizilor „dincolo de îngrijirile de urgență”, risipind astfel resursele rare necesare. Decizia de a nu trata o persoană vătămată din cauza priorităților dictate de situația de dezastru nu poate fi considerată un eșec etic sau medical de a veni în asistența unei persoane

aflate în pericol de moarte. Se justifică atunci când se intenționează să se salveze numărul maxim de persoane. Cu toate acestea, medicul trebuie să arate astfel de pacienți compasiune și respect pentru demnitatea lor, de exemplu prin separarea lor de ceilalți și administrarea analgezicelor și a sedativelor corespunzătoare și, dacă este posibil, să ceară cuiva să rămână cu pacientul și să nu-l lase singur.

8.2.2 Medicul trebuie să acționeze în funcție de nevoile pacienților și de resursele disponibile. El / ea ar trebui să încerce să stabilească o ordine de priorități pentru tratament care va salva cel mai mare număr de vieți și va restrânge morbiditatea la minimum.

8.3 Relația cu pacienții

8.3.1 În selectarea pacienților care pot fi salvați, medicul ar trebui să ia în considerare doar starea lor medicală și răspunsul previzibil la tratament și ar trebui să excludă orice altă considerație bazată pe criterii non-medicale.

8.3.2 Supraviețuitorii unui dezastru au dreptul la același respect ca și alți pacienți, iar cel mai adecvat tratament disponibil ar trebui administrat cu acordul pacientului.

8.4 Urmarea dezastrului

8.4.1 În perioada post-dezastru trebuie luate în considerare nevoile supraviețuitorilor. Mulți au pierdut membrii familiei și pot suferi suferințe psihologice. Trebuie respectată demnitatea supraviețuitorilor și a familiilor lor.

8.4.2 Medicul trebuie să depună toate eforturile pentru a respecta obiceiurile, riturile și religiile pacienților și să acționeze imparțial.

8.4.3 Pe cât posibil, ar trebui să fie păstrate înregistrări detaliate, inclusiv detalii despre orice dificultăți întâmpinate. Identificarea pacienților, inclusiv a celui decedat, trebuie înregistrată.

8.5 Media și alte terțe părți

Medicii ar trebui să ia în considerare faptul că, în orice dezastru media este prezenta. Activitatea mass-media trebuie respectată și facilitată, după caz, în circumstanțe. Dacă este necesar, medicii ar trebui să fie împuterniciți să restricționeze intrarea reporterilor și a altor reprezentanți ai mass-media în spațiile medicale. Personalul instruit corespunzător ar trebui să se ocupe de relațiile cu mass-media.

Medicul are obligația fata de fiecare pacient să exercite discreția și să încerce să asigure confidențialitatea atunci când se ocupă cu terți. De asemenea, medicul trebuie să exercite prudență și obiectivitate și să respecte atmosfera adesea emoțională și politizată din jurul situațiilor de dezastru. Toate si oricare dintre activitatile media, în special filmările, trebuie să aibă loc numai cu acordul explicit al fiecărui pacient filmat. În ceea ce privește utilizarea social media, medicii trebuie să respecte aceleași standarde de discreție și respectare a vieții private a pacientului.

8.6 Obligațiile personalului paramedical

Principiile etice care se aplică medicilor aflați în situații de dezastru ar trebui să se aplice și altor lucrători din domeniul sănătății.

8.7 Instruire

Asociația Medicală Mondială recomandă ca instruirea în medicină în caz de dezastru să fie inclusă în programele de studii universitare și postuniversitare în medicină.

8.8 Responsabilitate

8.8.1 Asociația Medicală Mondială solicită guvernelor și companiilor de asigurări să acopere atât răspunderea civilă, cât și orice daune personale la care ar putea fi supuși medicii atunci când lucrează în situații de dezastru sau de urgență. Aceasta ar trebui să includă, de asemenea, acoperirea de viață și de invaliditate pentru medicii care mor sau sunt răniți la serviciu.

8.8.2 Asociatia Medicala Mondiala cere guvernelor:

• Asigurați-vă pregătirea sistemului de asistență medicală pentru a servi în situații de dezastru.

• Partajați toate informațiile referitoare la sănătatea publică în timp util și precis.

• Acceptați participarea medicilor străini calificați demonstrabil, acolo unde este necesar, fără discriminare pe baza unor factori precum afilierea (de exemplu, Crucea Roșie, Semiluna Roșie, Comitetul International de Cruce Rosie și alte organizații calificate), rasa sau religia.

• Acordați prioritate prestării serviciilor medicale față de orice altceva care ar putea întârzia tratamentul necesar al pacienților.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind etica medicala in situatii de dezastru, Adopatata de cea de-a 46-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Stockholm, Suedia, Septembrie 1994, revizuita de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si revizuita de ce de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

1.1.3.21 Situatii de epidemie sau pandemie

Art. 309

Preambul

1. Istoria demonstrează că pot apărea noi boli și se pot reactiva boli vechi, imprevizibil. Mișcarea globală rapidă de oameni și bunuri înseamnă acum că infecțiile se răspândesc la nivel mondial la rate fara precedent, provocând sisteme de sănătate care să răspundă în timp util. Prin urmare, recunoașterea rapidă și reacționarea adecvată la astfel de epidemii sau pandemii trebuie să fie o preocupare internațională, cu o comunicare și colaborare efectivă între națiuni.

2. Epidemiile pot fi cauzate de o varietate de agenți infecțioși cu diferite metode de transmitere. Aceste boli pot fi auto-limitante, pot duce la câteva simptome evidente sau pot provoca efecte pe termen scurt sau lung, uneori grave. Bolile relativ minore pot deveni periculoase pentru viață la unii indivizi vulnerabili. Aceastea pot include vârstnicii și pe cei foarte tineri, precum și pe cei cu un anumit grad de imunitate compromisă.

3. Investițiile în sistemele de sănătate publică vor spori capacitatea de a detecta eficient și de a inchide focare de boli rare sau neobișnuite. Funcțiile de bază ale sănătății publice sunt necesare ca bază pentru detectarea, investigarea și răspunsul la toate epidemiile. Un program de supraveghere global mai eficient va îmbunătăți răspunsul la bolile infecțioase și va permite depistarea și

identificarea precoce a bolilor noi sau emergente. Epidemiile și pandemiile au potențialul de a se răspândi mai rapid în țările cu sisteme de sănătate publice sub-finanțate și subdezvoltate.

Recomandari

Organizatia Mondiala a Sanatatii si Guvernele Nationale

4. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) are responsabilitatea de a coordona răspunsul internațional la epidemii și pandemii. A definit faze care permit o abordare crescândă a planificării pregătirii și a răspunsului pe măsură ce evoluează o epidemie. Organizatia Medicala Mondiala recomandă:

4.1 OMS ar trebui să se asigure că toate datele relevante privind dezvoltarea bolilor infecțioase și răspândirea acestora sunt colectate, inclusiv colaborarea cu organisme voluntare sau actori nestatali, precum și cu administrațiile naționale și locale care observă evoluțiile din domeniile în care documentația poate fi limitată. Un sistem global de captare și supraveghere a datelor este esențial pentru urmărirea bolilor infecțioase și consecințele acestora.

4.2 OMS ar trebui să colaboreze îndeaproape cu Centrele pentru controlul bolilor din Atlanta și Europa (CDC și ECDC), Centrele Naționale pentru Controlul Bolilor și alte agenții regionale de sănătate publică aplicabile pentru a examina rapoartele privind modificările tipului de boală și pentru a declara epidemii și pandemii imediat ce acestea sunt identificate. Apariția și identificarea pot fi realizate la diferite perioade de timp.

4.3 OMS și alții ar trebui să colaboreze cu guvernele naționale și grupurile guvernamentale internaționale pentru a coordona răspunsurile la apariția și reaparitia bolilor infecțioase.

4.4 OMS ar trebui să colaboreze cu asociațiile medicale naționale și cu alte autorități medicale pentru a se asigura că medicii și furnizorii de servicii medicale au la dispozitie ghiduri de ingrijire cu orientări corecte și oportune.

4.5 Pe măsură ce apar infecții sau reapar OMS și alte agenții ONU trebuie să se asigure că informațiile ușor de înțeles sunt puse la dispoziția tuturor persoanelor din zona afectată în limbile locale, în colaborare cu guvernele și alți parteneri. Aceasta ar trebui să includă informații despre prevenirea bolilor, inclusiv informații adecvate privind igiena și practicile optime de control al infecțiilor.

4.6 În cazul în care bolile conduc la apariția unor defecte de naștere, guvernele trebuie să ofere sprijin familiilor afectate.

4.7 Un cadru de specialiști în sănătate publică care pot oferi sprijin în timpul unei situații de urgență în curs de dezvoltare ar trebui dezvoltat și sprijinit de toate guvernele naționale.

Ei și alți medici ar trebui să fie pregătiți să se pună la dispoziție pentru a ajuta la controlul epidemiei, în conformitate cu abilitățile lor relevante.

Asociatiile Medicale Nationale

5.1 Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să-și identifice clar responsabilitățile în timpul unei epidemii, inclusiv gradul de participare la procesul național de planificare a epidemiei. Aceste responsabilități ar trebui să includă comunicarea informațiilor vitale către public și în special către profesioniștii din domeniul sănătății.

5.2 Dacă este cazul, Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să ofere medicilor și asociații medicale regionale instrumente de formare, informare și suport clinic, impreuna cu instituții de sănătate publică și educație.

5.3 Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să fie pregătite să pledeze pentru finanțarea guvernamentală adecvată pentru sprijinirea forței de muncă în asistența medicală și pregătirea pentru o epidemie.

Medicii:

6.1 Medicii trebuie să fie suficient de educați cu privire la riscurile de transmitere, controlul infecției și gestionarea simultană a bolilor cronice în timpul unei epidemii.

6.2 Deoarece medicii vor fi primii respondenți, aceștia trebuie să rămână implicați în planificarea epidemiilor și a tuturor etapelor de reacție la nivel local.

6.3 Medicii ar trebui să ia toate măsurile necesare pentru a-și proteja propria sănătate, sănătatea personalului și a colaboratorilor.

6.4 Medicii ar trebui să ajute la colectarea principală de date pentru a monitoriza epidemiile, ținând cont de confidențialitate și protejarea celor vulnerabili.

(Statutul Asociatei Medicale Mondiale privind epdemiile si pandemiile, adoptata de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Octombrie 2017)

Art. 310

1. Asociația Medicală Mondială și Asociațiile Medicale Naționale din întreaga lume au un rol activ în promovarea unei idei internaționale care condamnă dezvoltarea, producția sau utilizarea toxinelor și agenților biologici care nu au nicio justificare pentru scopuri profilactice, protectoare sau în alte scopuri pașnice.

2. Asociația Medicală Mondială, Asociațiile Medicale Naționale și lucrătorii medicali din întreaga lume promovează, cu Organizația Mondială a Sănătății, Organizația Națiunilor Unite și alte entități adecvate, înființarea unui consorțiu internațional de lideri medicali și de sănătate publică pentru a monitoriza amenințarea armelor biologice, pentru a identifica acțiunile susceptibile de a preveni proliferarea bioarmelor și pentru a dezvolta un plan coordonat pentru monitorizarea apariției la nivel mondial a bolilor infecțioase. Acest plan ar trebui să vizeze:

(a) sistemele internaționale de monitorizare și raportare, pentru a spori supravegherea și controlul focarelor de boli infecțioase în întreaga lume;

(b) elaborarea unui protocol de verificare eficient în temeiul Convenției ONU privind armele biologice și toxice;

(c) educarea medicilor și a lucrătorilor din sănătatea publică despre bolile infecțioase emergente și potențialele arme biologice;

(d) capacitatea laboratoarelor de a identifica agenți patogeni biologici;

(e) disponibilitatea vaccinurilor și a produselor farmaceutice adecvate; și

(f) necesitățile financiare, tehnice și de cercetare pentru a reduce riscul de utilizare a armelor biologice și a altor amenințări majore de boli infecțioase.

3. Asociația Medicală Mondială îndeamnă medicii să fie atenți la apariția bolilor neexplicate și a deceselor în comunitate și să cunoască capacitățile de supraveghere și control ale bolilor pentru a răspunde la grupuri neobișnuite de boli, simptome sau prezentări.

4. Asociația Medicală Mondială încurajează medicii, asociațiile medicale naționale și alte societăți medicale să participe cu autoritățile de sănătate locale, naționale și internaționale la

elaborarea și punerea în aplicare a protocoalelor de reacție în caz de catastrofe pentru fapte de bioterorism și focare naturale de boli infecțioase. Aceste protocoale ar trebui utilizate ca bază pentru educația medicala și a publicului.

5. Asociația Medicală Mondială îndeamnă toți cei care participă la cercetarea biomedicală să ia în considerare implicațiile și posibilele aplicații ale muncii lor și să cântărească cu atenție în echilibru urmărirea cunoștințelor științifice cu responsabilitățile etice ale societății.

(Declaratia de la Washington a Asociatiei Medicale Mondiale privind armele biologice, adoptata de cea de-a 53-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Washington, DC, SUA, Octombrie 2002 si revizuita editorial de cea de-a 164-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2003 si reafirmata de cea de-a 191-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Praga, Republica Ceha, Aprilie 2012 - Recomandari)

Art. 311

Asociatia Medicala Mondiala vrea să recunoască lupta profesiei medicale împotriva pandemiei prin această rezolutie de urgenta și pledează pentru:

1. Furnizarea suficientă de echipamente și materiale de protecție personală (EIP) pentru profesioniștii din domeniul sănătății, care permite asistența medicală și garantează disponibilitatea acestui material într-o situație de posibile focare.

2. Indeamnă guvernele să adopte o abordare multilaterală și coordonată la scară globală a crizei pentru a promova egalitatea în intervenții, accesul la servicii de sănătate, tratamente și viitoare vaccinuri.

3. Oferiți suficientă finanțare sistemelor de sănătate, astfel încât acestea să poată face față costurilor pandemiei și să garanteze asistență medicală accesibilă și de calitate.

4. Asociațiile medicale naționale și Asociatai Medicala Mondiala încurajează o participare activă la planificarea și gestionarea tuturor etapelor răspunsului la epidemie.

5. Recunoașteți că infecția cu SARS CoV-2 să fie recunoscută ca o boală profesională și că profesia medicală să fie declarată „profesie cu risc”. De asemenea, solicităm ca îngrijirea personalului medical să fie o prioritate, în special în domeniul sănătății mintale.

6. Lupta împotriva violenței față de medici și împotriva oricărui semn al stigmatizării acestora prin promovarea toleranței zero la violență în mediul medical.

7. Susține profesia medicală care continuă să-și onoreze angajamentul față de știință și pacienți. Deoarece profesionalismul medical actual este unul dintre puținele și ultimele apărări pe care pacienții grav bolnavi, excluși și neajutorați trebuie să le mențină un minim de sănătate, calitate a vieții și demnitate umană.

8. Îndeamnă guvernele să includă consolidarea și progresul sistemului de sănătate ca parte a planurilor naționale de recuperare a COVID.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind profesia medicala si COVID-19, Adoptata de cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie 2020, - Recomandari)

Art. 312

Asociația Medicală Mondială

1. Salută soluțiile multilaterale în lupta globală împotriva COVID-19, în special platforma COVAX, pentru a asigura o distribuție echitabilă și globală a unui vaccin COVID-19 sigur și eficient;

2. Subliniază că nicio țară nu ar trebui lăsată în urmă în cursa de vaccinare a populației împotriva acestei amenințări globale;

3. Subliniază necesitatea unui echilibru între dorința fiecărei țări de a-și proteja cetățenii și necesitatea ca vaccinul să fie distribuit în întreaga lume;

4. Reiterează faptul că toate studiile clinice trebuie să respecte principiile etice pentru cercetarea medicală care implică subiecți umani, astfel cum sunt stabilite în Declarația WMA de la Helsinki;

5. Afirmă că este necesară o monitorizare formală pe termen lung a siguranței în cazurile în care studiile clinice au fost accelerate pentru a accelera vaccinurile pentru autorizarea pieței;

6. Atrage atenția asupra riscului sporit cu care se confruntă lucrătorii din domeniul sănătății și populațiile vulnerabile aflate într-o situație de pandemie și, prin urmare, îndeamnă ca acești indivizi să fie printre primii care primesc un vaccin sigur și eficient;

7. Își reînnoiește apelul către toți membrii constituenți pentru a crește gradul de conștientizare a programelor de imunizare și solicită medicilor individuali să acorde o atenție specială abordării preocupărilor pacienților care ezită vaccin;

8. Își reafirmă avertismentul privind ezitarea vaccinului (aprilie 2019) și reiterează importanța menținerii altor vaccinări importante de rutină, de ex. împotriva poliomielitei, rujeolei și gripei;

9. Solicită eforturi coordonate pentru a spori încrederea publicului în vaccinare în fața campaniilor de dezinformare și a mișcărilor anti-vaccin care subminează sănătatea copiilor și a adulților.

(Resolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind ditribuirea globala echitabila a vaccinului COVID-19, adoptat de cea de-a 71-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale (online), Cordoba, Spania, Octombrie 2020 - Recomandari)

Art. 313

Gripă aviară

În cazul unui focar de gripă aviară, trebuie luate următoarele măsuri:

• Sursele de expunere trebuie evitate atunci când este posibil, deoarece aceasta este cea mai eficientă măsură de prevenire.

• Trebuie utilizate echipamente de protecție personală și trebuie evidențiate practicile de igienă a mâinilor atât pentru personalul care manipulează păsările de curte, cât și pentru membrii echipei de asistență medicală.

• Toate păsările infectate / expuse ar trebui distruse cu eliminarea corespunzătoare a carcaselor și cu dezinfectarea riguroasă sau carantina a fermelor.

• Stocurile de vaccinuri și antivirale trebuie menținute pentru utilizare în timpul unui focar.

• Pentru tratament se pot folosi medicamente antivirale, cum ar fi inhibitorii neuraminidazei.

Pregătirea gripei pandemice

OMS și Oficiile Naționale de Sănătate Publică:

• Coordonarea răspunsului internațional la o pandemie gripală este responsabilitatea Organizația Mondiala a Sănătății (OMS). În prezent, OMS folosește o abordare bazată pe riscuri pentru toate incluziunile, pentru a permite un răspuns coordonat bazat pe diferite grade de severitate a pandemiei.

OMS ar trebui sa:

• Ofere asistență tehnică și de laborator țărilor afectate, dacă este necesar și sa monitorizeze continuu nivelurile de activitate ale potențialelor tulpini de gripă pandemică asigurându-vă că

desemnarea „Urgența de sănătate publică de îngrijorare internațională” se face în timp util, dacă este necesar.

• Monitorizeze și coordoneze procesele prin care guvernele distribuie materiale biologice, inclusiv tulpinile de virus, pentru a facilita producerea și asigurarea accesului la vaccinuri la nivel global.

• Comunice informațiile disponibile ingrijoratoare cu privire la activitatea gripei cât mai devreme pentru a permite un răspuns în timp util.

• Guvernele naționale sunt invitate să elaboreze planuri de acțiune națională pentru a aborda următoarele puncte:

• Asigurați-vă că există o capacitate locală adecvată de diagnostic și supraveghere pentru a permite monitorizarea continuă a activității gripei în întreaga țară.

• Luați în considerare capacitatea de creștere a spitalelor, laboratoarelor și infrastructurii de sănătate publică și îmbunătățiți-le, dacă este necesar.

• Identificați cadrele juridice și etice, precum și structurile de guvernare în legătură cu planificarea pandemiei.

• Identificați mecanismele și autoritățile relevante pentru inițierea și escaladarea intervențiilor pentru încetinirea răspândirii virusului în comunitate, cum ar fi închideri școlare, carantină, închideri de frontiere etc.

• Pregătiți strategii și mesaje de comunicare pentru risc și criză, în așteptarea fricii și a anxietății publice și a mass-media.

• De asemenea, guvernele sunt îndemnate să imparta materiale biologice și anume tulpini de virus și altele, pentru a facilita producția și a asigura accesul la vaccinuri la nivel global.

• Asigurați-vă că eforturile de diagnostic și supraveghere sunt continuate și că sunt stabilite vaccinuri adecvate și stocuri antivirale.

• Stabilirea unor protocoale pentru gestionarea pacienților din comunitate, efectuarea triajului în unitățile sanitare, asigurarea managementului ventilației și gestionarea deșeurilor infecțioase.

• Alocarea dozelor de vaccin, antivirale și paturile de spital trebuie coordonate cu experți.

• Ar trebui să se acorde prioritate pentru vaccinare grupurilor cu cel mai mare risc, inclusiv celor necesare menținerii serviciilor esențiale, inclusiv serviciilor de asistență medicală.

• Îndrumări și informații în timp util către departamentele regionale de sănătate, organizațiile de asistență medicală și medicii.

• Pregătirea pentru creșterea cererii de servicii medicale și absența furnizorilor de servicii medicale, în special dacă severitatea clinică a bolii este mare. În astfel de cazuri, prioritizarea și coordonarea resurselor disponibile sunt esențiale. Aceasta poate include valorificarea capacității sectorului privat în care resursele de stat sunt insuficiente.

• Asigurați-vă că sunt alocate finanțări adecvate pentru pregătirea și reacția pandemică, precum și pentru consecințele sale sociale și asupra sănătății.

• Asigurați-vă că există mecanisme pentru a asigura siguranța instalațiilor de sănătate, a personalului și a lanțurilor de aprovizionare pentru vaccinuri și antivirale

• Promovează și finanțează cercetarea pentru a dezvolta vaccinuri și tratamente eficiente, cu efecte de durată împotriva gripei.

• Încurajarea colaborării dintre medicina umană și cea veterinară în prevenirea, cercetarea și controlul gripei aviare.

Asociațiile medicale naționale sunt solicitate să:

• Delimitați implicarea lor în planul național de pregătire a gripei pandemice, care poate include creșterea capacității în rândul medicilor, participarea la dezvoltarea ghidurilor și comunicarea cu profesioniștii din domeniul sănătății.

• Ajută la educarea publicului despre gripa aviară și pandemică.

• Când este posibil, coordonați-vă cu alte organizații ale profesioniștilor din domeniul sănătății, precum și alte ANM-uri pentru a identifica problemele comune și politicile congruente legate de pregătirea și răspunsul la gripa pandemică.

• Luați în considerare punerea în aplicare a strategiilor de sprijin pentru membrii implicați în răspuns, inclusiv serviciile de sănătate mintală, facilitarea echipelor de intervenție în caz de urgență pentru sănătate și asistența la locul de muncă.

• Consiliati înainte și în timpul unei pandemii, pentru alocarea resurselor adecvate pentru a răspunde nevoilor previzibile și emergente ale asistenței medicale, ale pacienților și ale publicului larg.

• Încurajați personalul de sănătate să se protejeze prin vaccinare.

• Dezvoltați propriile planuri de urgență de afaceri specifice organizației pentru a asigura sprijinul continuu al membrilor lor.

Medicii:

• Trebuie să fie suficient de cunoscător despre riscurile de gripă și transmitere pandemică, inclusiv epidemiologia locală, națională și internațională.

• Ar trebui să pună în aplicare practici de control al infecției și vaccinare, pentru a se proteja pe ei înșiși, precum și alți membri ai personalului în timpul focarelor de gripă sezonieră și pandemică.

• Trebuie să participe la planificarea pregătirii locale și regionale pentru pregătirea gripei pandemice.

• Ar trebui să elaboreze planuri de urgență pentru a face față unor posibile perturbări ale serviciilor esențiale și deficienței de personal.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind influenza aviara si pandemica, adoptat de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si amendat de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018, Recomandari)

1.1.3.22 Situatii de conflict armat

Art. 314

Domeniu și definiții

Domeniul de aplicare al acestei declarații include următoarele crime specificate: genocid, crime de război și crime împotriva umanității, astfel cum sunt definite de Statutul de la Roma al Curții Penale Internaționale.

Preambul

Medicii sunt obligați etica medicală să decida pentru binelui pacienților lor. Medicii care au fost condamnați pentru genocid, crime de război sau crime împotriva umanității, au încălcat etica

medicală, drepturile omului și dreptul internațional și sunt, prin urmare, nedemni de a practica medicina.

În conformitate cu principiul prezumției de nevinovăție, numai medicii care au fost condamnați pentru infracțiunile specificate ar trebui declarați nedemni de a practica medicina.

Discuţie

1. Medicii care doresc să lucreze în orice țară se supun reglementărilor autorităților sau jurisdicției competente din țara respectivă. Obligația de a demonstra capacitatea de a practica medicina revine persoanei care solicită licență.

2. Medicii care au fost condamnați pentru genocid, crime de război sau crime împotriva umanității nu trebuie să li se permită libera practica în altă țară sau jurisdicție.

3. Autoritățile competente de autorizare trebuie să se asigure atât de faptul că medicii au calificările necesare, cât și de faptul că nu au fost condamnați pentru genocid, crime de război sau crime împotriva umanității.

4. Medicii care au fost condamnați pentru infracțiunile specificate au reușit uneori să părăsească țara în care au fost comise aceste infracțiuni și să obțină o licență pentru a practica medicina de la autoritatea competentă de autorizare din altă țară.

5. Această practică este contrară interesului public, dăunător reputației profesiei medicale și poate dăuna siguranței pacientului.

Recomandări

1. Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca medicii care au fost condamnați pentru infracțiunile specificate să li se refuze autorizația de a libera practica a medicinii și apartenența la asociațiile medicale naționale de către autoritatea de reglementare și de autorizare competentă din această jurisdicție.

2. Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca autoritățile de reglementare și de autorizare relevante să folosească propria autoritate pentru a se informa, în măsura posibilului, dacă au fost făcute afirmații verificabile de participare la genocid, crime de război sau crime împotriva umanității împotriva medicilor, în același timp timp respectând prezumția de nevinovăție.

3. Asociațiile medicale naționale trebuie să fie sigure că o investigație detaliată a acuzațiilor este realizată de o autoritate competentă.

4. Asociatia Medicala Mondiala recomandă asociațiilor medicale naționale să se asigure că există o comunicare eficientă între ele și că, dacă este posibil și adecvat, acestea informează autoritățile naționale de reglementare și autorizații cu privire la convingerile medicilor despre genocid, crime de război sau crime împotriva umanității.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind convingerile medicilor referitoare la genocid, crime de razboi si crime impotriva umanitatii, adoptata de cea de-a 49-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Hamburg, Germania, Noiembrie 1997 si reafirmata de Sesiunea de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Berlin, Germania, Mai 2007 si reafirmata de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018)

Art. 315

Asociatia Medicala Mondiala consideră că dezvoltarea, fabricarea și vânzarea armelor destinate utilizării împotriva ființelor umane sunt oribile. Pentru a sprijini prevenirea și reducerea rănilor la arme, Asociatia Medicala Mondiala:

• Sprijină eforturile internaționale de definire a unor criterii obiective pentru măsurarea efectelor armelor actuale și viitoare, care ar putea fi utilizate pentru a opri dezvoltarea, fabricarea, vânzarea și utilizarea acestor arme;

• Invită asociațiile medicale naționale să îndemne guvernele naționale să coopereze la colectarea datelor necesare pentru stabilirea criteriilor obiective;

• Invită asociațiile medicale naționale să sprijine și să încurajeze cercetarea asupra efectelor globale asupra sănătății publice ale utilizării armelor și să facă publice rezultatele acestei cercetări, atât la nivel național, cât și internațional. Acest lucru va asigura că atât guvernele cât și publicul sunt conștienți de consecințele pe termen lung ale sănătății pe care le are utilizarea armelor asupra persoanelor și populațiilor care nu combat.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind armele de foc si relatia lor cu viata si sanatatea. Adoptatde cea de-a 48-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Somerset West, Africa de Sud, Octombrie 1996 si revizuita editorial de cea de-a 174-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si revizuita de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

Art. 316

Preambul

1. Atribuțiile medicilor în perioadele de conflict armat sunt stabilite în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind principiile etice ale asistenței medicale în cazuri de conflict armat și alte situații de urgență și în reglementările Asociatiei Medicale Mondiale în timpuri de conflict armat și în alte situații de violență.

2. Medicii ar trebui să încurajeze politicienii, guvernele și alții din poziții de putere să fie mai conștienți de consecințele, inclusiv de impactul asupra sănătății asupra deciziilor lor privind începerea sau continuarea conflictului armat.

3. Conflictul armat dăunează sănătății persoanelor și populațiilor, precum și infrastructurii critice, inclusiv facilități de sănătate, locuințe, aprovizionare cu apă potabilă și canalizare. De asemenea, duce la degradarea mediului. O astfel de distrugere a infrastructurii critice poate duce la consecințe adverse asupra sănătății, inclusiv malnutriție și boli infecțioase sau contaminari ale apei, cum ar fi holera și febra tifoida. De asemenea, războiul distruge infrastructura legată de muncă, inclusiv fabrici și centre de producție, precum și agricultura. Repararea infrastructurii avariate nu poate continua până la încetarea conflictului.

4. Războaiele încep din mai multe motive. Eforturile pentru evitarea conflictelor sunt deseori insuficiente și inadecvate, iar liderii tarilor pot să nu caute toate alternativele. Evitarea războiului și căutarea alternativelor constructive este întotdeauna de dorit.

5. Este esențial ca cei care pretind că războiul este un „război drept” să înțeleagă că aceasta este o circumstanță rară și extremă, care nu trebuie exercitata. Conceptul de război „drept” nu trebuie folosit pentru a legitima violența.

6. Războiul și alte forme de conflict armat sunt susceptibile să înrăutățească suferința celor mai săraci și să contribuie la dezvoltarea unui număr mare de persoane stramutate intern și de refugiați.

7. Medicii ar trebui să caute, în timpul conflictelor, să influențeze părțile pentru a atenua suferințele populațiilor.

Recomandari

8. Asociatia Medicala Mondiala consideră că conflictul armat ar trebui să fie întotdeauna o ultimă soluție. Medicii și Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să alerteze guvernele și actorii nestatali cu privire la consecințele umane ale războiului.

9. Medicii ar trebui să încurajeze politicienii, guvernele și alții din poziții de putere să fie mai conștienți de consecințele deciziilor lor legate de conflictul armat.

10. Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că conflictul armat produce întotdeauna suferințe umane enorme. Statele și alte autorități, inclusiv actorii nestatali, care intră într-un conflict armat, trebuie să accepte responsabilitatea consecințelor acțiunilor lor și să fie pregătiți să răspundă pentru consecințele acestora, inclusiv instanțelor și tribunalelor internaționale și se recomandă autorităților să recunoască și să coopereze pentru a se asigura ca acest lucru are loc.

11. Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că impactul conflictelor armate va fi cel mai important pentru femei și populații vulnerabile, inclusiv copii, tineri, vârstnici și cei mai săraci membri ai societății. Medicii ar trebui să încerce să se asigure că alocarea resurselor de îngrijire medicală nu are un impact discriminatoriu.

12. Medicii trebuie să le reamintească permanent celor aflați la putere nevoia de a furniza servicii esențiale celor din zonele deteriorate și perturbate de conflict.

13. După încheierea conflictului, trebuie să se acorde prioritate reconstruirii infrastructurii esențiale necesare unei vieți sănătoase, inclusiv adăpostul, canalizarea, aprovizionarea cu apă potabila și aprovizionarea cu alimente, urmată de restabilirea oportunităților educaționale și profesionale.

14. Asociatia Medicala Mondiala cere ca părțile la un conflict să respecte Legea Umanitară relevantă și să nu utilizeze facilitățile de sănătate ca camere militare, nici să țintească instituțiile de sănătate, lucrătorii și vehiculele și să respecte Legea Umanitară Internațională instituită și să nu utilizeze facilitățile de sănătate ca adaposturi militare și nici sa nu inițiază atacuri împotriva instituțiilor medicale, lucrătorilor și vehiculelor sau restricționează accesul persoanelor rănite și al pacienților la servicii medicale, așa cum este prevăzut în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind protecția lucrătorilor din sănătate în situații de violență.

15. Medicii ar trebui să lucreze cu pentru ajutorare și alte agenții pentru a se asigura că părțile protejează integritatea familiei și, dacă este posibil, să îndepărteze oamenii de pericol direct și imediat.

16. Medicii ar trebui să fie conștienți de prevalența probabilă a tulburării de stres post-traumatic (PTSD) și a altor probleme psihosociale și psihosomatice postconflict și să ofere îngrijire și tratament adecvat combatanților și civililor.

17. Medicii, inclusiv specialiștii în medicina criminalistică, ar trebui să ajute familiile să se asigure că eforturile de identificare a celor dispăruți și a celor morți nu sunt acoperite de forțele de securitate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind conflictele armate, adoptata de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 317

Orientari generale

Etica medicală în perioadele de conflict armat este identică cu cea a eticii medicale în perioade de pace, așa cum se prevede în Codul internațional de etică medicală al Asociatiei Medicale Mondiale. Dacă, în îndeplinirea îndatoririlor lor profesionale, medicii au loialități contradictorii,

obligația lor principală este față de pacienții lor; în toate activitățile lor profesionale, medicii ar trebui să respecte convențiile internaționale privind drepturile omului, dreptul internațional umanitar și declarațiile Asociatiei Medicale Mondiale privind etica medicală.

Sarcina principală a profesiei medicale este păstrarea sănătății și salvarea vieții. Prin urmare, este considerat lipsit de etică pentru medici sa:

- Ofere sfaturi sau efectueze proceduri profilactice, diagnostice sau terapeutice care nu sunt justificabile pentru asistența medicală a pacientului;
- Slăbească puterea fizică sau psihică a unei ființe umane fără justificare terapeutică;
- Utilizeze cunoștințe științifice pentru a împiedica sănătatea sau a distruge viața;
- Utilizeze informații despre sănătate personală pentru a facilita interogarea;
- Scuze, facilitează sau participă la practica torturii sau la orice formă de tratament crud, inuman sau degradant.

În perioadele de conflict armat și în alte situații de violență, se aplică norme etice standard, nu numai în ceea ce privește tratamentul, ci și la toate celelalte intervenții, cum ar fi cercetarea. Cercetarea care implică experimente pe subiecți umani este strict interzisă tuturor persoanelor private de libertate, în special prizonierii civili și militari și populației țărilor ocupate.

Obligația medicală de a trata oamenii cu umanitate și respect se aplică tuturor pacienților. Medicul trebuie să acorde întotdeauna îngrijirile necesare în mod imparțial și fără discriminare pe baza vârstei, bolii sau dizabilității, crezului, originii etnice, sexului, naționalității, apartenenței politice, rasei, orientării sexuale sau poziției sociale sau a oricărui alt criteriu similar.

Guvernele, forțele armate și alte persoane aflate în poziții de putere ar trebui să respecte Convențiile de la Geneva pentru a se asigura că medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății pot oferi îngrijire tuturor celor care au nevoie în situații de conflict armat și în alte situații de violență. Această obligație include o cerință de a proteja personalul și facilitățile medicale.

Indiferent de context, confidențialitatea medicală trebuie să păstreze medicul. Cu toate acestea, în conflictele armate sau în alte situații de violență și în timp de pace, pot exista circumstanțe în care un pacient prezintă un risc semnificativ pentru alte persoane, iar medicii vor trebui să își cântărească obligația față de pacient față de obligația sa față de alte persoane amenințate.

Privilegiile și facilitățile acordate medicilor și altor profesioniști din domeniul sănătății în perioadele de conflict armat și în alte situații de violență nu trebuie niciodată utilizate decât în scopuri de îngrijire a sănătății.

Medicii au datoria clară de a îngriji bolnavii și răniții. Medicii ar trebui să recunoască vulnerabilitatea specială a unor grupuri, inclusiv a femeilor și a copiilor. Furnizarea unei astfel de îngrijiri nu trebuie împiedicată sau considerată nici un fel de infracțiune. Medicii nu trebuie niciodată judecați sau pedepsiți pentru respectarea oricărei obligații etice.

Medicii au datoria să preseze guvernele și alte autorități pentru furnizarea infrastructurii care este o condiție necesară pentru sănătate, inclusiv apă potabilă, alimente adecvate și adăpost.

În cazul în care conflictul pare iminent și inevitabil, medicii ar trebui, în măsura în care sunt capabili, să se asigure că autoritățile planifică protecția infrastructurii de sănătate publică și orice reparație necesară în perioada imediat următoare de conflict.

În situații de urgență, medicii trebuie să acorde atenție imediată celor mai bune abilități ale acestora. Indiferent dacă sunt civili sau combatanți, bolnavii și răniții trebuie să primească prompt

îngrijirea de care au nevoie. Nu se face nicio distincție între pacienți, cu excepția celor bazate pe nevoia clinică.

Medicilor trebuie să li se acorde acces la pacienți, instalații și echipamente medicale și protecția necesară pentru a-și desfășura activitățile profesionale în mod liber. Un astfel de acces trebuie să includă pacienții din centrele de detenție și penitenciare.

Trebuie garantata asistența necesară, inclusiv trecerea fără obstacole și independența profesională completă.

În îndeplinirea îndatoririlor lor și în cazul în care au dreptul legal, medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății trebuie identificați și protejați de simboluri recunoscute internațional, cum ar fi Crucea Roșie, Semiluna Roșie sau Cristalul Roșu.

Spitalele și unitățile de asistență medicală situate în zonele unde există un conflict armat sau alte situații de violență trebuie respectate de toți combatanții și personalul media. Asistența medicală acordată bolnavilor și răniților, civililor sau combatanților nu poate fi folosită pentru publicitate sau propagandă. Confidențialitatea bolnavilor, răniților și morților trebuie să fie întotdeauna respectată. Aceasta include vizitele unor persoane politice importante în scopuri media și, de asemenea, când persoane politice importante sunt printre răniți și bolnavi.

Medicii trebuie să fie conștienți de faptul că, în timpul conflictelor armate sau în alte situații de violență, asistența medicală devine din ce în ce mai susceptibilă la practici lipsite de scrupule și la distribuirea de materiale și medicamente slabe calitativ / contrafăcute și să încerce să ia măsuri asupra unor astfel de practici.

Asociatia Medicala Mondiala sprijină colectarea și diseminarea datelor referitoare la asalturile asupra medicilor, a altor personal de îngrijire a sănătății și a facilităților medicale, de către un organism internațional. Aceste date sunt importante pentru a înțelege natura acestor atacuri și pentru a stabili mecanisme care să le prevină. Trebuie să fie cercetate atacurile împotriva personalului medical, iar cei responsabili trebuie să fie judecați.

Codul de conduita: datoriile medicilor care lucreaza in zone de conflict armat sau alte situații de violență

Medicii trebuie, în toate circumstanțele:

• Niciodata să comiți și nici să nu asiste la încălcarea dreptului internațional (dreptul internațional umanitar sau legea drepturilor omului);

• Să nu abandoneze răniții și bolnavii;

• Nu participați la niciun act de ostilitate;

• Reamintiți-le autorităților obligația lor de a căuta răniții și bolnavii și de a asigura accesul la îngrijiri medicale fără discriminare nedreaptă;

• Sfatuiti și oferiți îngrijiri eficiente și imparțiale celor răniți și bolnavi (fără referire la vreun motiv de discriminare nedreaptă, inclusiv dacă este „dușmanul”);

• Recunoaște că securitatea persoanelor, pacienților și instituțiilor reprezintă o constrângere majoră a comportamentului etic și nu iti asuma riscuri nejustificate în îndeplinirea îndatoririlor;

• Respectă persoana rănită sau bolnavă, voința, încrederea și demnitatea sa;

• Nu profitați de situație și de vulnerabilitatea răniților și bolnavilor pentru câștig financiar personal;

• Nu întreprinde niciun fel de experimentare asupra răniților și bolnavilor fără consimțământul lor real și valid și niciodată acolo unde sunt lipsiți de libertate;

• Acordă o atenție specială vulnerabilității mai mari a femeilor și copiilor aflați în conflictele armate și în alte situații de violență și nevoilor lor specifice de îngrijire a sănătății;

• Respectați dreptul unei familii de a cunoaște soarta și locul unde se află un membru al familiei dispărute, indiferent dacă persoana respectivă este sau nu moartă sau că primește îngrijiri medicale;

• Oferă îngrijiri medicale pentru oricine este luat prizonier;

• Recomandati vizitele periodice ale medicilor în închisori și temnita, dacă un astfel de mecanism nu este deja în vigoare;

• Denunțați și acționați, atunci când este posibil, pentru a pune capăt oricărei practici fără scrupule sau distribuirea materialelor și medicamentelor slab calitative / contrafăcute;

• Încurajeaza autorităților să își recunoască obligațiile care le revin în temeiul dreptului umanitar internațional și al altor organe pertinente ale dreptului internațional cu privire la protecția personalului medical și a infrastructurii în conflictele armate și în alte situații de violență;

• Fiți conștienți de obligațiile legale de a raporta autorităților focarul oricărei boli sau traume notificate;

• Faceți orice este în puterea lor pentru a preveni represaliile împotriva răniților și bolnavilor sau a asistenței medicale;

• Recunoașteți că există și alte situații în care asistența medicală ar putea fi compromisă, dar în care există dileme.

Medicii trebuie sa faca tot posibilul sa:

• Refuze să se supuna unei comenzi ilegale sau etice;

• Acordați atenție cu privire la orice loialitate dublă de care medicul poate fi legat și discută aceste loialități duble cu colegii și cu orice persoană din autoritate;

• Ca excepție a confidențialității profesionale și în conformitate cu Rezoluția Asociatiei Medicale Mondiale privind responsabilitatea medicilor în documentarea și denunțarea actelor de tortură sau a tratamentului crud sau inuman sau degradant și a Protocolului de la Istanbul, denunțați actele de tortură sau cruzi, inumane sau un tratament degradant de care medicii sunt conștienți, dacă este posibil cu acordul subiectului, dar în anumite circumstanțe în care victima nu este în măsură să se exprime liber, fără consimțământ explicit;

• Ascultă și respectă opiniile colegilor;

• Reflectați și încercați să îmbunătățiți standardele de îngrijire adecvate situației;

• Raportează comportamentul etic al unui coleg către superiorul corespunzător;

• Păstrați evidența adecvată a asistenței medicale;

• Sprijinirea durabilității asistenței civile de sănătate perturbată de context;

• Raportează unui comandant sau altor autorități corespunzătoare dacă nu sunt îndeplinite nevoile de îngrijire medicală;

• Aveți în vedere modul în care personalul medical poate reduce sau reduce efectele violenței în cauză, de exemplu, reacționând la încălcările dreptului umanitar internațional sau ale dreptului omului.

(Reglementarile Asociatiei Medicale Mondiale in timpul conflictelor armate si alte situatii de urgenta, adoptata de cea de-a 10-a Adunare Medicala Mondiala, Havana, Cuba, Octombrie 1956, si editata de cea de-a 11-a Adunare

Medicala Mondiala, Istambul, Turcia, Octombrie 1957, revizuita de cea de-a 35-a Adunare Medicala Mondiala, Venetia, Italia,Octombrie 1983, de cea de-a 55-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tokyo, Japonia, Octombrie 2004, revizuita editorial de cea de-a 173-a Sesiune de Consiliu, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2006, si revizuita de cea de-a 63-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Tailanda, Octombrie 2012)

Art. 318

Organizațiile de îngrijire a sănătății civile și militare au scopul comun de a îmbunătăți siguranța personalului și a altor bunuri de sănătate și de a oferi asistență medicală imparțială și eficientă în conflictele armate și în alte situații de urgență,

Referindu-ne la principiile umanității, prin care suferința umană trebuie prevenită și atenuată oriunde ar putea fi găsită și imparțială, prin care asistența medicală nu va fi oferită fără discriminare;

Ținând cont de standardele dreptului umanitar internațional, în special Convențiile de la Geneva din 1949 și protocoalele adiționale din 1977 și ale dreptului internațional privind drepturile omului, în special Declarația universală a drepturilor omului (1948) și Pactele internaționale privind drepturile civile și politice și pe Drepturile economice, sociale și culturale (1966);

Având în vedere principiile eticii profesionale adoptate de asociațiile profesionale din domeniul sănătății, inclusiv reglementările Asociatiei Medicale Mondiale in timpul conflictelor armate și alte situații de violență;

Susțineți următoarele principii etice ale asistenței medicale:

Principii generale

1. Principiile etice ale asistenței medicale nu se schimbă în perioadele de conflict armat și în alte situații de urgență și sunt aceleași cu principiile etice ale îngrijirii sănătății în perioade de pace.

2. Personalul din domeniul sănătății acționează în orice moment în conformitate cu legislația internațională relevanta și legea nationala, cu principiile etice ale îngrijirii sănătății și cu conștiința acestora. Pentru a oferi cele mai bune îngrijiri disponibile, acestea trebuie să ia în considerare utilizarea echitabilă a resurselor.

3. Sarcina principală a personalului de îngrijire a sănătății este de a păstra sănătatea fizică și psihică a omului și de a atenua suferința. Aceștia trebuie sa ofere îngrijirea necesară cu umanitate, respectând demnitatea persoanei în cauză, fără nicio discriminare de niciun fel, indiferent dacă este în timp de pace sau de conflict armat sau în alte situații de urgență.

4. Privilegiile și facilitățile acordate personalului de îngrijire a sănătății în perioadele de conflict armat și în alte situații de urgență nu sunt niciodată utilizate pentru alte scopuri decât pentru nevoile de îngrijire a sănătății.

5. Indiferent de argumentele prezentate, personalul din domeniul sănătății nu acceptă niciodată acte de tortură sau orice altă formă de tratament crud, inuman sau degradant în niciun caz, inclusiv în conflict armat sau în alte situații de urgență. Ei nu trebuie să fie niciodată prezenți și nu pot participa niciodată la astfel de acte.

Relatiile cu pacientii

6. Personalul de asistență medicală acționează în interesul maxim al pacienților și de fiecare dată când este posibil, cu consimțământul explicit. Dacă, în îndeplinirea îndatoririlor lor profesionale, au loialități contradictorii, obligația lor principală, din punct de vedere al principiilor etice, este față de pacienții lor.

7. În conflictele armate sau în alte situații de urgență, personalul de îngrijire a sănătății este obligat să acorde atenție imediată și să necesite îngrijiri cât mai bine. Nu se face distincție între pacienți, cu excepția deciziilor bazate pe nevoia clinică și resursele disponibile.

8. Personalul din domeniul sănătății respectă dreptul pacienților la confidențialitate. Este etic ca personalul medical să dezvăluie informații confidențiale numai cu acordul pacientului sau atunci când există o amenințare reală și iminentă de daune pentru pacient sau pentru alții

9. Personalul din domeniul sănătății depune toate eforturile pentru a asigura respectarea vieții private a răniților, bolnavilor și decedaților, inclusiv evitarea utilizării îngrijirii de sănătate pentru răniți și bolnavi, civili sau militari, în scopuri publicitare sau politice.

Protectia personalului medical

10. Personalul de îngrijire a sănătății, precum și unitățile de asistență medicală și transporturile medicale, militare sau civile, trebuie să fie respectate de toți. Aceștia sunt protejați în timp ce își îndeplinesc sarcinile și le este asigurat cel mai sigur mediu de lucru posibil.

11. Accesul în condiții de siguranță a personalului de ingrijire sanitar la pacienți, instalațiile și echipamentele medicale nu trebuie să fie împiedicat în mod necorespunzător și nici nu trebuie ca accesul pacienților la unitățile de îngrijire a sănătății și la personalul medical sa fie împiedicat în mod nejustificat.

12. În îndeplinirea sarcinilor și în cazul în care au dreptul legal, personalul de asistență medicală este identificat prin simboluri recunoscute la nivel internațional, cum ar fi Crucea Roșie, Semiluna Roșie sau Cristalul Roșu, ca o manifestare vizibilă a protecției lor în conformitate cu dreptul internațional aplicabil.

13. Personalul din domeniul sănătății nu va fi niciodată pedepsit pentru îndeplinirea sarcinilor lor în conformitate cu normele legale și etice.

Final

14. Prin aprobarea acestor principii etice ale asistenței medicale, organizațiile semnatare se angajează să lucreze pentru promovarea și implementarea acestora, acolo unde este posibil, inclusiv prin diseminarea corespunzătoare între membrii lor.

(Principii etice in ingrijirea medicala in timpul conflictelor armate si a altor urgente, prin munca comuna in proiectul Ingrijire Medicala in Pericol, Asociatia Medicala Mondiala (WMA), Comitetul International de Medicina Militara (ICMM), Consiliul International al Asistentilor (ICN) si Federatia Internationala Farmaceutica au fost consultate de Comitetul International de Cruce Rosie (ICRC) cu scopul ca aceste organizații să fie de acord cu un numitor comun al principiilor etice ale asistenței medicale aplicabile în perioadele de conflict armat și în alte situații de urgență. Acest document, care este rezultatul acestor consultări, nu aduce atingere documentelor de politică existente adoptate de aceste organizații.)

Art. 319

Preambul

1. De-a lungul istoriei, au existat cazuri de conflict politic în care medicii și organismele profesionale care le reprezintă au adoptat și consolidat politicile guvernelor lor respective, cu încălcarea standardelor etice medicale. Au existat, de asemenea, cazuri de medici care în mod deliberat s-au implicat în activități infracționale și au îmbrățișat ideologii neetice. Chiar și astăzi, conflictele morale și politice aflate în derulare pot duce medicii și organizațiile lor reprezentative să depășească limitele etice.

2. Pentru a preveni apariția unor astfel de încălcări ale comportamentului etic, medicii și organizațiile lor reprezentative au responsabilitatea de a se ridica peste conflictele naționale, de a

încuraja sprijinul profesional reciproc și de a-și baza acțiunile pe cele mai înalte standarde etice medicale, inclusiv obligația principală a medicului față de starea de sănătate a pacienților individuali.

3. Toate asociațiile medicale naționale și membrii acestora au obligația de a susține etosul medicinii, de a demonstra o dreptate și onestitate absolută în confruntarea conflictelor naționale istorice și în desfășurare, precum și de a păstra lecțiile extrase de toate formele de comportament etic. Aceasta include menținerea unui angajament clar față de drepturile omului, respingerea în mod explicit a discriminarilor rasiale, religioase, sexuale, a orientării sexuale și a oricărei alte forme de discriminare și confruntarea în mod activ a eșecurilor morale ale profesiei medicale.

4. Medicii au obligații profesionale și etice care depășesc interesele etnice și naționale.

Asociațiile medicale trebuie să joace un rol în reducerea decalajului dintre grupurile diferite, pe baza codurilor etice medicale comune, indiferent de mediul politic, religios, etnic și social. Experiența medicală, reprezentată în asociațiile medicale, ar putea fi un agent puternic pentru restabilirea respectului pentru drepturile omului în general în perioadele de război și alte conflicte.

Recomandări

5. Asociația Medicală Mondială îndeamnă asociațiile medicale naționale să:

5.1 Se intalneasca regulat in în spiritul trainiciei prieteniei și cooperarii;

5.2 Luați inițiativa de a invita colegii din asociații medicale din națiuni în conștiință la întâlniri cu intenția de a restabili contactul și cooperarea între asociații;

5.3 Implicați-vă într-un schimb semnificativ de experiență și cunoștințe cu comunitatea medicală regională și globală pentru a menține cele mai înalte niveluri de standarde etice și de îngrijire;

5.4 Asigurați-vă că toate generațiile de medici, inclusiv cei care nu au fost implicați în nicio infracțiune, sunt conștienți de importanța vitală a eticii medicale și de consecințele grave ale oricărei abateri. Acest lucru poate fi realizat prin includerea acestor principii ca parte a pregătirii medicale de bază (a se vedea Rezoluția Asociatiei Medicale Mondiale privind includerea eticii medicale și a drepturilor omului în programa școlilor medicale din întreaga lume) și continuarea pe parcursul carierei medicilor;

5.5 Recunoaște obligația lor de a colabora unul cu celălalt și cu alte autorități competente pentru a păstra amintirea eventualelor abateri de la etica medicală sau a încălcărilor drepturilor omului, pentru a le împiedica să se mai repete;

5.6 Promovarea păstrării și creșterii relațiilor constructive în profesia de medic, chiar și în urma unor trecuturi regretabile sau a unor conflicte în curs de desfășurare. Pentru a realiza acest lucru, este deosebit de important să se angajeze într-o comunicare continuă într-o atmosferă de colegialitate profesională.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind cooperarea Asociatiilor Medicale Nationale in timpul sau dupa finalizarea conflictelor armate, adoptat de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 320

Preambul

Declarațiile Asociatiei Medicale Mondiale de la Geneva, de la Helsinki și Tokyo precizează îndatoririle și responsabilitățile profesiei medicale de a păstra și de a proteja sănătatea pacientului și de a se dedica serviciului umanității. Prin urmare, și având în vedere consecințele umanitare catastrofale pe care le-ar avea orice utilizare a armelor nucleare și imposibilitatea unui răspuns

umanitar semnificativ în materie de sănătate și umanitate, Asociatia Medicala Mondiala consideră că are datoria de a lucra pentru eliminarea armelor nucleare. Pentru a realiza o lume fără arme nucleare este o necesitate.

Recomandari

Prin urmare, Asociatia Medicala Mondiala:

1. Condamnă dezvoltarea, testarea, producția, stocarea, transferul, desfășurarea, amenințarea și utilizarea armelor nucleare;

2. Solicită tuturor guvernelor să se abțină de la dezvoltarea, testarea, producția, stocarea, transferul, desfășurarea, amenințarea și utilizarea armelor nucleare și să lucreze cu bună-credință pentru eliminarea armelor nucleare;

3. Sfătuiește toate guvernele că chiar și un război nuclear limitat ar produce suferințe umane imense și o moarte substanțială, împreună cu efecte catastrofale pentru ecosistemul pământului, care ar putea scădea ulterior aprovizionarea cu alimente in lume și ar pune o parte semnificativă din populația lumii sa riste foametea;

4. Este profund îngrijorat de planurile de menținere la nesfârșit și de modernizare a arsenalelor nucleare; absența progreselor în dezarmarea nucleară de către statele armate nucleare; și pericolele crescânde ale războiului nuclear, fie prin intenție, inclusiv prin atac cibernetic, inadvertență sau accident;

5. Salută Tratatul privind Interzicerea Armelor Nucleare și se alătură altora din comunitatea internațională, inclusiv mișcarea de Crucea Roșie și Semiluna Roșie, Medicii Internaționali pentru Prevenirea Războiului Nuclear, campania internațională pentru eliminarea armelor nucleare și o mare parte majoritatea statelor membre ONU, apelând, ca misiune a medicilor din toate statele să semneze, să ratifice sau să adere cu promptitudine și să pună în aplicare în mod fidel Tratatul privind Interzicerea Armelor Nucleare; și

6. Solicită ca toate asociațiile medicale naționale să se alăture Asociatiei Medicale Mondiale pentru a sprijini această declarație, să utilizeze resursele educaționale disponibile pentru a educa publicul larg și să îndemne guvernele respective să lucreze urgent pentru a interzice și elimina armele nucleare, inclusiv prin aderarea și punerea în aplicare a Tratatului ONU privind Interzicerea Armelor Nucleare.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind armele nucleare, adoptat de cea de-a 50-a Adunare Medicala Mondiala, Ottawa, Canada, Octombrie 1998 si amendata de cea de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Seoul, Corea de Sud, Octombrie 2008 si de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015 si revizuita de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Mondiale a Sanatatii, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018)

Art. 320

Asociatia Medicala Mondiala constată că dezvoltarea, producția, depozitarea și utilizarea armelor chimice este interzisă în cadrul Conventiei Armelor Chimice și ttilizarea unor astfel de arme este considerata ca o crimă împotriva umanității, indiferent dacă populațiile țintă sunt civile sau militare.

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă toate părțile relevante să facă eforturi active pentru a respecta interdicția Conventiei Armelor Chimice privind dezvoltarea, producerea, depozitarea și utilizarea armelor chimice.

Asociatai Medicala Mondiala solicită sprijin din partea tuturor statelor părți la Conventia Armelor Chimice pentru distrugerea în siguranță a tuturor depozitelor de arme chimice.

Asociatia Medicala Mondiala sprijină inițiativele ONU de a identifica pe oricine este responsabil pentru utilizarea armelor chimice și de a le aduce în justiție.

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă statele care utilizează agenți chimici în controlul revoltelor și în situații conexe să ia în considerare și să reducă la minimum riscurile și să se abțină, atunci când este posibil, de la o astfel de utilizare. Orice utilizare trebuie să urmeze procedurile stabilite necesare pentru a reduce riscul de deces sau de răni grave. Acestea nu trebuie utilizate într-o manieră, care crește în mod deliberat riscul de rănire, vătămare sau moarte pentru țintele lor.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind interzicerea armelor chimice, adoptata de cea de-a 64-a Adunare Generala, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013, Recomandari)

1.1.3.23 Pacientii cu dizabilitati

Art. 321

(1) Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, in condiții de egalitate cu ceilalți:

a) se bucură de dreptul la libertate și siguranță al persoanei;

b) nu sunt lipsite de libertate in mod ilegal sau arbitrar și că orice lipsire de libertate se face conform legii și că existența unei dizabilități nu va justifica in niciun fel lipsirea de libertate.

(2) Statele părți se vor asigura că, in cazul in care persoanele cu dizabilități sunt lipsite de libertate, ca urmare a oricărui proces, acestea au dreptul, in condiții de egalitate cu ceilalți, la garanții, conform legislației internaționale privind drepturile omului, și că vor fi tratate in conformitate cu obiectivele și principiile prezentei convenții, inclusiv prin asigurarea unor adaptări rezonabile.

(Art. 14, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Organizatia Natiunilor Unite, 30 Martie, 2007)

Art. 322

Fiecare persoană cu dizabilități are dreptul de a-i fi respectată integritatea fizică și mentală, în condiții de egalitate cu ceilalți.

(Art. 17, Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Organizatia Natiunilor Unite, 30 Martie 2007)

Art. 323

Statele părţi recunosc faptul că persoanele cu dizabilităţi au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părţi vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi la serviciile de sănătate care acordă atenţie problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate. În special, statele părţi:

a) vor furniza persoanelor cu dizabilităţi aceeaşi gamă de servicii, la acelaşi nivel de calitate şi standard de îngrijire, şi programe medicale gratuite ori la preţuri accesibile, precum cele furnizate celorlalte persoane, inclusiv în domeniul sănătăţii sexuale şi reproductive şi al programelor publice de sănătate pentru populaţie;

b) vor furniza acele servicii de sănătate specifice, necesare persoanelor cu dizabilităţi, inclusiv servicii adecvate de diagnosticare şi de intervenţie timpurie şi servicii menite să prevină riscul apariţiei altor dizabilităţi, inclusiv în rândul copiilor şi persoanelor vârstnice;

c) vor furniza aceste servicii de sănătate cât mai aproape posibil de comunităţile în care trăiesc aceste persoane, inclusiv în mediul rural;

d) vor solicita profesioniştilor din domeniul medical să furnizeze persoanelor cu dizabilităţi îngrijire de aceeaşi calitate ca şi celorlalţi, inclusiv pe baza consimţământului conştient şi liber exprimat, printre altele, prin creşterea gradului de conştientizare privind drepturile omului, demnitatea, autonomia şi nevoile persoanelor cu dizabilităţi, prin instruire şi prin promovarea de standarde etice în domeniul serviciilor de sănătate publice şi private;

e) vor interzice discriminarea persoanelor cu dizabilităţi în ceea ce priveşte dreptul la asigurare de sănătate sau de viaţă, în cazul în care legislaţia naţională permite acest lucru, accesul la acest tip de asigurări realizându-se într-o manieră corectă şi adecvată;

f) vor împiedica orice refuz discriminator de acordare a îngrijirilor de sănătate ori a serviciilor medicale sau a unor alimente ori lichide pe criterii de dizabilitate.

(Art. 25, Conventia privind drepturile persoanelor cu dizabilitati, New York, Decembrie 2006)

1.1.3.24 Pacientii varstnici

Art. 324

1. Persoanele în vârstă au aceleași drepturi la îngrijire, bunăstare și respect ca și celelalte ființe umane.

2. Medicii au responsabilitatea de a ajuta la prevenirea abuzurilor fizice și psihologice ale pacienților vârstnici.

3. Fie că este consultat direct de o persoană în vârstă, de un azil sau de familie, medicii trebuie să se ingrijeasca că pacientul primește cele mai bune îngrijiri posibile.

4. Dacă medicii verifică sau suspectează un tratament necorespunzător, așa cum este menționat în această declarație, ar trebui să discute situația cu cei responsabili, fie că este vorba de persoana care se medical sau de familie. Dacă tratamentul se confirmă sau dacă moartea poate aparae, aceste rezultate trebuie să raporteze autorităților competente.

5. Pentru a garanta protecția persoanelor în vârstă în orice mediu, nu ar trebui să existe restricții la dreptul lor alegerea liberă a unui medic. Asociațiile medicale naționale ar trebui să se străduiască să se asigure că o astfel de alegere liberă se păstrează în cadrul sistemului socio-medical.

6. Medicii implicați în tratarea vârstnicilor trebuie:

a) Sa faca încercări sporite de a stabili o atmosferă de încredere cu pacienții vârstnici pentru a ii încuraja să solicite îngrijiri medicale atunci când este necesar și să se simtă confortabil cu medicul;

b) Sa ofere evaluare și tratament medical pentru leziunile rezultate din abuz și / sau neglijare;

c) Sa încerce sa stabileasca sau sa mențina o legatura terapeutică cu familia (de multe ori medicul este singurul profesionist care menține un contact de lungă durată cu pacientul

și familia), păstrând în același timp în cea mai mare măsură posibilă confidentialitatea pacientului;

d) Sa raporteaze toate cazurile suspectate de abuz și/sau neglijență a varstnicilor în conformitate cu legislația locală;

e) Sa utilizeze o echipă multidisciplinară de profesionisti formata din medici, servicii sociale, sănătate mintală și juridică profesii, ori de câte ori este posibil; și

f) Sa încurajeze dezvoltarea și utilizarea resurselor comunitatii pentru sprijinirea furnizarii serviciilor de ingrijire la domiciliu, linistii si reducerea stresului in cazul familiilor cu risc ridicat.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Hong Kong privind abuzurile varstnicilor, Adoptata in cea de-a 41-a Adunare Medicala Mondiala, Hong Kong, Septembrie 1989 si revizuita editorial in cea de-a 126-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Ierusalim, Israel, mai 1990 si in cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2005 si reafirmata in cea de-a 200-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Oslo, Norvegia, Aprilie 2015)

1.1.3.25 Pacientii in stadiu terminal

Art. 325

1. Managementul durerii si al simptomelor

1.1 Este esențial să identificăm pacienții care se apropie de sfârșitul vieții cât mai devreme pentru ca medicul să poată efectua o evaluare detaliată a nevoilor lor. Trebuie întotdeauna elaborat un plan de îngrijire pentru pacient; ori de câte ori este posibil, acest plan de îngrijire va fi dezvoltat în consultare directă cu pacientul.

Pentru unii, acest proces poate începe cu luni sau un an înainte de a se anticipa moartea. Include recunoașterea și abordarea probabilității de durere și alte simptome de suferință și asigurarea nevoilor sociale, psihologice și spirituale ale pacienților în timpul rămas pentru ei. Obiectivul principal este menținerea demnității pacienților și libertatea exprimarii simptomelor suferintei. Planurile de îngrijire acordă atenție menținerii lor cât mai confortabile și in control și recunosc importanța susținerii familiei și tratării corpului cu respect după moarte.

1.2 Au fost înregistrate progrese importante în ameliorarea durerii și a altor simptome ale suferinței. Utilizarea corespunzătoare de morfină, analgezice noi și alte măsuri poate suprima sau ameliora durerea și alte simptome ale suferinței în majoritatea cazurilor. Autoritățile medicale corespunzătoare trebuie să facă medicamentele necesare accesibile și disponibile medicilor și pacienților acestora. Grupurile de medici ar trebui să elaboreze linii directoare privind utilizarea lor adecvată, inclusiv escaladarea dozei și posibilitatea unor efecte secundare nedorite.

1.3 Într-un număr foarte limitat de cazuri, în general în stadii foarte avansate ale unei boli fizice, pot apărea unele simptome refractare la terapia standard. În astfel de cazuri, sedarea paliativă până la inconștiență poate fi oferită atunci când speranța de viață este de câteva zile, întrucât o măsură extraordinară ca răspuns la suferința cu care pacientul și clinicianul sunt de acord este intolerabilă. Sedarea paliativă nu trebuie niciodată folosită

pentru a provoca intenționat moartea unui pacient sau fără acordul unui pacient care rămâne competent mental.

Gradul și programarea sedării paliative trebuie să fie proporționale cu situația. Doza trebuie să fie calculată cu atenție pentru a ameliora simptomele, dar trebuie să fie totuși cea mai mică pentru a obține un beneficiu.

2. Comunicare și consimțământ; etică și valori

2.1 Informația și comunicarea dintre pacient, familie și membrii echipei de asistență medicală reprezintă unul dintre pilonii fundamentali ai îngrijirii de calitate la sfârșitul vieții. Pacientul trebuie încurajat să-și exprime preferințele în ceea ce privește îngrijirea, iar emoțiile și furia existente trebuie luate în considerare.

2.2 Îngrijirea corespunzătoare din punct de vedere etic la sfârșitul vieții ar trebui să promoveze în mod obișnuit autonomia pacientului și luarea deciziilor partajate și să fie respectuoasă pentru valorile pacientului și ale familiei sale.

2.3 Medicii ar trebui să discute direct preferințele unui pacient cu pacientul și / sau factorul de decizie de îngrijire medicală înlocuitor al pacientului, după caz. Aceste discuții ar trebui să fie inițiate timpuriu și oferite de rutină tuturor pacienților și ar trebui revizuite în mod regulat pentru a explora orice modificări pot avea pacienții în dorințele lor, în special pe măsură ce condițiile lor clinice se schimbă. Medicii ar trebui să-și încurajeze pacienții să își documenteze în mod oficial obiectivele, valorile și preferințele de tratament și să numească un factor de decizie substitutiv pentru îngrijirea sănătății, cu care pacientul poate discuta în avans despre valorile sale referitoare la îngrijirea și tratamentul sănătății. Pacienții care se leagă de implicațiile afecțiunii lor pot să nu dorească să se implice într-o astfel de discuție în unele etape ale bolii, dar ar trebui să știe că se pot răzgândi. Deoarece directivele avansate documentate nu sunt adesea disponibile în situații de urgență, medicii ar trebui să sublinieze pacienților importanța de a discuta preferințele de tratament cu persoane care sunt susceptibile să acționeze ca factori de luare a deciziilor în domeniul asistenței medicale.

2.4 Dacă un pacient este capabil să isi dea consimțământul, îngrijirea ar trebui să se bazeze pe dorințele pacientului, atât timp cât preferințele pot fi justificate medical, etic și legal. Consimțământul trebuie să se bazeze pe informații și dialog suficiente și este obligația medicului să se asigure că pacientul este tratat în mod adecvat pentru durere și disconfort înainte de obținerea consimțământului, pentru a se asigura că suferința fizică și psihică inutilă nu interferează cu modul de luare a deciziei.

2.5 Persoanele apropiate pacientului sau familia ar trebui să fie informată și implicată în procesul de luare a deciziilor, cu condiția să nu se opună pacientului. În cazul în care pacientul nu este în măsură să își exprime consimțământul și nu este disponibilă o exprimare în avans a acestuia, trebuie luate în considerare opiniile factorului de decizie înlocuitor de asistență medicală, numit de pacient cu privire la îngrijire și tratament.

3. Registre medicale și aspecte medico-legale

3.1 Medicii care au grijă de un pacient în etapele finale ale vieții trebuie să documenteze cu atenție deciziile de tratament și motivele pentru alegerea anumitor proceduri, inclusiv dorințele și consimțământul pacientului și a familiei, în sisele de evolutie

ale fișelor medicale. O evidență medicală adecvată este de cea mai mare importanță pentru continuitatea și calitatea asistenței medicale în general și în special pentru îngrijirea paliativă.

3.2 De asemenea, medicul trebuie să țină cont de faptul că aceste note pot servi un scop medico-legal, de exemplu, în determinarea capacității de luare a deciziilor pacientului.

4. Membrii familiei

Este necesar să recunoaștem importanța familiei și a mediului emoțional al pacientului. Nevoile familiei și ale altor îngrijitori apropiați pe parcursul bolii trebuie recunoscute și asistate. Echipa de îngrijire a sănătății ar trebui să promoveze colaborarea în îngrijirea pacientului și să ofere sprijin la moarte, atunci când este necesar, după moartea pacientului. Nevoile copiilor și familiilor pot necesita o atenție și o competență deosebite, atât atunci când copiii sunt pacienți, cât și dependenți.

5. Munca în echipă

Îngrijirea paliativă este de obicei asigurată de echipe multiprofesionale și interdisciplinare de profesii de asistență medicală și non-medicale. Medicul trebuie să fie liderul echipei, fiind responsabil, printre alte obligații, pentru diagnostic și tratament medical. Continuitatea îngrijirii este foarte importantă. Echipa ar trebui să facă tot posibilul pentru a facilita dorința unui pacient să moară acasă, dacă este cazul și dacă este posibil.

6. Pregătirea medicului

Numărul din ce în ce mai mare de persoane care necesită îngrijiri paliative și disponibilitatea crescută a opțiunilor de tratament eficiente înseamnă că problemele de îngrijire la sfârșitul vieții ar trebui să fie o parte importantă a pregătirii medicale universitare și postuniversitare.

7. Cercetare și educație

Sunt necesare mai multe cercetări pentru îmbunătățirea îngrijirii paliative. Aceasta include, dar nu se limitează la îngrijiri medicale generale, tratamente specifice, implicații psihologice și organizare. Asociatia Medicala Mondiala va sprijini eforturile de a educa mai bine medicii în abilitățile necesare pentru a crește prevalența și calitatea unei planificări semnificative de îngrijire în avans.

Concluzie

Grija pe care o acordă un popor pacienților spre moarte, în cadrul resurselor disponibile, este o indicație a gradului lor de civilizație. În calitate de medici care reprezintă cea mai bună tradiție umanitară, ar trebui să ne angajăm întotdeauna să oferim cele mai bune îngrijiri de sfârșit de viață.

Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca toate asociațiile medicale naționale să dezvolte o politică națională privind îngrijirea paliativă și sedarea paliativă pe baza recomandărilor din această declarație.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind ingrijirile medicale ale sfarsitului vietii, adoptata de cea de-a 62-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguay, Octombrie 2011, Recomandari)

Art. 326

1. Datoria medicilor este de a vindeca, acolo unde este posibil, de a alina suferinta și de a proteja interesele cele mai bune ale acestora pacienți. Nu există nicio excepție de la acest principiu, chiar și în cazul bolilor incurabile.

2. În îngrijirea pacienților terminali, responsabilitățile principale ale medicului sunt de a ajuta pacientul menținerea unei calități optime a vieții prin controlul simptomelor și abordarea nevoilor psihosociale și pentru a permite pacientului să moară cu demnitate și confort. Medicii

trebuie să informeze pacienții despre disponibilitate, beneficiile și alte potențiale efecte ale îngrijirii paliative.

3. Dreptul pacientului la autonomie în luarea deciziilor trebuie respectat în ceea ce privește deciziile din faza terminala a vietii. Aceasta include dreptul de a refuza tratamentul și de a solicita măsuri paliative care sa usureze suferinta, dar care poate avea ca efect advers accelerarea procesului de deces. In orice caz, medicilor li se interzice etic să asiste activ pacienții la sinucidere. Aceasta include administrarea oricărui tratamentele ale căror beneficii paliative, în opinia medicului, nu justifică efectele suplimentare.

4. Medicul nu trebuie să folosească niciun mijloc care să nu ofere niciun beneficiu pentru pacient.

5. Medicii ar trebui să recunoască dreptul pacienților de a dezvolta directive în scris, care descriu dorintele acestora cu privire la îngrijire în cazul în care nu pot comunica și că desemnează un înlocuitor decident pentru a lua decizii care nu sunt exprimate printr-o directiva avans. În particular, medicii ar trebui să discute despre dorințele pacientului cu privire la interventii de sustinere a vietii, precum și măsuri paliative care ar putea avea ca efect secundar accelerarea mortii. Ori de câte ori este posibil, factorul de decizie substitut pacientului ar trebui inclus în aceste conversații.

6. Medicii ar trebui să se străduiască să înțeleagă și să abordeze nevoile psihosociale ale pacienților, mai ales ca acestea se raportează la simptomele fizice ale pacienților. Medicii ar trebui să încerce să se asigure că suportul psihologic și resursele spirituale sunt disponibile pacienților și familiilor lor pentru a-i ajuta să facă față anxietății, fricii și durerii asociate bolii terminale.

7. Managementul clinic al durerii la pacienții in stadiu terminal este extrem de important în ceea ce privește atenuarea suferintei. Medicii și asociațiile medicale naționale ar trebui să promoveze diseminarea și împărtășirea informațiilor cu privire la gestionarea durerii pentru a se asigura că toți medicii implicați în îngrijirile terminale au acces la recomandările de bune practici și la cele mai actuale tratamente și metode disponibile. Medicii ar trebui să fie capabil să urmărească tratamentul adecvat al durerii agresive din punct de vedere clinic, fără teamă nejustificată de reglementare sau derepercursiuni legale.

8. Asociațiile medicale naționale ar trebui să încurajeze guvernele și instituțiile de cercetare să investească suplimentar resurse în dezvoltarea tratamentelor pentru îmbunătățirea îngrijirii paliative. Programele de învățământ medical trebuie să includă predarea îngrijirii medicale paliative. Acolo unde nu există, instituirea medicamentului paliativ ca specialitatea medicală trebuie luată în considerare.

9. Asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze pentru dezvoltarea rețelelor între instituții și organizații implicate în îngrijirea paliativă pentru a favoriza comunicarea și colaborarea

10. Atunci când pacientul nu poate inversa procesul natural de încetare a funcțiilor vitale, medicii pot aplica astfel mijloace artificiale menite sa menține organele viabile pentru transplant, cu condiția să acționeze în conformitate cu orientările etice stabilite în Declarația de la Syndey a Asociației Medicale Mondiale cu privire la determinarea morții și recuperarea organelor.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Venetia privind Suferintele terminale, adoptata in cea de-a 35-a Adunare Medicala Mondiala, Venetia, Italia, Octombrie 1983 si revizuita de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, octombrie 2006)

1.1.3.26 Suicidul asistat si pedeapsa capitala

Art. 327

Asociatia Medicala Mondiala își reiterează angajamentul ferm față de principiile eticii medicale că trebuie menținut respectul maxim pentru viața umană. Prin urmare, Asociatia Medicala Mondiala se opune ferm eutanasiei și sinucidului asistat de medic.

În scopul acestei declarații, eutanasia este definita ca administrarea în mod deliberata unei substanțe letale sau efectuareaunei intervenții de catre medic pentru a provoca moartea unui pacient cu capacitate de luare a deciziilor la cererea voluntară a pacientului. Sinuciderea asistată de medic se referă la cazurile în care, la cererea voluntară a unui pacient cu capacitate de luare a deciziilor, un medic îi permite în mod deliberat pacientului să-și încheie propria viață prin prescrierea sau furnizarea de substanțe medicale cu intenția de a provoca moarte.

Niciun medic nu trebuie să fie obligat să participe la eutanasie sau sinucidere asistată și niciun medic nu trebuie să recomande luarea deciziilor în acest scop.

În mod separat, medicul care respectă dreptul de bază al pacientului de a refuza tratamentul medical nu acționează în mod neetic pentru a refuza sau a renunta îngrijiri nedorite, chiar dacă respectarea unei astfel de dorințe are ca urmare moartea pacientului.

(Declarataia Asociatiei Medicale Mondiale privind eutanasia si suicidul asistat, adoptata de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

Art. 328

Există un acord universal potrivit căruia medicii nu trebuie să participe la execuții, deoarece o astfel de participare este incompatibilă cu rolul medicului de vindecător. Utilizarea cunoștințelor și abilităților clinice ale unui medic în alte scopuri decât promovarea sănătății, bunăstării și corectitudinii subminează o bază etică fundamentala a medicului. Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Geneva afirmă: „Voi pastra respect maxim pentru viața umană” și „Nu imi voi folosi cunostintele medicale pentru a incalca drepturile omului si libertatile civile, chiar si sub amenintare;”.

În calitate de cetățeni, medicii au dreptul să formeze opinii despre pedeapsa capitală pe baza convingerilor lor morale individuale. Ca membri ai profesiei medicale, aceștia trebuie să susțină interdicția de a participa la pedeapsa capitală.

Prin urmare, Asociația Medicală Mondială:

Afirmă faptul că este lipsit de etică ca medicii să participe la pedeapsa capitală, în orice fel sau în orice etapă a procesului de execuție, inclusiv planificarea acesteia și instruirea și / sau instruirea persoanelor pentru a executa execuții.

Solicită cu fermitate membrii săi componenți sa sfătuiasca toți medicii că orice participare la pedeapsa capitală, așa cum s-a menționat mai sus, este lipsită de etică.

Indeamna membrii săi componenți să facă lobby în mod activ guvernelor și legiuitorilor împotriva participării medicilor la pedeapsa capitală.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind interzicerea participarii medicilor la pedeapsa capitala, adoptata de cea de-a 210-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018)

1.1.3.27 Tehnologia medicala

Art. 329

Definitie

Telemedicina este practicarea medicinei la distanță, în care intervențiile, diagnosticul, deciziile terapeutice și recomandările ulterioare de tratament se bazează pe date, documente și alte informații ale pacientului transmise prin sisteme de telecomunicații.

Telemedicina poate avea loc între un medic și un pacient sau între doi sau mai mulți medici, inclusiv alți profesioniști din domeniul sănătății.

Preambul

Dezvoltarea și implementarea tehnologiei informației și comunicațiilor creează modalități noi și diferite de a practica medicina. Telemedicina este utilizată pentru pacienții care nu pot vedea la timp un medic adecvat din cauza inaccesibilității datorate distanței, dizabilității fizice, angajării, angajamentelor familiei (inclusiv îngrijirea altora), a costurilor pacienților și a programului medicului. Are capacitatea de a ajunge la pacienții cu acces limitat la asistență medicală și are potențial de îmbunătățire a asistenței medicale.

Consultația față în față între medic și pacient rămâne standardul de aur al îngrijirii clinice.

Furnizarea serviciilor de telemedicină trebuie să fie în concordanță cu serviciile personalizate și să fie susținută de dovezi.

Principiile eticii medicale care sunt obligatorii pentru profesie trebuie respectate și în practica telemedicinei.

Principii

Medicii trebuie sa respecte urmatoarele indrumari etice cand practica telemedicina:

1. Relația dintre pacient și medic trebuie să se bazeze pe o examinare personală și pe cunoștințe suficiente despre istoricul medical al pacientului. Telemedicina trebuie utilizată în principal în situațiile în care un medic nu poate fi prezent fizic într-o perioadă de timp sigură și acceptabilă. Poate fi, de asemenea, utilizat în tratamentul afecțiunilor cronice sau în urmărirea după tratamentul inițial, unde s-a dovedit că este sigur și eficient.

2. Relația pacient-medic trebuie să se bazeze pe încredere reciprocă și respect. Prin urmare, este esențial ca medicul și pacientul să se poată identifica reciproc în mod fiabil atunci când este utilizata telemedicina. În cazul consultării între doi sau mai mulți profesioniști din aceeasi sau între diferite specialitati, medicul curant rămâne responsabil pentru îngrijirea și coordonarea pacientului cu echipa medicală îndepărtată.

3. Medicul trebuie să urmărească să se asigure că confidențialitatea pacientului, confidențialitatea și integritatea datelor nu sunt compromise. Datele obținute în timpul unei consultări de telemedicină trebuie să fie securizate pentru a preveni accesul neautorizat și încălcarea informațiilor cu caracter personal ale pacientului prin măsuri de securitate adecvate și actualizate, în conformitate cu legislația locală. Transmiterea electronică a informațiilor trebuie de asemenea protejată împotriva accesului neautorizat.

4. Consimțământul informat corect necesită ca toate informațiile necesare cu privire la caracteristicile distinctive ale consultatiei prin telemedicină să fie explicate complet pacienților, inclusiv, dar fără a se limita la:

• explicarea modului în care funcționează telemedicina,
• cum se programeaza consultatiile,
• preocupări de confidențialitate,
• posibilitatea de eșec tehnologic, inclusiv încălcări ale confidențialitatii,
• protocoale de contact în timpul consultatiilor virtuale,
• prescrierea politicilor și coordonarea îngrijirii cu alți profesioniști din domeniul sănătății într-un mod clar și inteligibil, fără a influența alegerile pacientului.

5. Medicii trebuie să fie conștienți de faptul că anumite tehnologii de telemedicină ar putea fi inacesibile pentru pacienți și, prin urmare, să împiedice accesul. Accesul inechitabil la telemedicină poate lărgi și mai mult decalajul privind serviciile de sănătate dintre săraci și bogați.

Autonomia și confidențialitatea medicului:

6. Medicul nu trebuie să participe la telemedicină dacă încalcă cadrul legal sau etic al țării.

7. Telemedicina poate încălca confidențialitatea medicului datorită disponibilității virtuale 24/7. Medicul trebuie să informeze pacienții despre disponibilitate și să recomande servicii cum ar fi cea de urgență atunci când este inaccesibil.

8. Medicul trebuie să-și exercite autonomia profesională pentru a decide dacă este adecvată o consultație prin telemedicină sau fata in fata.

9. Medicul trebuie să-si exercite autonomie și discreție în selectarea platformei de telemedicină care urmează să fie utilizată.

Responsabilitatile medicului:

10. Medicul al cărui sfat este solicitat prin utilizarea telemedicinei ar trebui să țină o evidență detaliată a sfaturilor pe care le oferă, precum și a informațiilor primite și pe care s-au bazat sfaturile pentru a asigura trasabilitatea.

11. Dacă se ia o decizie de utilizare a telemedicinei, este necesar să se asigure că utilizatorii (pacienții și cadrele medicale) sunt capabili să utilizeze sistemul de telecomunicații necesar.

12. Medicul trebuie să încerce să se asigure că pacientul a înțeles sfaturile și sugestiile de tratament date și să ia cat mai multe măsuri posibile pentru a promova continuitatea îngrijirii.

13. Medicul care cere sfatul altui medic sau o a doua opinie rămâne responsabil pentru tratament și alte decizii și recomandări date pacientului.

14. Medicul trebuie să conștientizeze și să respecte dificultatile și incertitudinile speciale care pot apărea atunci când acesta este în contact cu pacientul prin intermediul mijloacelor de tele-comunicare. Un medic trebuie să fie pregătit să recomande contactul direct dintre pacient și medic atunci când consideră că acesta este în interesul maxim al pacientului.

15. Medicii ar trebui să practice telemedicina numai în țările / jurisdicțiile în care sunt autorizați să practice. Consultările de jurisdicție încrucișată ar trebui să fie permise numai între doi medici.

16. Medicii trebuie să se asigure că asigurarea medicala include acoperirea pentru telemedicină.

Calitatea Ingrijirilor

17. Măsurile de evaluare a calității asistenței medicale trebuie utilizate în mod regulat pentru a asigura securitatea pacientului și cele mai bune practici de diagnostic și tratament posibile în timpul procedurilor de telemedicină. Furnizarea serviciilor de telemedicină trebuie să urmeze

ghidurile de practică bazate pe dovezi în măsura în care acestea sunt disponibile, pentru a garanta siguranța pacientului, calitatea asistenței medicale și rezultatele pozitive pentru sănătate. Ca toate intervențiile de îngrijire in sănătătate, telemedicina trebuie testată pentru eficacitatea, eficiența, siguranța, fezabilitatea și rentabilitatea acesteia.

18. Posibilitățile și punctele slabe ale telemedicinei în situații de urgență trebuie identificate în mod corespunzător. Dacă este necesară utilizarea telemedicinei într-o situație de urgență, sfaturile și sugestiile de tratament sunt influențate de gravitatea stării medicale a pacientului și de competența persoanelor care se află cu pacientul. Entitățile care furnizează servicii de telemedicină trebuie să stabilească protocoale pentru sesizări pentru serviciile de urgență.

Recomandari

1. Telemedicina trebuie adaptată în mod corespunzător cadrelor de reglementare locale, care pot include autorizarea platformelor de telemedicină în interesul maxim al pacienților.

2. Dacă este cazul, Asociatia Medicala Mondiala și Asociațiile Medicale Naționale trebuie să încurajeze elaborarea de norme etice, ghiduri de practică, legislație națională și acorduri internaționale pe subiecte legate de practicarea telemedicinei, protejând în același timp relația pacient-medic, confidențialitatea și calitatea asistenței medicale.

3. Telemedicina nu trebuie considerată ca fiind egală cu asistența medicală față în față și nu trebuie introdusă doar pentru reducerea costurilor sau ca un stimulent pervers pentru supra-servicii și pentru creșterea veniturilor pentru medici.

4. Utilizarea telemedicinei impune profesiei să identifice și să gestioneze în mod explicit consecințele adverse asupra relațiilor colegiale și a scrisorilor medicale.

5. Noile tehnologii și stilurile de integrare a practicilor necesita noi orientări și standarde.

6. Medicii trebuie să facă lobby pentru practici de telemedicină etică care sunt în interesul maxim al pacienților.

(Statutul Asociatei Medicale Mondiale privind etica in telemedicina, Adoptat de cea de-a 58-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Copenhaga, Danemarca, Octombrie 2007 si amendata de cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Reyjkjavik, Islanda, Octombrie 2018)

Art. 330

Asociatia Medicala Mondiala:

• Recunoaște potențialul pentru îmbunătățirea rezultatelor pacienților și satisfacția profesională a medicilor prin utilizarea inteligentei artificiale in îngrijirea sănătății, cu condiția să se conformeze principiilor eticii medicale, confidențialității datelor pacientului și nediscriminării.

• Susține procesul de stabilire a priorităților pentru asistența medicală de sănătate.

• Încurajeza revizuirea programelor medicale și a posibilităților educaționale pentru pacienți, medici, studenți medicinisti, administratori de sănătate și alți profesioniști din domeniul sănătății pentru a promova o mai bună înțelegere a multor aspecte, atât pozitive, cât și negative, ale asistenței medicaleprin inteligenta artificiala.

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă organizațiile sale membre să:

• Găsească oportunități pentru a aduce perspectiva medicului practicant la dezvoltarea, proiectarea, validarea și implementarea inteligentei artificiale pentru asistență medicală.

• Indrumati pentru implicarea directă a medicului în dezvoltarea și gestionarea asistenței medicale folosind inteligenta artificiala și a supravegherii guvernamentale și profesionale adecvate pentru produse și servicii inteligentei artificiale sigure, eficiente, echitabile, etice și accesibile.

• Susțineți că toate sistemele inteligenta artificiala pentru asistență medicală să fie transparente, reproductibile și să fie de încredere atât pentru furnizorii de servicii medicale, cât și de pacienți.

•Sustineti primatul relației pacient-medic atunci când dezvoltați și implementați sisteme de inteligenta artificiala in asistența medicală.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind inteligenta artificiala in ingrijirea medicala, adoptata de cea de-a 70-a Adunare Generla a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019, Recomandari)

Art. 331

1. Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că atacurile cibernetice asupra sistemelor de sănătate și a altor infrastructuri critice reprezintă o problemă transfrontalieră și o amenințare pentru sănătatea publică. Prin urmare, invită guvernele, factorii de decizie și operatorii de sănătate și alte infrastructuri vitale din întreaga lume să lucreze cu autoritățile competente pentru securitatea cibernetică în țările lor respective și să colaboreze la nivel internațional pentru a anticipa și apăra împotriva acestor atacuri.

2. Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă asociațiile medicale naționale să sensibilizeze membrii lor, instituțiile de asistență medicală și alte părți interesate din industrie cu privire la amenințarea atacurilor cibernetice și să sprijine o strategie IT eficientă și constantă pentru asistența medicală pentru a proteja datele medicale sensibile și pentru a asigura confidențialitatea si siguranta pacienților.

3. Asociatia Medicala Mondiala subliniază riscul crescut de intruziuni cibernetice și alte încălcări ale datelor cu care se confruntă sectorul de asistență medicală și îndeamnă instituțiile medicale să implementeze și să mențină sisteme complete de prevenire a încălcărilor de securitate, inclusiv, fără a se limita la furnizarea de instruire pentru a asigura respectarea angajaților cu manipularea optimă a datelor practici și menținerea securității dispozitivelor de calcul.

4. În cazul unei încălcări a securității datelor, instituțiile de asistență medicală ar trebui să aibă sisteme de răspuns dovedite, inclusiv, dar fără a se limita la notificarea și oferirea de servicii de protecție victimelor și implementarea proceselor de corectare a erorilor din documentele medicale care rezultă din utilizarea rău intenționată a datelor furate . Polițele de asigurare privind încălcarea datelor ar putea fi considerate o măsură de precauție pentru a compensa costurile asociate cu o posibilă intruziune cibernetică.

5. Asociatia Medicala Mondiala solicită medicilor, în calitate de aparatori ai siguranței pacientului și confidențialității datelor, să rămână la curent cu provocarea unică a atacurilor cibernetice care ar putea reprezenta capacitatea lor de a-și exercita profesia și de a lua toate măsurile necesare care s-au dovedit pentru a proteja datele despre pacienți, siguranța pacientului și alte informații vitale.

6. Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca programele de educație medicală universitară și postuniversitară să includă informații cuprinzătoare despre modul în care medicii pot utiliza sistemele IT și de comunicații electronice moderne în avantaj, asigurând în același timp protecția datelor și menținerea celor mai înalte standarde de conduită profesională.

7. Asociatia Medicala Mondiala recunoaște că medicii și furnizorii de servicii medicale pot să nu aibă întotdeauna acces la resursele (inclusiv cele financiare), la infrastructură și la expertiza necesară pentru a stabili sisteme de apărare care nu au siguranță și subliniază necesitatea ca organismele publice și private să le sprijine în depășirea acestor limitări.

(Statutut Asociatiei Medicale Mondiale privind atacurile cibernetice asupra sanatatii si alte infrastructuri critice, adoptat de cea de-a 67-a Adunare Medicala Mondiala, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

1.2 Medicul in afara relatiei cu pacientul

1.2.1 Independenta medicului

Art. 332

Medicul este dator să stăruie şi să îşi apere independenţa profesională, fiind interzisă orice determinare a actului medical ori a deciziei profesionale de raţiuni de rentabilitate economică sau de ordin administrativ.

(Art. 6, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 333

Principiul independeţei profesionale cere profesioniştilor din domeniul sănătăţii să se concentreze întotdeauna asupra scopului principal al medicinii, care este acela de a alina suferinţa şi nenorocirile şi să evite vătămarea, în pofida oricăror presiuni. Alte principii etice sunt atât de importante încât se găsesc în mod invariabil în toate codurile şi declaraţiile etice. Cele de bază sunt: prevederea de a oferi îngrijire cu compasiune, de a nu vătăma şi de a respecta drepturile pacienţilor. Acestea sunt cerinţe centrale pentru toţi profesioniştii din domeniul sănătăţii.

(Art. 57, Protocolul de la Istanbul, Natiunile Unite, New York si Geneva, 2004)

Art. 334

Profesioniştii din domeniul sănătăţii trebuie să fie conştienţi de faptul că raportarea abuzurilor autorităţilor, în cadrul jurisdicţiei cărora acestea e posibil să se fi produs, poate cuprinde riscul de a aduce vătămări pacientului şi altora, inclusiv celor care oferă informaţii. Doctorii nu trebuie să îşi expună în mod conştient pacienţii pericolului represiunii. Ei nu sunt scutiţi de a acţiona, ci doar trebuie să fie discreţi şi să ia în calcul posibilitatea raportării informaţiilor unui organ responsabil din afara imediatei jurisdicţii sau, acolo unde aceasta nu ar atrage după sine riscuri previzibile pentru profesioniştii din domeniul sănătăţii sau pentru pacienţi, să raporteze faptul într-o manieră neidentificabilă. Dacă este adoptată această ultimă soluţie, în mod evident profesioniştii din domeniul sănătăţii trebuie să ia în calcul posibilitatea represiunii asupra lor pentru a dezvălui date de identificare sau posibilitatea de a le fi sechestrate forţat datele lor medicale. Deoarece nu există soluţii uşoare, profesioniştii din domeiul sănătăţii trebuie să fie ghidaţi de către preceptul de bază de a evita vătămarea mai mult decât orice altceva şi să caute ajutorul, pe cât posibil, organismelor medicale naţionale sau internaţionale

(Art. 73, Protocolul de la Istanbul, Natiunile Unite, New York si Geneva, 2004)

Art. 335

(1) Medicul trebuie să fie un model de comportament profesional şi etic, fiind în permanenţă preocupat de creşterea nivelului său profesional şi moral, a autorităţii şi prestigiului profesiunii medicale.

(2) Comportamentul profesional implică, fără a se limita la preocuparea constantă şi permanentă a medicului pentru aflarea, pe orice cale, inclusiv prin intermediul formelor de educaţie medicală continuă, a celor mai noi descoperiri, procedee şi tehnici medicale asimilate şi agreate de comunitatea medicală.

(Art. 21, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 336

1. Autonomia profesională și independența clinică sunt elemente esențiale pentru a oferi servicii medicale de calitate toți pacienții și populație. Autonomia profesională și independența sunt esențiale pentru livrarea nivelului ridicat asistență medicală de calitate și, prin urmare, binefacerea pacienților și a societății.

2. Autonomia profesională și independența clinică descrie procesele în care medicii individuali au libertatea de a-și exercita judecata profesională în îngrijirea și tratamentul pacienților lor fără amestecul nejustificat sau necorespunzător din partea părților sau a persoanelor exterioare.

3. Medicina este extrem de complexă. Prin pregătire și experiență îndelungată, medicii devin experți medicali cântărirea dovezilor pentru a formula sfaturi pacienților. Întrucât pacienții au dreptul la autodeterminare, hotărând în anumite constrângeri la care vor fi supuse intervențiilor medicale, se așteaptă medicii să fie liberi să facă recomandări adecvate clinic.

4. Medicii recunosc că trebuie să țină seama de structura sistemului de sănătate și de care este disponibil resurse la luarea deciziilor de tratament. Restricțiile nejustificate asupra independenței clinice impuse de guvernele și administratiile locale nu sunt în interesul pacienților, deoarece exista posibilitatea sa nu detina dovezi ale riscului la care sunt supusi pacientii si astfel sa se submineze încrederea, care este o componentă esențială a relației pacient-medic.

5. Autonomia profesională este limitată de respectarea regulilor, standardelor și bazei de dovezi profesionale.

6. Stabilirea priorității și limitările privind acoperirea asistenței medicale sunt esențiale datorită resurselor limitate. Guvernele, finanțatorii de asistență medicală (plătitori terți), administratorii și organizațiile gestionante pot interfera autonomia clinică prin încercarea de a impune reguli și limitări. Acestea pot să nu reflecte evidente bazate pe principiile medicale, eficiența costurilor și interesul maxim al pacienților. Studii de evaluare economică pot fii luat din perspectiva unui finanțator nu este un utilizator și subliniază economiile de costuri decât sănătatea rezultate.

7. Procesul de stabilire a priorităților, de luare a deciziilor de finanțare și de alocare a resurselor / limitări nu sunt frecvent transparente. Lipsa de transparență perpetuează și mai mult inegalitățile de sănătate.

8. Unii administratori de spital și plătitori terți consideră autonomia profesională a medicului incompatibila cu gestionarea prudentă a costurilor de îngrijire a sănătății. Autonomia profesională permite medicilor ajută pacienții să facă alegeri în cunoștință de cauză și sprijină medicii dacă refuză solicitările pacienților și membrii familiei pentru acces la tratamente și servicii necorespunzătoare.

9. Îngrijirea este acordată de echipe de cadre medicale, de obicei conduse de medici. Nici un membru al echipei de îngrijire ar trebui să interfereze cu autonomia profesională și independența clinică a medicului care își asumă responsabilitatea finală pentru îngrijirea pacientului. În situațiile în care un alt membru al echipei are clinic îngrijorări cu privire la cursul propus de tratament, un mecanism de exprimare a preocupărilor fără teamă de represalii ar trebui să existe.

10. Livrarea asistenței medicale de către medici este reglementată de reguli etice, norme profesionale și de aplicabile lege. Medicii contribuie la elaborarea standardelor normative, recunoscând că acestea reglementează atat munca lor ca profesioniști cat si oferirea sanatatii pacientilor.

11. Comitetele de etică, comitetele de acreditare și alte forme de revizuire inter pares sunt constituite de mult timp, recunoscute și acceptate de medicina organizată ca modalități de examinare a comportamentului profesional al medicilor și, după caz, poate impune restricții rezonabile asupra libertății profesionale absolute a medicilor.

12. Asociația Medicală Mondială confirmă că autonomia profesională și independența clinică sunt esențiale componente ale îngrijirii medicale de înaltă calitate și a relației pacient-medic care trebuie păstrate. De asemenea, Asociatia Medicala Mondiala confirmă că autonomia profesională și independența clinică sunt elemente de bază ale asistenței medicale profesionale.

(Declaratia de la Seul privind autonomia profesionala si independenta clinica, adoptata in cea de-a 59-a Adunare Generala a Asociatiei Mondiale a Sanatatii, Seul, Coreea de Sud, Octombrie 2008 si amendata in cea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatiei Mondiale a Sanatatii, Reykjavik, Islanda, Octombrie 2018)

Art. 337

Preambul

1. Bullying-ul la locul de muncă a fost recunoscut ca un stresor ocupațional major de la începutul anilor '80.

2. Bullying-ul la locul de muncă este un comportament nerezonabil și necorespunzător îndreptat către un lucrător sau un grup de lucrători care creează un risc pentru sănătate și siguranță. Prin definiție, bullying-ul este un comportament care se repetă în timp sau apare ca parte a unui model de comportament, mai degrabă decât a unui singur episod. Un comportament nerezonabil este ceea ce o persoană rezonabilă în aceleași circumstanțe ar vedea ca nerezonabilă. Cuprinde un comportament care intimidează, jignește, victimizează, amenință, degradează, insultă sau umilește. Bullying-ul poate lua forme psihologice, sociale și fizice. Nu este intenția făptuitorului, dar percepția victimei este esențială pentru a stabili dacă intimidarea a avut loc.

3. Hărțuirea este un comportament nedorit, nebinevenit sau neinvitat, care face ca o persoană să se simtă umilită, intimidată sau jignită. Hărțuirea poate fi legată de etnia unei persoane, sex, orientare sexuală, dizabilitate sau alți factori, cum ar fi dacă o persoană a făcut o reclamație.

4. Angajatorii au, în general, obligația legală de a asigura sănătatea, siguranța și bunăstarea angajaților lor. Aceasta include identificarea intimidării și hărțuirii și luarea de măsuri pentru eliminarea și prevenirea acestuia. Angajații sunt, în general, obligați să aibă grijă rezonabilă pentru propria sănătate și securitate, precum și pentru sănătatea și siguranța celorlalți care pot fi afectați de actele lor la locul de muncă.

5. În ultimii ani, intimidarea și hărțuirea au devenit mai recunoscute în profesia de medic; există dovezi clare că la locul de muncă sanitar apare comportament perturbator, comportament necorespunzător și hărțuire. Cercetările internaționale au arătat că intimidarea în profesia de

asistență medicală nu este asociată cu specialitatea sau sexul. Se pare că intimidarea este răspândită și are loc la toate specialitățile și la toate nivelurile de vechime, deși este corect să spunem că acolo unde se produce intimidarea este mai frecvent să fie inculpat de un angajat mai în vârstă la unul mai nou. Cu toate acestea, natura ierarhică a medicinei și dezechilibrul puterii inerente asociate cu aceasta pot crea o cultură a intimidării și a hărțuirii care, în unele cazuri, devine omniprezentă și instituționalizată.

6. Bullying-ul la locul de muncă poate avea efecte dăunătoare, cum ar fi scăderea satisfacției la locul de muncă, depresia, anxietatea și absentismul, toate acestea influențând negativ starea de retenție și calitatea îngrijirii pacientului.

Recomandări

7. Asociatia Medicala Mondiala condamnă agresarea sau hărțuirea în orice circumstanțe. În plus, consideră că sensibilizarea comportamentului inadecvat, a comportamentului perturbator și a hărțuirii în profesia medicală este un pas important în procesul de eliminare a problemei. Asociatia Medicala Mondiala este de părere că aceasta este o problemă de profesionalism și încurajează Asociațiile Medicale Naționale, școlile de medicină, angajatorii și colegiile medicale să stabilească și să pună în aplicare politici anti-bullying și hărțuire.

8. Asociatia Medicala Mondiala recomandă Asociatiilor Medicale Mondiale să recunoască și, dacă este posibil, să abordeze în mod activ următoarele:

8.1 Bullying-ul în domeniul sănătății este un comportament complet neprofesional și distructiv și nu trebuie tolerat.

8.2 Trebuie luate măsuri pentru prevenirea, confruntarea, raportarea și eliminarea bullyingului la orice nivel.

8.3 Participanții au, de asemenea, responsabilitatea de a lua măsuri.

8.4 Pot exista bariere semnificative pentru medicii de vârstă să vorbească despre intimidarea colegilor în vârstă, de exemplu frica de retribuție în carieră.

8.5 Profesionalismul nu este doar modul în care ne tratăm pacienții, ci modul în care ne tratăm reciproc ca colegi profesioniști. A acționa profesional înseamnă, de asemenea, să fii vigilent și să intri în intervenție, pentru binele tuturor.

8.6 Bullying-ul este neprofesional, contrazice fundamentele profesiei și crește capacitatea medicală

8.6 Bullying-ul este neprofesional, contrazice elementele fundamentale ale profesiei și ridică capacitatea de îngrijorare a practicilor medicale.

8.7 Asistența medicală are nevoie de echipe bune. Eliminarea bullyingului asigură un mediu de echipă mai sigur și un mediu de sănătate mai sigur pentru pacienți.

8.8 Este responsabilitatea conducerii să mențină un mediu de lucru bun și să abordeze toate semnele de hărțuire și intimidare. Ar trebui să existe toleranță zero la intimidare și hărțuire.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind hartuirea si agresarea profesionistilor, adoptat de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Octombrie 2017)

Art. 338

Constituie o atingere gravă adusă caracterului independent al profesiei medicale următoarele acte:

a) cu excepţia situaţiilor prevăzute de lege şi cu anunţarea prealabilă a organelor profesiei, asocierea sau colaborarea, sub orice formă şi în orice modalitate, directă ori indirectă, dintre un medic şi o persoană care produce sau distribuie medicamente;

b) reclama, în orice mod, la medicamente, suplimente alimentare, aparatură medicală sau alte produse de uz medical;

c) implicarea, direct sau indirect, în distribuţia de medicamente, suplimente alimentare, dispozitive medicale, aparatură medicală sau de alte produse de uz medical;

d) incălcarea principiului transparenţei în relaţia cu producătorii şi distribuitorii de medicamente şi produse medicale;

e) primirea unor donaţii sub formă de cadouri în bani sau în natură ori alte avantaje, a căror valoare le face să îşi piardă caracterul simbolic şi care pot influenţa actul medical, de la una dintre entităţile prevăzute la lit. a)-c).

(Art. 23, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 339

(1) Medicul va solicita şi va accepta numai sponsorizarea activităţilor realizate strict în interes profesional şi va încheia contractul numai în măsura în care nu există o condiţionare de orice fel cu privire la obţinerea de către sponsor a unor foloase nelegale ori de natură a influenţa decizia sau prescripţia medicală.

(2) Medicul angajat ori aflat în relaţii contractuale cu un furnizor de servicii medicale îl va informa pe acesta despre existenţa unei cereri de sponsorizare şi despre numele sponsorului înaintea încheierii contractului de sponsorizare. Dacă angajatorul sau beneficiarul se oferă în scris şi în timp util să finanţeze el activitatea în considerentul căreia a fost solicitată sponsorizarea, medicul va renunţa la cererea de sponsorizare.

(3) Medicul va ţine evidenţa sponsorizărilor şi va informa colegiul teritorial în termen de 60 de zile dacă valoarea unei sponsorizări sau valoarea totală a sponsorizărilor depăşeşte cuantumul stabilit prin decizia Consiliului naţional al Colegiului Medicilor din România.

(4) În toate situaţiile în care sunt sponsorizate activităţi ce urmează să aibă loc în afara României, înaintea executării contractului de sponsorizare, medicul va depune un exemplar şi la colegiul teritorial la care este înregistrat.

(5) Contractele de sponsorizare vor fi păstrate pe o durată de 1 (un) an de la data executării lor şi, la cerere, vor fi puse la dispoziţia organelor corpului profesional.

(6) Prevederile alin. (3), (4) şi (5) se vor aplica şi în cazul în care medicul va fi prestator de servicii ori cesionar de drepturi de autor către un producător ori distribuitor de medicamente, produse medicale ori dispozitive medicale.

(7) Colegiile teritoriale pot înfiinţa un serviciu de informare a medicilor cu privire la încheierea, executarea şi implicaţiile juridice ale contractelor de sponsorizare.

(Art.24, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania)

1.2.2 Relatia etica-lege

Art. 340

Valorile etice și principiile legale sunt de obicei strâns legate, dar obligațiile etice depășesc de obicei atribuțiile legale. În unele cazuri, legea prevede o conduită neetică. Faptul că un medic a respectat legea nu înseamnă neapărat că medicul a acționat etic.

Când legea este în conflict cu etica medicală, medicii ar trebui să lucreze pentru a schimba legea. În astfel de circumstanțele, intr-un asamenea conflict, responsabilitățile etice prevaleaza obligațiilor legale.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind relatia dintre lege si etica, Adoptata de cea de-a 164-a Sesiune de Consiliu, Divonne-les-Baine, Franta, Mai 2003 si adoptata ca declaratie de cea de-a 70-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

Art. 341

Dileme pot apărea atunci când etica şi legea sunt în contradicţie. Pot exista circumstanţe în care obligaţii etice determină profesioniştii din domeniul sănătăţii să nu se supună unei anumite legi, cum ar fi o obligaţie juridică de a revela informaţii medicale confidenţiale despre un pacient. Există un consens al declaraţiilor naţionale şi internaţionale asupra preceptelor etice cum că alte imperative, inclusiv juridice, nu pot obliga profesioniştii din domeniul sănătăţii să acţioneze contrar eticii medicale şi conştiinţei lor. În astfel de cazuri, profesioniştii din domeniul sănătăţii trebuie mai degrabă să refuze să se supună legii sau regulamentelor decât să compromită preceptele etice de bază sau să îşi expună pacienţii unor riscuri serioase.

(Art. 68, Protocolul de la Istanbul, Natiunile Unite, New York si Geneva, 2004)

Art. 342

În unele cazuri, pot fi în conflict două obligaţii etice. Codurile internaţionale şi principiile etice cer raportarea informaţiilor despre tortură sau rele-tratamente organismelor corespunzătoare. În unele jurisdicţii, aceasta este o cerinţă prin lege. În unele cazuri însă, pacienţii pot refuza să îşi dea consimţământul de a fi consultaţi pentru astfel de scopuri sau de a se dezvălui către alte persoane informaţii obţinute în urma examinării lor. Aceştia se pot teme de riscurile şi represalii asupra lor sau a familiilor lor. În astfel de situaţii, profesioniştii din domeniul sănătăţii au responsabilităţi duble: către pacient şi către societate în general, care are interesul de a asigura faptul că se face dreptate şi că cei ce abuzează sunt aduşi în instanţă. Principiul fundamental de a evita vătămarea trebuie să fie luat în primul rând în considerare în cazul unor astfel de dileme. Profesioniştii din domeniul sănătăţii trebuie să caute soluţii care să promoveze justiţia fără să încalce dreptul individului la confidenţialitate. În astfel de cazuri e bine să se ceară sfatul unor agenţii de încredere; uneori aceasta poate fi asociaţia medicală naţională sau agenţiile non-guvernamentale. Alternativ, cu o încurajare susţinută, unii pacienţii rezervaţi pot să îşi dea acordul pentru dezvăluirea informaţiilor, în cadrul unor parametri bine stabiliţi.

(Art. 69, Protocolul de la Istanbul, Natiunile Unite, New York si Geneva, 2004)

Art. 343

1. Asociatia Medicala Mondiala solicită ca etica medicală și drepturile omului să fie predate la fiecare școală medicală ca părți obligatorii și examinate ale curriculei și să continue în toate etapele educației medicale postuniversitare și a dezvoltării profesionale continue.

2. Asociatia Medicala Mondiala consideră că școlile medicale ar trebui să se asigure că au o facultate suficientă de calificata în predarea drepturilor etice și a drepturilor omului pentru a face aceste cursuri durabile.

3. Asociatia Medicala Mondiala salută includerea eticii medicale și a drepturilor omului în educația medicală post-absolventă și continuă.

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind introducerea eticii medicale si a drepturilor omului in curicula scolilor medicale din lume, adoptata de cea de-a 51-a Adunare Medicala Mondiala, Tel Aviv, Israel, Octombrie 1999 si revizuita de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015, Recomandari)

Art. 344

Obligaţiile etice ale unui doctor pot varia în funcţie de contextul întâlnirii dintre doctor şi pacient şi de posibilitatea ca un pacient să îşi poată exersa liberul arbitru în privinţa deciziei privind dezvăluirea. De exemplu, atunci când un doctor şi un pacient sunt într-o situaţie evident terapeutică, cum ar fi dispoziţia de spitalizare, există un puternic imperativ moral pentru doctori de a păstra regulile obişnuite de confidenţialitate care prevalează în mod normal în cadrul relaţiilor terapeutice. Raportarea dovezilor de tortură obţinute prin intermediul unor astfel de întâlniri este în mod integral potrivită atâta vreme cât pacientul nu interzice aceasta. Doctorii trebuie să raporteze astfel de dovezi dacă pacienţii solicită acest lucru sau îşi dau acordul în cunoştinţă de cauză. Pentru aceasta, doctorii trebuie să îşi susţină pacienţii în astfel de decizii.

Medicii de medicină legală au o relaţie cu indivizii pe care îi examinează şi de obicei au obligaţia de a raporta observaţiile lor efective. Pacientul are mai puţină putere şi drept de alegere în astfel de situaţii şi se poate să nu aibă dreptul de a vorbi deschis despre ceea ce s-a întâmplat. Înaintea începerii oricărei examinări, doctorii de medicină legală trebuie să îşi explice rolul pacientului şi să îi facă cunoscut faptul că confidenţialitatea medicală nu constituie în mod normal parte a rolului lor, cum se întâmplă într-un context terapeutic. Regulamentele pot să nu permită pacientului să refuze examinarea, dar pacientul are posibilitatea alegerii dacă vrea sau nu să divulge cauza oricărei vătămări. Doctorii de medicină legală nu trebuie să falsifice rapoartele lor ci să furnizeze informaţii imparţiale, inclusiv să facă în mod clar cunoscută în rapoartele lor orice urmă de maltratare.

(Art. 70, Protocolul de la Istanbul, Natiunile Unite, New York si Geneva, 2004)

1.2.3 Protejarea vietii private si a reputatiei

Art. 345

1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieţii sale private şi de familie, a domiciliului său şi a corespondenţei sale.

2. Nu este admis amestecul unei autorităţi publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege şi constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea naţională, siguranţa publică, bunăstarea economică a ţării, apărarea ordinii şi prevenirea faptelor penale, protecţia sănătăţii, a moralei, a drepturilor şi a libertăţilor altora.

(Art. 8, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 346

1. Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie şi libertatea de a primi sau a comunica informaţii ori idei fără amestecul autorităţilor publice şi fără a ţine seama de frontiere. Prezentul articol nu împiedică Statele să supună societăţile de radiodifuziune, cinematografie sau televiziune unui regim de autorizare.

2. Exercitarea acestor libertăţi ce comportă îndatoriri şi responsabilităţi poate fi supusă unor formalităţi, condiţii, restrângeri sau sancţiuni prevăzute de lege care, într-o societate democratică, constituie măsuri necesare pentru securitatea naţională, integritatea teritorială sau siguranţa publică, apărarea ordinii şi prevenirea infracţiunilor, protecţia sănătăţii, a moralei, a reputaţiei sau a drepturilor altora, pentru a împiedica divulgarea informaţiilor confidenţiale sau pentru a garanta autoritatea şi imparţialitatea puterii judecătoreşti.

(Art. 10, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 347

Orice persoană, ale cărei drepturi şi libertăţi recunoscute de prezenta Convenţie au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanţe naţionale, chiar şi atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acţionat în exercitarea atribuţiilor lor oficiale.

(Art. 13, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 348

Preambul

1. Asociatia Medicala Mondiala remarcă tendința din ce în ce mai mare în întreaga lume ca femeile să intre în școlile de medicină și în profesia medicală și consideră că studiul și practica medicinei trebuie transformate într-o măsură mai mare sau mai mică pentru a sprijini toate persoanele care studiază ca studenti sau practicați sa devina medici, indiferent de sex. Acesta este un proces esențial de modernizare prin care incluziunea este promovată de egalitatea de gen.

Această declarație propune mecanisme pentru identificarea și soluționarea barierelor care provoacă discriminarea între sexe.

2. În multe țări din lume, numărul femeilor care studiază și practică medicina a crescut constant în ultimele decenii, depășind 50% în multe locuri.

3. Această dezvoltare oferă oportunități de acțiune, inclusiv în următoarele domenii:

- Accent mai mare pe un echilibru adecvat al vieții de muncă și de familie, sprijinind în același timp dezvoltarea profesională a medicilor individuali.
- Încurajarea și actualizarea femeilor în mediul academic, conducere și roluri manageriale.
- Egalizarea posibilităților de salarizare și de angajare pentru bărbați și femei, eliminarea decalajelor de remunerare între femei și bărbați în medicină și eliminarea barierelor care afectează negativ progresul medicilor de sex feminin.

4. Problema femeilor în medicină a fost recunoscută anterior în Rezoluția WMA privind accesul femeilor și copiilor la îngrijirea sănătății și rolul femeilor în profesia medicală care, printre altele, a solicitat o reprezentare și participarea sporită la profesia medicală, mai ales având în vedere înscrierea în creștere a femeilor în școlile de medicină. De asemenea, a cerut o rată de creștere mai mare a numărului de femei în asociațiile medicale naționale (ANM), prin împuternicire, dezvoltarea carierei, instruire și alte inițiative strategice.

Recomandări

Prezență crescută a femeilor în rolurile academice, de conducere și de conducere.

5. Asociațiile medicale naționale / școlile medicale / angajatorii sunt îndemnați să faciliteze înființarea de programe de mentorat, sponsorizare și recrutare activă pentru a oferi studenților și medicilor medicali îndrumările și încurajările necesare pentru asumarea rolurilor de conducere și management.

6. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să exploreze oportunități și stimulente pentru a încuraja atât bărbații, cât și femeile să urmeze diferite cariere în medicină și să solicite burse, posturi academice, conducere și funcții de conducere.

7. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să facă lobby pentru educația medicală egală de gen și politicile de muncă.

8. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să încurajeze implicarea atât a bărbaților, cât și a femeilor în organizații de politici de sănătate și organizații medicale profesionale.

Echilibru între viață și profesie

9. Medicii ar trebui să recunoască faptul că un echilibru adecvat dintre viața profesională și medici este benefic pentru toți medicii, dar că femeile se pot confrunta cu provocări unice pentru echilibrul vieții profesionale impuse de așteptările societății în ceea ce privește rolurile de gen care trebuie abordate pentru a rezolva problema. Angajatorii de asistență medicală pot demonstra o buna conducere și pot ajuta la combaterea acestui dezechilibru prin:

•Asigurarea că femeile care merg în concediu de maternitate pot avea acces la toate drepturile și beneficiile lor;

•Introducerea de programe care încurajează bărbații, precum și femeile să își ia concediul pentru creșterea copilului, astfel încât femeile să isi poată continua cariera, iar bărbații să poată petrece timp important cu familiile lor.

10. Spitalele și alte locuri de muncă ar trebui să se străduiască să ofere și să promoveze accesul la îngrijiri de calitate, accesibile și flexibile pentru părinții care lucrează, inclusiv furnizarea de locuințe la fața locului și îngrijire pentru copii, după caz. Aceste servicii ar trebui să fie disponibile atât medicilor de sex masculin cât și de sex feminin, recunoscând necesitatea unui echilibru mai bun între viața profesională și viața familiala. Angajatorii ar trebui să furnizeze informații despre serviciile disponibile care să sprijine compatibilitatea muncii și a familiei.

11. Spitalele și alte locuri de muncă ar trebui să fie receptive la posibilitatea unor ore de lucru flexibile și prietenoase, inclusiv munca part-time, posturi și programări profesionale.

12. Este necesară o cercetare sporită privind programele alternative de muncă și oportunitățile de telecomunicații care să permită flexibilitate în echilibrarea cerințelor vieții profesionale.

13. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să pledeze pentru punerea în aplicare și, dacă este necesar, introducerea unei politici care să permită concediul și drepturile parentale corespunzătoare plătite în țările respective.

14. Locurile de muncă medicale și organizațiile profesionale ar trebui să aibă politici și practici corecte, imparțiale și transparente pentru a oferi tuturor medicilor și studenților medicinisti acces egal la oportunități de angajare, educație și formare în medicină.

Sarcina și părinții

15. Ar trebui să fie ilegal ca angajatorii să întrebe solicitanții despre sarcină și / sau planificarea familiei în legătură cu munca.

16. Angajatorii ar trebui să evalueze riscurile pentru doctoritele gravide și copiii lor născuți, atunci când un medic a născut recent și când alăptează. În cazul în care se constată, sau consideră un medic, că un angajat sau copilul ei ar fi expus riscului în cazul în care va continua să îndeplinească îndatoririle sale normale, angajatorul ar trebui să ofere o alternativă adecvată de muncă pentru care medicul ar trebui să primească rata ei normală de salarizare. Medicul ar trebui să aibă dreptul de a nu lucra ture de noapte sau schimburi de gardă în perioada ulterioară a sarcinii, fără consecințe negative asupra salariului, angajării sau progresului în rezidență.

17. Doctoritele gravide ar trebui să aibă șanse egale de formare în pregătirea post-universitară.

18. Părinții ar trebui să aibă dreptul să ia un concediu parental adecvat, fără consecințe negative asupra angajării, a formării sau a oportunităților de carieră.

19. Părinții ar trebui să aibă dreptul de a reveni pe aceeași poziție după concediul pentru creșterea copilului, fără teama încetării contractului.

20. Angajatorii și organismele de instruire ar trebui să ofere sprijinul necesar oricărui medic care se întoarce după o perioadă prelungită de absență, inclusiv concediul pentru creșterea copilului, maternitate și vârstnici.

21. Mamele ar trebui să poată alăpta (sau să li se acorde timp protejat pentru pomparea sânilor) în timpul programului de lucru, în conformitate cu orientările actuale ale OMS.

22. Locurile de muncă ar trebui să ofere cazare adecvată femeilor care alăptează, inclusiv zone destinate alăptării, pompării sânilor și depozitării laptelui, care sunt liniștite, igienice și private.

Schimbări în cultura organizațională

23. Profesiunea medicală și angajatorii ar trebui să lucreze pentru a elimina discriminarea și hărțuirea pe baza de gen și pentru a crea un mediu de susținere care să permită oportunități egale de formare, angajare și avansare.

24. Prietenia cu familia ar trebui să facă parte din cultura organizațională a spitalelor și a altor locuri de muncă.

Planificarea și cercetarea forței de muncă

25. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să încurajeze guvernele să ia în considerare numărul din ce în ce mai mare de femei care iau medicamente în contextul planificării forței de muncă pe termen lung. O forță de muncă diversă este benefică pentru sistemul de sănătate și pentru pacienți. Organizațiile care furnizează asistență medicală ar trebui să se concentreze pe asigurarea că sistemele sunt resurse adecvate pentru a se asigura că toți cei care lucrează în cadrul acestora pot oferi îngrijiri sigure pacienților și sunt recompensate în mod corespunzător și echitabil. De asemenea, guvernele ar trebui să lucreze pentru a contracara atitudinile și comportamentul negativ, părtinirea și / sau normele și valorile învechite de la organizații și persoane fizice.

26. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să încurajeze guvernele să investească în cercetare pentru a identifica acei factori care determină femeile și bărbații să aleagă anumite domenii de specializare în educația medicală și formarea lor medicală și să se străduiască să abordeze orice bariere identificate pentru a obține o reprezentare egală a bărbaților și femeilor în toate domeniile medicinei.

27. Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să încurajeze guvernele și angajatorii să se asigure că bărbații și femeile primesc compensații egale pentru munca proporțională și se străduiesc să elimine diferența de remunerare între femei și bărbați în medicină.

(Statutul Asociatiei Medicale mondiale privind egalitatea de gen in medicina, adoptat de ea de-a 69-a Adunare Generala a Asociatei Medicale mondiale, Reykjavik, Octombrie 2018)

1.2.4 Libertatea de asociere si intrunire

Art. 349

(1) Orice persoană are dreptul la libertate de întrunire paşnică şi la libertate de asociere, inclusiv a constitui cu alţii sindicate şi de a se afilia la sindicate pentru apărarea intereselor sale.

(2) Exercitarea acestor drepturi nu poate face obiectul altor restrângeri decât cele prevăzute de lege care, într-o societate democratică, constituie măsuri necesare pentru securitatea naţională, siguranţa publică, apărarea ordinii şi prevenirea infracţiunilor, protecţia sănătăţii, a moralei ori a drepturilor şi a libertăţilor altora. Prezentul articol nu interzice ca restrângeri legale să fie impuse exercitării acestor drepturi de către membrii forţelor armate, ai poliţiei sau ai administraţiei de stat.

(Art. 11, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 350

În vederea garantării sau promovării libertății lucrătorilor și patronilor de a constitui organizații locale, naționale sau internaționale pentru apărarea intereselor lor economice și sociale și de a adera la aceste organizații, părțile se angajează ca legislația națională să nu aducă atingere sau să fie aplicată de o manieră care să aducă atingere acestei libertăți. Măsura în care garanțiile prevăzute în prezentul articol se vor aplica poliției va fi determinat prin legislația sau reglementarea națională. Principiul aplicării acestor garanții membrilor forțelor armate și măsura în care ele se vor aplica acestei categorii de persoane sunt de asemenea determinate prin legislația sau reglementarea națională.

(Art. 5, Carta Sociala Europeana)

Art. 351

În vederea asigurării exercitării efective a dreptului de negociere colectivă, părțile se angajează:

1. să favorizeze consultarea paritară între lucrători și patroni;

2. să promoveze, atunci când aceasta este necesară și utilă, instituirea procedurilor de negociere voluntară între patroni sau organizațiile patronale, pe de o parte, și organizațiile lucrătorilor, pe de altă parte, în vederea reglementării condițiilor de angajare prin convenții colective;

3. să favorizeze instituirea și utilizarea procedurilor adecvate de conciliere și arbitraj voluntar pentru reglementarea conflictelor de muncă; și recunosc:

4. dreptul lucrătorilor și patronilor la acțiuni colective în caz de conflict de interese, inclusiv dreptul la grevă, sub rezerva obligațiilor care ar putea rezulta din convențiile colective în vigoare.

(Art. 6, Carta Sociala Europeana)

Art. 352

În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor migranți și al familiilor lor la protecție și asistență pe teritoriul oricărei alte părți, părțile se angajează: … 4. să garanteze lucrătorilor care se găsesc în mod legal pe teritoriul lor, în măsura în care aceste chestiuni sunt reglementate prin legislație sau alte prevederi ori sunt supuse controlului autorităților administrative, un tratament nu mai puțin favorabil decât cel acordat cetățenilor lor în ceea ce privește următoarele elemente:

a. salarizarea și alte condiții de angajare și de muncă;

b. afilierea la organizațiile sindicale și beneficiul avantajelor oferite de convențiile colective;

(Art. 19(4)(b), Carta Sociala Europeana)

Art. 353

În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă în întreprindere, părțile se angajează să ia sau să promoveze măsurile care să permită lucrătorilor sau reprezentanților acestora, în conformitate cu legislația și practica națională, să contribuie:

a. la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă, de organizare a muncii și a mediului de muncă;

b. la protecția sănătății și a securității în cadrul întreprinderii;

c. la organizarea serviciilor și facilităților sociale și socio-culturale ale întreprinderilor;

d. la controlul respectării reglementărilor în acest domeniu.

(Art. 22, Carta Sociala Europeana)

Art. 354

Lucrătorii și angajatorii sau organizațiile lor au dreptul, în conformitate cu dreptul Uniunii si cu legislațiile și practicile naționale, de a negocia și de a încheia convenții colective la nivelurile corespunzătoare și de a recurge, în caz de conflicte de interese, la acțiuni colective pentru apărarea intereselor lor, inclusiv la grevă.

(Art. 28, Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene)

Art. 355

Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca:

1. Instituțiile sponsorilor colaborează îndeaproape cu instituțiile gazdă și comunitățile locale pentru a crea ghiduri profesionale și etice privind cele mai bune practici pentru intrunirile medicale internaționale. Ambele instituții ar trebui să se implice activ în elaborarea de ghiduri. Organizația sponsorului ar trebui să evalueze propunerea electivă folosind astfel de standarde înainte de aprobare.

2. Liniile directoare ar trebui să fie adecvate contextului local și să aprobe dezvoltarea parteneriatelor durabile, benefice reciproc și juste între instituții, pacienți și comunitatea locală, cu sănătatea lor ca primă considerație. Acestea trebuie să țină seama de orientările de bune practici, disponibile deja în multe țări.

3. Liniile directoare trebuie să mențină siguranța pacientului și a comunității ca fiind esențiale și să contureze procesele pentru a asigura consimțământul informat, confidențialitatea pacientului, confidențialitatea și continuitatea îngrijirii, așa cum este descris în Codul internațional de etică medicală al Asociatiei Medicale Mondiale.

4. Liniile directoare ar trebui să contureze, de asemenea, procesele de protecție si sănătătate stagiarului și să evidențieze obligațiile sponsorului și ale instituțiilor gazdă pentru a asigura o supraveghere adecvată a stagiarului.

Instituțiile ar trebui să ia în considerare mijloacele de a aborda posibile catastrofe naturale, instabilitatea politică și expunerea la boli. Îngrijirile de urgență ar trebui să fie disponibile.

5. Instituțiile de sponsori și gazdă au responsabilitatea de a se asigura că intrunirile medicale internationale sunt bine planificate, incluzând, cel puțin, informații adecvate înainte de plecare, care ar trebui să includă instruirea în competențe în cultură și limbă și evitarea explicită a oricărei activități care ar putea fi exploatatoare, a serviciilor lingvistice, după cum este necesar, și introducerea și îndrumarea suficientă a instituțiilor gazdă. La întoarcerea stagiarului ar trebui să fie planificată informarea de după plecare, inclusiv examinarea situațiilor etice întâlnite și furnizarea de suport emoțional și medical necesar.

6. Se așteaptă ca stagiarul să primească feedback și evaluare pentru experiență, astfel încât să poată primi credite academice. Cursantul ar trebui să aibă oportunitatea de a evalua calitatea și utilitatea experienței.

7. Cursanții trebuie să fie informați pe deplin cu responsabilitatea lor de a urma instrucțiunile date de supraveghetorii locali și de a trata cu respect personalul și gazda locală.

8. Aceste orientări și procese ar trebui revizuite și actualizate în mod regulat, pe măsură ce instituțiile sponsor și gazdă dezvoltă mai multă experiență unele cu altele.

9. Asociațiile medicale naționale ar trebui să dezvolte cele mai bune practici pentru intrunirile medicale internaționale și să încurajeze adoptarea lor ca standarde de către organismele naționale sau regionale de acreditare, după caz, și punerea lor în aplicare de către instituțiile sponsor și gazdă.

(Statutul Asiciatiei Medicale Mondiale privind consideratiile etice in intrunirile medicale globale, adoptata de cea de-a 67-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Taipei, Taiwan, Octombrie 2016, Recomandari)

Art. 356

Întrucât sancțiunile academice sau boicoturile sunt restricții discriminatorii asupra libertăților academice, profesionale și științifice care neagă sau exclud medicii și alții de la reuniunile educaționale, culturale și științifice și alte oportunități pentru schimbul de informații și cunoștințe, scopul acestor restricții fiind acela de a protesta fata de conditiile sociale și politicile guvernelor și

Întrucât aceste restricții sunt în conflict direct cu obiectivele majore ale Asociatiei Medicale Mondiale, de exemplu, atingerea celor mai înalte standarde internaționale în educația medicală, știința medicală, artă medicală și etică medicală și

Întrucât aceste restricții afectează în mod negativ îngrijirile de sănătate, în special cele defavorizate și, prin urmare, împiedică obiectivul Asociatiei Medicale Mondiale de a obține cea mai bună asistență medicală posibilă pentru toți oamenii din lume și

Întrucât aceste restricții discriminează medicii și pacienții din motive de convingere politică sau deciziile politice luate de guverne și, prin urmare, sunt în conflict cu Declarația de la Geneva a Asociatiei Medicale Mondiale, Declarația privind nediscriminarea în calitatea de membru profesional și Activitățile medicilor și Declarația privind libertatea de a participa intâlniri medicale și

Întrucât o regulă de bază a practicii medicale este „primum non nocere”, adică mai întâi nu face rău,

Prin urmare se va considera că Asociatia Medicala Mondiala privește aplicarea unor astfel de restricții, cum ar fi deciziile politice arbitrare concepute pentru a refuza schimbul internațional de cercetători și pentru a pune pe o lista neagră anumiți medici sau corpuri de medici din cauza naționalității lor sau din cauza politicilor guvernelor lor. Asociatia Medicala Mondiala se opune in mod clar acestor restricții și solicită tuturor asociațiilor medicale naționale să reziste impunerii unor astfel de restricții prin toate mijloacele care le stau la dispoziție și să respecte Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind nediscriminarea în domeniul calității de membru și activități ale medicilor și Declarația Asociatiei Medicale Mondiale privind libertatea de a participa la întâlniri medicale.

(Rezolutia Asiciatiei Medicale Mondiale privind sanctiunile academice sau boicoturile, adoptata de cea de-a 40-a Adunare Medicala Mondiala, Viena, Austria, Septembrie 1988 si revizuita editorial de cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2005 si reafirmata de cea de-a 200-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Oslo, Norvegia, Aprilie 2015)

Art. 357

Independența profesională și libertatea profesională sunt indispensabile medicilor pentru a le permite să acorde îngrijiri medicale adecvate pacienților. Prin urmare, nu ar trebui să existe bariere, fie ele filosofice, religioase, rasiale, politice, geografice, fizice sau de orice altă natură, pentru a împiedica medicii să participe la activități profesionale care să le permită să dobândească informațiile, cunoștințele, abilitățile și tehnicile necesare furnizării îngrijirii sănătatii adecvate pacienților lor.

În măsura în care scopul Asociatia Medicala Mondiala este de a servi umanitatea prin încercarea de a atinge cele mai înalte standarde internaționale în educația medicală, știința medicală, arta medicală și etica medicală și îngrijirea sănătății pentru toți oamenii din lume, nu ar trebui să existe, în consecință, bariere care sa împiedice medicii să participe la ședințele Asocitiei Medicale Mondiale, sau alte întâlniri medicale, oriunde sunt convocate astfel de întâlniri.

(Statutul Asociatie Medicale Mondiale privind libertatea de participare la intrunirile medicale, adoptat de cea de-a 36-a Adunare Medicala Mondiala, Singapore, Octombrie 1984)

Art. 358

Asociația Medicală Mondială este în favoarea egalității de șanse în activitățile asociațiilor medicale, educația și formarea medicală, angajarea și toate celelalte eforturi profesionale medicale, indiferent de factorii de discriminare.

Asociația Medicală Mondială se opune în mod ferm in vederea refuzului privilegiilor și responsabilităților de apartenență în Asociațiile Medicale Naționale oricărui medic înregistrat în mod corespunzător din cauza oricăror factori de discriminare.

Asociația Medicală Mondială solicită profesiei medicale și tuturor membrilor individuali ai Asociațiilor Medicale Naționale să depună toate eforturile pentru a preveni orice caz în care astfel de drepturi, privilegii sau responsabilități de egalitate sunt refuzate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind nondiscriminarea membrilor profesionisti si a actvitatilor medicilor, adoptata de cea de-a 37-a Adunare Medicala Mondiala, Bruxel, Belgia, Octombrie 1985 si revizuita editorial de cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta Mai 2005 si revizuita de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Russia, Octombrie 2015)

1.2.5 Libertatea de exprimare si informare

Art. 359

Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie şi libertatea de a primi sau a comunica informaţii ori idei fără amestecul autorităţilor publice şi fără a ţine seama de frontiere. Prezentul articol nu împiedică Statele să supună societăţile de radiodifuziune, cinematografie sau televiziune unui regim de autorizare.

(Art. 10(1), Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 360

Asociația Medicală Mondială recomandă Asociațiilor Medicale Naționale să adopte următoarele recomandări pentru medici în ceea ce privește acțiunea colectivă:

Medicii care participă la acțiune colectivă nu sunt scutiți de obligațiile lor etice sau profesionale față de pacienți.

Chiar și atunci când acțiunile întreprinse nu sunt organizate de către sau asociate cu Asociația Medicală Națională, aceasta ar trebui să se asigure că medicul în cauză este conștient și respectă obligațiile sale etice.

Ori de câte ori este posibil, medicii ar trebui să facă eforturi pentru reforme prin demonstrații publice non-violente, lobby și publicitate, campanii informaționale, negocieri sau medieri.

Dacă sunt implicați în acțiuni colective, Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să acționeze pentru a minimiza daunele pentru public și pentru a se asigura că serviciile esențiale și de urgență de sănătate, precum și continuitatea îngrijirii, sunt furnizate pe parcursul unei greve. Mai mult, Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să pledeze pentru măsuri de revizuire a cazurilor excepționale. Dacă sunt implicați în acțiuni colective, Asociatiile Medicale Nationale ar trebui să ofere informații continue și actualizate pacienților lor și publicului larg cu privire la solicitările conflictului și la acțiunile întreprinse. Publicul larg trebuie să fie informat în timp util cu privire la orice acțiuni de grevă și restricțiile pe care le pot avea asupra asistenței medicale.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind implicatiile etice ale actiunilor colective ale medicilor, adoptat de cea de-a 63-a Adunare generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Bangkok, Tailanda, Octombrie 2012, Recomandari)

Art. 361

Asociatia Medicala Mondiala solicită Asociațiile Medicale Naționale să încurajeze școlile medicale să dezvolte programe de asigurare a calității în ceea ce privește revizuirea continuă a calității programului educațional.

Asociatia Medicala Mondiala îndeamnă Asociațiile Medicale Naționale să sprijine și să promoveze dezvoltarea continuă a sistemelor naționale și regionale de acreditare / recunoaștere a școlilor medicale. Aceste sisteme ar trebui să fie proiectate și conduse de medici în colaborare cu formatori medicali cu experiență și cu aportul altor experți relevanți.

Asociatia Medicala Mondiala solicită Asociațiilor Medicale Naționale să îndemne factorii de decizie guvernamentali și din sectorul privat pentru a se asigura că sistemul național de acreditare are resurse necesare și adecvate pentru activitățile sale. Aceasta include finanțarea suficientă și consecventă pentru a sprijini infrastructura și personalul organismului de acreditare.

Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca sistemele de acreditare să utilizeze standarde relevante la nivel național, aplicate în mod constant de evaluatori instruiți și factorii de decizie atunci când examinează școlile de medicină.

Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociațiile Medicale Naționale să promoveze factorilor de decizie că participarea la sistemul național de acreditare ar trebui necesară pentru toate școlile de medicină dintr-o țară.

Asociatia Medicala Mondiala solicită Asociațiilor Medicale Naționale să solicite sistemelor naționale de acreditare să participe la revizuirile externe ale politicilor, practicilor și standardelor lor. Aceasta poate include căutarea recunoașterii de către Federația Mondială pentru Educație Medicală. Organismele de acreditare recunoscute și organizațiile similare sunt invitate să creeze un forum de discuții și colaborare între organismele naționale de acreditare pentru a împărtăși cele mai bune practici și mecanisme pentru a depăși provocările.

Medicii trebuie încurajați să conducă și să participe activ la activitățile naționale de acreditare ca evaluatori și factori de decizie și în activități de asigurare a calității la propriile școli medicale.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale de la Chicago privind asigurarea calitatii in educatia medicala, adoptata de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017, Recomandari)

Art. 362

Preambul

1. Educația medicală constă în educație medicală de bază, educație medicală postuniversitară și dezvoltare profesională continuă. Educația medicală este un proces dinamic care începe la începutul educației medicale de bază (școala medicală) și continuă până când un medic se retrage din practica activă. Scopul său este de a pregăti medicii să aplice cele mai noi cunoștințe științifice pentru promovarea sănătății, prevenirea și vindecarea bolilor umane și atenuarea simptomelor. Toți medicii au responsabilitatea pentru ei înșiși, profesia și pacienții lor de a menține un standard ridicat pentru educația medicală.

Principiile de bază ale educației medicale

2. Educația medicală constă în formare care vizează formarea medicilor de a dobândi competențele, abilitățile și aptitudinile care le permit să exerseze profesional și etic la cel mai înalt nivel. Toți medicii, profesia în ansamblu, facultățile medicale, instituțiile de învățământ și guvernele au responsabilitatea de a garanta că educația medicală îndeplinește un standard de înaltă calitate pe întregul continuum al educației medicale.

I. Educație medicală de bază

3. Scopul educației medicale de bază este să se asigure că studenții medicinisti au dobândit cunoștințele, abilitățile și comportamentele profesionale care îi pregătesc pentru o gamă largă de opțiuni de carieră, incluzând, dar fără a se limita la, îngrijirea pacienților, sănătate publică, clinică sau cercetarea de bază, conducere și management sau educație medicală. Fiecare dintre aceste opțiuni de carieră va necesita educație suplimentară, dincolo de primul grad profesional.

4. La o școală medicală, cunoștințele, abilitățile și comportamentul profesional pe care studenții ar trebui să-l dobândească trebuie să se bazeze pe judecata profesională a facultăților și a consiliilor de acreditare și să răspundă nevoilor de asistență medicală din regiune și / sau din țară. Aceste decizii vor informa selecția elevilor, designul și conținutul curriculumului, sistemul de evaluare al elevilor și evaluarea dacă școala și-a atins obiectivele. Astfel de decizii ar trebui să fie, de asemenea, supuse standardelor relevante, nevoilor de echitate și accesibilitate, precum și diversității și includerii în forța de muncă medicală.

II. Selecția studenților

5. Înainte de intrarea lor la școala medicală, studenții de medicină ar fi trebuit să dobândească o educație largă, care să includă în mod ideal cunoștințe în domeniul artelor, umanității și științelor sociale, precum și în științele biologice și fizice.

Studenții ar trebui să fie aleși pentru studiul medicii pe baza capacității lor intelectuale, a motivației pentru medicină, a experiențelor relevante anterioare și a caracterului și integrității lor. Procesul de selecție pentru studenți nu trebuie să fie discriminatoriu și trebuie să reflecte importanța creșterii diversității în forța de muncă medicală. O școală medicală ar trebui să ia în considerare misiunea sa atunci când dezvoltă cerințele de admitere.

6. Într-o anumită țară sau regiune ar trebui să existe suficienți studenți medicali pentru a răspunde nevoilor locale și regionale. Asociațiile medicale naționale (ANM) și guvernele naționale ar trebui să colaboreze pentru atenuarea barierelor economice care împiedică persoanele calificate să intre și să termine școala medicală.

7. Curricula și evaluarea

7.1 Programul educațional al unei școli medicale ar trebui să se bazeze pe obiectivele programului educațional dezvoltat ca răspuns la nevoile de asistență medicală din regiune și / sau țară. Aceste obiective ale programului educațional trebuie utilizate în selectarea conținutului curriculei, la dezvoltarea sistemului de evaluare a elevilor și la evaluările dacă școala și-a atins obiectivele educaționale, sub rezerva standardelor de reglementare și educație relevante.

7.2 Curricula medicala trebuie să doteze elevul cu o bază largă de cunoștințe medicale generale. Aceasta include științele biologice și comportamentale, precum și socio-economia asistenței medicale, factorii sociali determinanți ai sănătății, populației și sănătatea publică. Aceste discipline, împreună cu știința medicală de bază, sunt centrale pe înțelegerea și practicarea medicinei clinice. Asociatia Medicala Mondiala recomandă ca conținutul legat de etica medicală și drepturile omului să fie o cerință de bază în programa medicală.1 Elevul trebuie, de asemenea, să fie introdus in principiile și metodologia cercetării medicale și modul în care rezultatele cercetării sunt utilizate în practica clinică. Studenții ar trebui să aibă oportunități, dacă este dorit sau solicitat de școala medicală, de a participa la cercetare. Abilitățile cognitive ale învățării realizate de sine, gândirii critice și rezolvării problemelor medicale ar trebui introduse devreme în programa medicală pentru a pregăti elevii pentru pregătirea clinică.

7.3 Înainte de a începe practica independentă, fiecare medic trebuie să completeze un program formal de educație clinică supravegheată. În cadrul educației medicale de bază, experiențele clinice ar trebui să varieze de la asistența primară la cea terțiară într-o varietate de medii de la internare la externare, cum ar fi spitale universitare, spitale comunitare, clinici, cabinete medicale și alte unități de asistență medicală. Componenta clinică a educației medicale de bază ar trebui să utilizeze un model de ucenicie de învățare, utilizând obiective definite și trebuie să implice experiențe directe în diagnosticul și tratamentul bolii, cu o creștere treptată a responsabilității elevului pe baza demonstrației sale de cunoștințe și abilități relevante. Experiențele și formarea în echipe interprofesionale care oferă îngrijiri in colaborare cu pacientii sunt importante în pregătirea studenților medicali pentru practică.

7.4 Facultatea de Medicina are responsabilitatea de a se asigura că studenții care au absolvit și au primit primul grad profesional au dobândit o înțelegere de bază a medicinei clinice, au abilitățile de bază necesare pentru a evalua problemele clinice și pentru a lua măsuri adecvate și de a prezenta atitudine si caracter ale unui medic etic. Sistemul de evaluare din cadrul unei școli medicale ar trebui să includă metode adecvate și valabile pentru a se asigura că toți absolvenții au îndeplinit fiecare dintre aceste așteptări. Ar fi util ca școlile medicale să aibă acces la persoane cu experiență în evaluarea elevilor, fie din cadrul școlii medicale, fie din surse externe.

8. Sprijin pentru elevi

8.1 Studenții medicinisti ar trebui să primească sprijin academic și social, cum ar fi consiliere pentru probleme personale și programe pentru a sprijini bunăstarea, pentru a-i ajuta în satisfacerea cerințelor școlii medicale.

Sprijinul academic include îndrumare și consiliere pentru abilități de studiu și de gestionare a timpului. Sprijinul social include accesul la activități pentru promovarea bunăstării lor fizice și mentale, precum și accesul la servicii generale și de sănătate mintală. De asemenea, ar trebui să fie disponibili mentori și consilieri pentru a ajuta studenții în alegerea specialității și în planificarea carierei.

9. Facultatea și resursele instituționale

9.1 Educația medicală de bază trebuie să fie predată de personalul adecvat, inclusiv de facultățile care dețin calificările corespunzătoare, care pot fi obținute doar prin formare și experiență formală. Ar trebui să existe un număr suficient de facultăți pentru a îndeplini misiunile educaționale, de cercetare și alte misiuni ale școlii medicale.

Procesul de selecție pentru facultăți nu trebuie să fie discriminatoriu. Facultatea ar trebui să aibă un angajament formal față de școala medicală, cum ar fi o numire a facultății și să facă parte și să fie supusă guvernanței școlii medicale și a structurilor departamentale.

9.2 Facultatea de Medicina răspunde pentru dezvoltarea curriculei medicale și a sistemului de evaluare a studenților. Ca atare, obiectivele programului educațional, conținutul și formatul curriculumului și evaluarea curriculumului sunt responsabilitatea facultății. Facultatea ar trebui să revizuiască curricula frecvent, folosind ideal statistici despre realizarea și contribuția studenților, absolvenți și comunitatea care practică. În plus, facultatea trebuie să evalueze în mod regulat calitatea fiecărei componente a programului educațional și a programului în ansamblu, prin utilizarea feedback-ului dintre elevi și colegi.

Școlile medicale ar trebui să ofere oportunități de dezvoltare a facultăților pentru a sprijini dobândirea și întreținerea predării și evaluării și a abilităților de dezvoltare a curriculei, astfel încât să își poată îndeplini responsabilitățile pentru programul de educație medicală și abilitățile de proiectare a curriculei.

9.3 Școlile medicale trebuie să ofere un mediu academic care încurajează învățarea și cercetarea de către studenti, inclusiv un program activ de cercetare instituțională pentru a promova cunoștințele medicale și calitatea îngrijirii. Școlile medicale ar trebui să ofere sprijin facultăților pentru a dobândi abilități de cercetare și pentru a se implica în cercetare independentă sau de colaborare.

9.4 Pe lângă un număr suficient de profesori bine pregătiți, școlile medicale trebuie să se asigure că există resurse adecvate de bibliotecă și tehnologie informațională, săli de clasă, laboratoare de cercetare, facilități clinice și zone de studiu pentru studenți în cantitate suficientă pentru a satisface nevoile tuturor cursanților. Trebuie să existe o structură de asistență administrativă pentru lucruri cum ar fi întreținerea documentelor academice și funcțiile de registru.

10. Finanțarea educației medicale

10.1 Guvernele naționale și școlile medicale ar trebui să colaboreze pentru a dezvolta mecanisme de finanțare pentru a sprijini educația medicală de bază. Sprijinul este necesar pentru studenții individuali și pentru școlile medicale în sine. Ar trebui să existe resurse financiare suficiente pentru școlile medicale pentru a educa numărul de studenți medicali necesari pentru a răspunde nevoilor naționale sau regionale de asistență medicală.

III. Educație medicală postuniversitară

11. Un absolvent dintr-o instituție de învățământ medical de bază trebuie să participe la un program de formare avansată bazat clinic înainte de a fi autorizat legal să intre în practică medicală independentă și, dacă este necesar, să obțină o licență pentru a practica. Educația medicală postuniversitară, a doua etapă a continuumului educației medicale, pregătește medicii pentru practică într-o disciplină sau specialitate medicală și se concentrează pe competentele specifice necesare pentru practica în acea specialitate.

12. Programele de educație medicală postuniversitară, denumite și programe de rezidențiat, includ experiențe educaționale care susțin dobândirea de către rezident a cunoștințelor și abilităților caracteristice zonei de specialitate. În funcție de specialitate, programele postuniversitare vor folosi o varietate de munci clinice în ambulatoriu și ambulatoriu, inclusiv clinici comunitare, spitale sau alte instituții medicale. Educația rezidenților ar trebui să combine un curriculum didactic structurat cu o activitate clinică care să includă diagnosticul și managementul pacienților sub niveluri de supraveghere adecvate și de susținere. Un program de rezidențiat trebuie să se asigure că fiecare rezident are oportunități de îngrijire pentru un număr adecvat de pacienți pentru a dobândi experiență în gama de condiții care caracterizează specialitatea. Aceste experiențe clinice ar trebui să apară în medii în care sunt furnizate îngrijiri de înaltă calitate, deoarece calitatea educațională și calitatea îngrijirii pacienților sunt interdependente și trebuie urmărite într-o manieră, astfel încât acestea să se îmbunătățească reciproc.

13. Trebuie menținut un echilibru corespunzător, astfel încât rezidenții să nu fie obligați să răspundă nevoilor serviciilor clinice în detrimentul educației lor. Programul de rezidențiat ar trebui să contribuie în continuare la abilitățile de predare și conducere ale rezidentului și capacitatea de a contribui la îmbunătățirea continuă. Programul ar trebui să ofere, de asemenea, oportunități pentru activitatea savantă care vizează îmbunătățirea gândirii științifice și critice, rezolvarea problemelor clinice și abilități de învățare de-a lungul vieții. Aceste oportunități vor fi fost introduse în timpul educației medicale de bază și ar trebui consolidate în timpul reședinței pentru a pregăti și motiva rezidentul să exercite aceste abilități în timpul practicii.

În plus, trebuie menținut un echilibru adecvat între munca clinică, educația și viața personală.

14. În timpul programului de rezidențiat, un rezident își asumă responsabilitatea progresiv mai mare pentru îngrijirea pacientului pe baza creșterii sale individuale în experiență, cunoștințe și

abilități clinice. Permiterea rezidentului de a-și asuma responsabilitatea sporită necesită un sistem de evaluare pentru a monitoriza creșterea în cunoștințe și abilități a rezidentului în timp. De asemenea, trebuie să existe un proces pentru a determina în mod concludent că rezidentul este pregătit să întreprindă practici medicale independente.

15. Educația medicală postuniversitară trebuie să aibă loc în instituții acreditate sau care au fost revizuite pentru calitate.

IV. Continuarea dezvoltarerii profesionale

16. Dezvoltarea Profesională Continuă * (DPC) este definită drept activitățile care mențin, dezvoltă sau cresc cunoștințele, abilitățile și performanțele și relațiile profesionale pe care un medic le folosește zilnic pentru a oferi servicii pacienților, publicului sau profesiei. DPC poate include activități precum implicarea în asociații medicale naționale sau regionale; munca comitetelor în spitale sau practici de grup; și predarea, mentoratul și participarea la educație în specialitatea aleasă sau mai pe larg în medicină.

17. Una dintre componentele DPC este educația medicală continuă (EMC), în care medicul participă la activități educaționale medicale. Medicii ar trebui să-și continue educația medicală în întreaga carieră, inclusiv dobândirea de noi cunoștințe și abilități ca răspuns la descoperirile științifice și introducerea de noi tratamente. Astfel de experiențe educaționale sunt esențiale pentru ca medicul să se țină la curent cu evoluția medicinii clinice și a mediului de asistență medicală și să continue să păstreze cunoștințele și abilitățile necesare pentru a oferi îngrijiri de înaltă calitate. În multe jurisdicții, EMC este definit de specialitate și poate fi necesar pentru menținerea unei licențe medicale.

18. Scopul dezvoltării profesionale continue este de a susține și de a îmbunătăți pe larg medicul competent. Școlile medicale, spitalele și societățile profesionale au toate responsabilitatea de a dezvolta și de a pune la dispoziția tuturor medicilor oportunități eficiente pentru dezvoltarea profesională continuă, inclusiv educația medicală continuă.

Recomandări

19. Cererea medicilor să acorde îngrijiri medicale, să prevină bolile și să ofere consultanță pacienților, publicului și factorilor de decizie în materie de sănătate solicită cele mai înalte standarde de dezvoltare profesională de bază, postuniversitară și profesională continuă. Recomandările sunt următoarele:

19.1 Ca Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociatiile Medicale Nationale, guvernele și alte grupuri interesate relevante să se angajeze în planificarea unei continuități de înaltă calitate a educației medicale în țări, care este informată și susține nevoile de asistență medicală ale populației.

19.2 Că Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociatiile Medicale Nationale să lucreze cu școlile medicale pentru a planifica și asigura dezvoltarea facultăților care îmbunătătesc abilitățile absolventilor de medicina ca profesori și cercetători.

19.3 Că Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociatiile Medicale Nationale și guvernele să se angajeze într-un dialog legat de finanțarea școlilor medicale și a programelor postuniversitare, astfel încât să fie disponibile un număr adecvat de medici bine pregătiți pentru a răspunde nevoilor naționale de asistență medicală.

19.4 Că Asociatia Medicala Mondiala și guvernele naționale colaborează pentru atenuarea barierelor economice care împiedică persoanele calificate să intre și să termine școala medicală.

19.5 Că Asociatia Medicala Mondiala încurajează Asociatiile Medicale Nationale să ofere individual sau colaborativ oportunități pentru dezvoltarea profesională continuă a medicului și educația medicală continuă.

* Notă despre terminologie: Există diferite utilizări ale termenului „Dezvoltare profesională continuă” (DPC). O modalitate de a o descrie este toate acele activități care contribuie la dezvoltarea profesională a unui medic, inclusiv implicarea în medicină organizată, munca în comisii în spitale sau practici de grup, predare, îndrumare și lectură, pentru a numi doar câteva. Una dintre componentele DPC poate fi educația medicală continuă, care în multe jurisdicții este special definită și posibil necesară pentru licență.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind educatia medicala, adoptat de cea de-a 57-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Pilanesberg, Africa de Sud, Octombrie 2006 si revizuita de cea de-a 68-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

1.2.6 Conditii de munca decente

Art. 363

În vederea exercitării efective a dreptului la muncă, părțile se angajează: … să protejeze de o manieră eficientă dreptul lucrătorului de a-și câștiga existența printr-o muncă liber întreprinsă…

(Art. 1(2), Carta Sociala Europeana)

Art. 364

1. Nimeni nu poate fi ţinut în sclavie sau în condiţii de aservire.
2. Nimeni nu poate fi constrâns să execute o muncă forţată sau obligatorie.
3. Nu se consideră „muncă forţată sau obligatorie” în sensul prezentului articol :

a. orice muncă impusă în mod normal unei persoane supuse detenţiei în condiţiile prevăzute de articolul 5 din prezenta Convenţie sau pe durata libertăţii condiţionate ;

b. orice serviciu cu caracter militar sau, în cazul celor care refuză serviciul militar din motive de conştiinţă în ţările în care acest lucru este recunoscut ca legitim, un alt serviciu în locul serviciului militar obligatoriu ;

c. orice serviciu impus în situaţii de criză sau de calamităţi care ameninţă viaţa sau bunăstarea comunităţii ;

d. orice muncă sau serviciu care fac parte din obligaţiile civice normale.

(Art. 4, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 365

Dreptul la condiții de muncă echitabile: În vederea exercitării efective a dreptului la condiții de muncă echitabile, părțile se angajează: … să fixeze o durată rezonabilă a timpului de muncă zilnic și săptămânal, săptămâna de lucru trebuind să fie redusă treptat în măsura în care creșterea productivității și ceilalți factori relevanți o permit…

(Art. 2(1), Carta Sociala Europeana)

Art. 366

Dreptul la sănătate și securitate în muncă: În vederea asigurării exercitării efective a dreptului la sănătate și securitate în muncă, părțile se angajează, în consultare cu organizațiile patronilor și lucrătorilor:

1. să definească, să pună în practică și să reexamineze periodic o politică națională coerentă în materie de securitate și sănătate ocupațională și a mediului de muncă. Această politică va avea drept obiect primordial ameliorarea securității și sănătății ocupaționale și prevenirea accidentelor și lezării sănătății care rezultă din muncă, sunt legate de muncă sau survin în cursul muncii, în special prin reducerea la minimum a cauzelor riscurilor inerente mediului de muncă;

2. să emită regulamente de securitate și sănătate;

3. să asigure măsuri de control al aplicării acestor regulamente;

4. să promoveze instituirea progresivă a serviciilor de sănătate ocupațională pentru toți lucrătorii, cu funcțiuni eminamente preventive și de îndrumare.

(Art. 3, Carta Sociala Europeana)

Art. 367

Dreptul la salarizare echitabilă: În vederea asigurării exercitării efective a dreptului la o salarizare echitabilă, părțile se angajează:

1. să recunoască dreptul lucrătorilor la o salarizare suficientă care să le asigure acestora, precum și familiilor acestora, un nivel de trai decent;

2. să recunoască dreptul lucrătorilor la un coeficient majorat de salarizare pentru orele suplimentare, de muncă, cu excepția unor cazuri particulare;

3. să recunoască dreptul tuturor lucrătorilor și lucrătoarelor la salarizare egală pentru muncă de valoare egală;

4. să recunoască dreptul tuturor lucrătorilor la o perioadă de preaviz rezonabilă în cazul încetării angajării;

5. să nu autorizeze reținerile din salarii decât în condițiile și în limitele prescrise de legislația sau reglementarea națională ori fixate prin convenții colective sau sentințele de arbitraj.

Exercitarea acestor drepturi trebuie să fie asigurată fie prin intermediul convențiilor colective încheiate în mod liber, fie prin metode legale de fixare a salariilor, fie prin orice altă modalitate adecvată condițiilor naționale.

(Art. 4, Carta Sociala Europeana)

Art. 368

Dreptul de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă: În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă în întreprindere, părțile se angajează să ia sau să promoveze măsurile care să permită lucrătorilor sau reprezentanțiloracestora, în conformitate cu legislația și practica națională, să contribuie:

a. la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă, de organizare a muncii și a mediului de muncă;

b. la protecția sănătății și a securității în cadrul întreprinderii;

c. la organizarea serviciilor și facilităților sociale și socio-culturale ale întreprinderilor;

d. la controlul respectării reglementărilor în acest domeniu.

(Art. 22, Carta Sociala Europeana)

Art. 369

În vederea exercitării efective a dreptului la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex, părțile se angajează să recunoască acest drept și să ia măsurile adecvate pentru a asigura și a promova aplicarea sa în următoarele domenii:

a) accesul la angajare, protecția împotriva concedierii și reintegrarea profesională;

b) orientarea și formarea profesională, recalificarea și readaptarea profesională;

c) condițiile de angajare și de muncă, inclusiv salarizarea;

d) evoluția carierei, inclusiv promovarea.

(Art. 20, Carta Sociala Europeana)

Art. 370

În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special: … să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită handicapului acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire.

(Art. 15(2), Carta Sociala Europeana)

Art. 371

Asociația Medicală Mondială este în favoarea egalității de șanse în activitățile asociațiilor medicale, educația și formarea medicală, angajarea și toate celelalte eforturi profesionale medicale, indiferent de factorii de discriminare.

Asociația Medicală Mondială se opune în mod clar refuzului privilegiilor și responsabilităților de apartenență în Asociațiile Medicale Naționale oricărui medic înregistrat în mod corespunzător din cauza oricăror factori de discriminare.

Asociația Medicală Mondială solicită profesiei medicale și tuturor membrilor individuali ai Asociațiilor Medicale Naționale să depună toate eforturile pentru a preveni orice caz în care astfel de drepturi, privilegii sau responsabilități egale sunt refuzate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind nediscriminarea a cadrelor medicale si a activitatii medicilor, Adoptata de cea de-a 37-a Adunare Medicala Mondiala, Bruxel, Belgia, Octombrie 1985 si revizuita editorial de cea de-a 170-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Divonne-les-Bains, Franta, Mai 2005 si revizuita de cea de-a 170-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia 2015)

Art. 372

Recunoscând că sistemele de asistență medicală necesită un număr adecvat de profesioniști de sănătate calificați și competenți, Asociația Medicală Mondială solicită tuturor asociațiilor medicale naționale să participe și să fie active în abordarea acestor cerințe și să:

1. Solicita guvernelor lor respective să aloce resurse financiare suficiente pentru educarea, pregătirea, dezvoltarea, recrutarea și reținerea medicilor pentru a răspunde nevoilor medicale ale întregii populații din țările lor.

2. Solicită guvernelor lor respective să se asigure că educația, formarea și dezvoltarea profesioniștilor din domeniul sănătății respectă cele mai înalte standarde posibile, inclusiv:

• Instruirea și dezvoltarea asistenților medicali / clinici acolo unde este aplicabil și adecvat și

• Asigurarea definițiilor clare ale sferei de practică și a condițiilor pentru sprijin și supraveghere adecvate;

3. Invită guvernele să asigure menținerea unor raporturi adecvate între populație și forța de muncă medicală la toate nivelurile, inclusiv mecanisme pentru a aborda accesul redus la îngrijire în zonele rurale și îndepărtate, pe baza normelor și standardelor internaționale acceptate, acolo unde sunt disponibile;

4. Luarea de măsuri pentru atragerea și sprijinirea persoanelor din țările lor pentru a intra în profesia medicală și, de asemenea, solicită guvernelor respective să ia astfel de măsuri;

5. Pledează activ pentru programe care să asigure păstrarea medicilor în țările lor respective și să asigure recunoașterea guvernelor de această nevoie;

6. Solicită guvernelor să îmbunătățească mediul de muncă din domeniul asistenței medicale (inclusiv accesul la facilități, echipamente, modalități de tratament și asistență profesională), remunerația medicului, mediul de viață al medicului și dezvoltarea carierei forței de muncă medicale la toate nivelurile;

7. Sfatuiti pentru dezvoltarea unor memorandumuri transparente de înțelegere între țările în care migrația profesioniștilor instruiți în domeniul sănătății este o problemă de îngrijorare și înscrie, atunci când este posibil, asiciatiile medicale nationale de origine și asociatiile medicale nationale care ii primesc pe medici pentru a ii sprijini pe acestia.

(Rezolutia Asociatie Medicale Mondiale privind forta de munca medicala, adoptata de cea de-a 50-a Adunare Medicala Mondiala, Ottawa, Canada, Octombrie 1998 si amendata de cea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie 2009, Recomandari)

Art. 373

1. Asociațiile medicale naționale, guvernele și angajatorii ar trebui să aibă cea mai mare atenție în utilizarea datelor demografice pentru a face proiecții cu privire la cerințele viitoare pentru medici și în a comunica aceste proiecții tinerilor care au în vedere o carieră medicală.

2. Fiecare țară ar trebui să facă tot posibilul pentru a educa un număr adecvat de medici, ținând cont de nevoile și resursele sale. O țară nu ar trebui să se bazeze pe imigrația din alte țări pentru a-și satisface nevoia de medici.

3. Fiecare țară ar trebui să facă tot posibilul pentru a-și păstra medicii în profesie, precum și în țară, oferindu-le sprijinul de care au nevoie pentru a-și îndeplini obiectivele personale și profesionale, ținând cont de nevoile și resursele țării.

4. Țările care doresc să recruteze medici dintr-o altă țară ar trebui să facă acest lucru numai în termenii și în conformitate cu dispozițiile unui memorandum de înțelegere încheiat între aceste țări.

5. Medicii nu trebuie împiedicați să părăsească domiciliul sau țara de origine pentru a urma oportunități de carieră în altă țară.

6. Țările care recrutează medici din alte țări ar trebui să se asigure că recrutorii furnizează informații complete și exacte pentru potențialii recruți cu privire la natura și cerințele postului care urmează să fie ocupat, la imigrație, la cerințele administrative și contractuale și la condițiile legale și de reglementare pentru practica medicinii în țara de recrutare, inclusiv abilitățile lingvistice.

7. Medicii care lucrează, permanent sau temporar, într-o altă țară decât țara de origine, ar trebui să fie tratați în mod echitabil în raport cu alți medici din țara respectivă (de exemplu, oportunități egale de carieră și posibilități egale de plată pentru aceeași muncă).

8. Nimic nu ar trebui să împiedice țările să încheie acorduri bilaterale și acorduri de înțelegere, așa cum este prevăzut în dreptul internațional și cu cunoștințele cuvenite ale dreptului internațional privind drepturile omului, astfel încât să poată efectua o cooperare semnificativă cu privire la furnizarea serviciilor de sănătate, inclusiv schimbul de medici.

9. Codul de practică global al OMS privind recrutarea internațională a personalului de sănătate (mai 2010) a fost instituit pentru a promova principiile și practicile voluntare pentru recrutarea etică internațională a profesioniștilor din domeniul sănătății și pentru a facilita consolidarea sistemelor de sănătate. Codul ține cont de drepturile, obligațiile și așteptările țărilor sursă și ale cadrelor medicale migrante. Asociatia Medicala Mondiala a fost implicat în elaborarea Codului și susține punerea în aplicare a acestuia.

10. Codul OMS prevede că recrutarea internațională ar trebui să fie „efectuată în conformitate cu principiile transparenței, corectitudinii și promovării durabilității sistemelor de sănătate din țările în curs de dezvoltare”.

11. Sistemul de monitorizare și de schimb de informații instituit de OMS ar trebui să fie sprijinit în mod solid cu obiectivul cooperării internaționale. Părțile interesate ar trebui să colecteze și să comunice în mod regulat date, care ar trebui monitorizate și analizate de OMS. OMS ar trebui să ofere feedback critic substanțial guvernelor. Informațiile ar trebui împărtășite cu privire la modul de depășire a provocărilor întâmpinate.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind ghidurile etice pentru migratia internationala a muncitorilor din sistemul sanitar, adoptat de cea de-a 54-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Helsinki, Finlanda, Septembrie 2003 si revizuita de cea de-a 65-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Durban, Africa de Sud, Octombrie 2014, Recomandari)

Art. 374

Asociația Medicală Mondială recomandă Asociațiilor Medicale Naționale (ANM) să recunoască și dacă este posibil,să abordeze în mod activ următoarele:

1. În parteneriat cu școlile medicale și locurile de muncă, ANM-urile își recunosc obligația de a oferi educație la toate nivelurile cu privire la bunăstarea medicului. ANM-urile ar trebui să promoveze în colaborare cercetarea pentru a stabili cele mai bune practici care promovează sănătatea medicului și pentru a determina impactul bunăstării medicului asupra îngrijirii pacientului.

2. Starea de bine a medicului trebuie să fie susținută și asigurată în interiorul și în afara locului de muncă. Sprijinul poate include, dar nu se limitează la trimiterea la tratament medical, consiliere, rețele de asistență, programe de sănătate recunoscute pentru medic, programe de reabilitare profesională și prevenire primară, inclusiv formare de rezistență, stiluri de viață sănătoase și gestionarea cazurilor.

3. ANM ar trebui să recunoască legătura puternică și consistentă dintre practicile de sănătate ale medicilor și ale pacienților, oferind încă un motiv important pentru sistemele de sănătate pentru promovarea sănătății medicului.

4. Programele de sănătate ale medicului pot ajuta toți medicii să se ajute proactiv prin intermediul strategiilor de prevenire și pot ajuta medicii bolnavi prin evaluare, trimitere la tratament și monitorizare. Toți medicii trebuie să pună la dispoziție programe și resurse care să contribuie la

promovarea sănătății psihologice pozitive. Identificarea timpurie, intervenția și aranjamentele speciale pentru îngrijirea pacienților medic ar trebui să fie disponibile pentru a proteja sănătatea medicilor. Sprijinirea unei culturi de susținere și acceptare este esențială pentru trimiterea și intervenția timpurie de succes.

5. Medicii cu risc de abuz de alcool sau droguri ar trebui să aibă acces la un tratament medical confidențial adecvat și la asistență profesională completă. ANM-urile ar trebui să promoveze programe care îi ajută pe medici să reintre în practica medicală cu o supraveghere adecvată permanentă la finalizarea programelor de tratament. Ar trebui efectuate mai multe cercetări pentru a determina cele mai bune practici de prevenire a consumului de substanțe în rândul medicilor și medicilor din învățământul postuniversitar.

6. Medicii au dreptul la condiții de muncă care ajută la limitarea riscului de leziuni și care îi permit să își îngrijească sănătatea personală, echilibrându-și angajamentele medicale profesionale și viața și responsabilitățile private. Condițiile optime de muncă includ un număr maxim sigur și rezonabil de ore de lucru consecutive și totale, o odihnă adecvată între schimburi și numărul corespunzător de zile nelucrătoare.

Organizațiile relevante ar trebui să abordeze în mod constructiv autonomia profesională și problemele de echilibru între viața profesională și să implice medicii în luarea deciziilor cu privire la viața lor profesională. Condițiile de muncă nu trebuie să pună în pericol siguranța pacienților sau a medicilor și, în final, medicii ar trebui să se angajeze în stabilirea condițiilor optime la locul de muncă.

7. Locurile de muncă ar trebui să promoveze condiții care să conducă la stiluri de viață sănătoase, inclusiv accesul la alegeri alimentare sănătoase, exerciții fizice, consiliere nutrițională și sprijin pentru renunțarea la fumat.

8. Medicii, medicii din învățământul postuniversitar și studenții medicinisti au dreptul să lucreze într-un loc de muncă fără violență si hartuire. Aceasta include libertatea împotriva abuzurilor verbale, sexuale și fizice.

9. Medicii, medicii din învățământul postuniversitar și studenții medicinisti au dreptul la un loc de muncă în colaborare sigur. Locurile de muncă ar trebui să promoveze munca în echipă interdisciplinară, iar comunicarea dintre medici și toți ceilalți profesioniști de la locul de muncă ar trebui să fie oferită în spirit de cooperare și respect. Trebuie luate în considerare educația privind abilitățile de comunicare, conștientizarea de sine și munca în echipă.

10. Personalul medical ar trebui să fie instruit în recunoașterea, manipularea și comunicarea cu persoane potențial violente. Instituțiile de asistență medicală ar trebui să protejeze împotriva violenței, inclusiv audituri de risc de violență de rutină, în special în unitățile de tratament de sănătate mintală și în serviciile de urgență. Membrii personalului care sunt victime ale violenței sau care raportează violența ar trebui să fie susținuți de conducere și să li se ofere consiliere medicală, psihologică și juridică.

11. Școlile medicale și spitalele didactice ar trebui să dezvolte și să mențină servicii confidențiale pentru medicii din învățământul postuniversitar și studenții medicinisti și să sensibilizeze și să aibă acces la astfel de programe. Locurile de muncă ar trebui să ia în considerare oferirea de consultații medicale medicilor din învățământul postuniversitar pentru a identifica orice probleme de sănătate de la începutul educației medicale.

12. Sprijinul la locul de muncă pentru toți medicii trebuie să fie ușor accesibil și confidențial. Medicii care își evaluează și își tratează colegii medicali nu trebuie să fie obligați să raporteze aspecte ale îngrijirii pacienților lor, în orice mod care nu este necesar pentru pacienții care nu sunt medic.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind bunastarea medicilor, adoptat de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015)

1.2.7 Publicitatea activitatii medicale

Art. 375

Asociatia Medicala Mondiala recomandă următoarele cu privire la aparițiile medicilor in mass media, pentru a preveni implicarea lor în activități comerciale care pot compromite etica profesională și să contribuie la siguranța pacientului, asigurând medicilor furnizarea de informații precise, în timp util și obiective.

Livrarea precisă și obiectivă a informațiilor medicale dovedite științific

Atunci când apar în mass-media, medicii trebuie să furnizeze informații obiective și bazate pe dovezi și nu recomandă proceduri sau produse medicale care nu sunt dovedite sau justificate medical.

Medicul nu trebuie să folosească expresii care să promoveze așteptările nerealiste ale pacientului sau să inducă în eroare spectatorii cu privire la funcția și efectul procedurilor medicale, medicamentelor sau altor produse.

Medicii trebuie să includă informații importante, inclusiv posibile efecte adverse și riscuri atunci când explică procedurile medicale, medicamentele sau alte produse.

Să nu abuzezi mass-media ca mijloc de publicitate

Medicii nu ar trebui să recomande anumite produse, fie prin introducerea specifică sau evidențierea intenționată a numelui sau a mărcii comerciale a unui produs.

Medicii trebuie să practice prudența cu privire la aparițiile personale la programele de cumpărături la domiciliu. Medicul nu ar trebui să aibă o miză financiară în produsele vândute.

Medicii nu trebuie să facă parte din reclama în mass-media pentru niciun produs care dăunează omului și / sau mediului.

Menținerea integrității profesionale

Medicii nu trebuie să solicite sau să beneficieze de avantaje economice pentru aparițiile în mass-media, altele decât o taxă obișnuită de apariție.

Medicii nu vor oferi beneficii economice personalului de radiodifuziune pentru a asigura aparițiile mass-media.

Medicii nu se angajează în promovarea, vânzarea sau publicitatea produselor comerciale și nu trebuie să prezinte declarații false sau exagerate cu privire la calificările lor, cum ar fi mediul academic, experiența profesională, specialitatea medicală și licența în calitate de specialist, în beneficiul intereselor economice ale oricărui entitate comercială.

(Ghiduri ale Asociatiei Medicale Mondiale privind aparitiile promotionale in mass media ale medicilor, adoptat de cea de-a 66-a Adunare Generala a Asoiciatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015, Recomandari)

Art. 376

Asociatia Medicala Mondiala solicită Asociatiilor Medicale Nationale lor să stabilească linii directoare pentru medicii lor care abordează următoarele probleme:

1. Să mențină granițele adecvate ale relației pacient-medic, în conformitate cu ghidurile etice profesionale, așa cum ar face în orice alt context.

2. Să studieze cu atenție și să înțeleagă prevederile de confidențialitate ale site-urilor de rețele sociale, ținând cont de limitele acestora.

3. Pentru ca medicii să își monitorizeze în mod curent prezența pe Internet pentru a se asigura că informațiile personale și profesionale de pe propriile site-uri și, în măsura posibilului, conținutul postat despre ei de către alții este exact și adecvat.

4. Să ia în considerare audiența prevăzută și să evalueze dacă este posibil din punct de vedere tehnic să restricționați accesul la conținut la persoane sau grupuri predefinite.

5. Să adopte o abordare conservatoare atunci când dezvăluie informații personale, deoarece pacienții pot accesa profilul.

Limitele profesionale care ar trebui să existe între medic și pacient pot fi astfel estompate. Medicii ar trebui să recunoască potențialele riscuri asociate social media și să le accepte și să selecteze cu atenție destinatarii și setările de confidențialitate.

6. Pentru a furniza informații concrete și concise, declarați orice conflict de interese și adoptați un ton sobru atunci când discutați probleme profesionale.

7. Pentru a se asigura că niciun fel de informații despre pacient nu pot fi înregistrate în mediile de socializare de către medicul lor.

Încălcarea confidențialității compromite încrederea publicului în profesia medicală, afectând capacitatea de a trata pacienții în mod eficient.

8. Să atragă atenția studenților medicinisti și a medicilor asupra faptului că postarea online poate contribui și la percepția publică a profesiei.

9. Să ia în considerare includerea programelor educaționale cu studii de caz relevante și orientări adecvate în programele medicale și în educația medicală continuă.

10. Să-i spuna preocupările unui coleg atunci când observă comportamentul său clar inadecvat. Dacă comportamentul încalcă semnificativ normele profesionale și individul nu ia măsurile adecvate pentru a rezolva situația, medicii trebuie să raporteze conduita autorităților competente.

(Statutul Asociatiei Medicale mondiale privind flosirea profesionalismului si a eticii in social media, adopta de cea de-a 62-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Montevideo, Uruguay, Octombrie 2011, Recomandari)

Art. 377

(1) Publicitatea formelor de exercitare a profesiei este destinată să asigure publicului informaţii cu privire la activitatea desfăşurată de acestea.

(2) Publicitatea trebuie să fie veridică, neînşelătoare, să respecte secretul profesional şi să fie realizată cu demnitate şi prudenţă.

(3) Indiferent de mijlocul de publicitate utilizat, toate menţiunile laudative sau comparative şi toate indicaţiile referitoare la identitatea pacienţilor sunt interzise.

(4) Mijloacele de publicitate a formelor de exercitare a profesiei nu pot fi folosite ca reclamă în scopul dobândirii de clientelă.

(Art. 50, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 378

(1) Formele de exercitare a profesiei de medic pot utiliza unul sau mai multe mijloace de publicitate, respectiv:

a) plasarea unei firme;

b) anunţuri de publicitate, potrivit prezentului cod de deontologie medicală;

c) anunţuri şi menţiuni în anuare, cărţi de telefon şi baze de date cu profesioniştii din sectorul sanitar;

d) invitaţii, broşuri şi anunţuri de participare la conferinţe, colocvii etc., profesionale şi de specialitate;

e) corespondenţă profesională şi cărţi de vizită profesionale;

f) adresă de internet.

(2) Nu este permisă utilizarea următoarelor mijloace de publicitate:

a) oferirea serviciilor prin prezentare proprie sau prin intermediar la domiciliul ori reşedinţa unei persoane sau într-un loc public;

b) propunerea personalizată de prestări de servicii efectuată de o formă de exercitare a profesiei, fără ca aceasta să fi fost în prealabil solicitată în acest sens, indiferent dacă aceasta este făcută sau nu în scopul racolării de pacienţi;

c) acordarea de consultaţii medicale realizate pe orice suport material, precum şi prin orice alt mijloc de comunicare în masă, inclusiv prin emisiuni radiofonice sau televizate, cu excepţia acelora avizate de Colegiul Medicilor din România sau de alte organisme acreditate de acesta în acest scop.

(3) În cadrul aparţiilor în mediile de informare, medicul va putea prezenta procedee de diagnostic şi tratament, tehnici medicale specifice ori alte procedee şi mijloace de investigare, dar nu va putea folosi acest prilej pentru a-şi face reclamă pentru sine sau pentru orice altă firmă implicată în producţia de medicamente, suplimente alimentare ori dispozitive medicale.

(Art. 51, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 379

(1) Formele de exercitare a profesiei pot publica anunţuri în mica sau în marea publicitate.

(2) Anunţurile publicate în anuarele profesionale privesc activitatea formelor de exercitare a profesiei, numele şi principalele specialităţi şi competenţe în care medicii îşi desfăşoară activitatea, precum şi programul de activitate.

(Art. 53, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 380

(1) Corespondenţa formei de exercitare a profesiei poate cuprinde:

a) numărul de telefon, fax, adresa de internet şi adresa electronică (e-mail);

b) indicarea sediului principal şi, după caz, a sediului secundar şi/sau a altui loc de muncă;

c) specialităţile şi competenţele medicale;

d) titlurile academice, ştiinţifice sau profesionale;

e) sigla formei respective de exercitare a profesiei.

(2) Cărţile de vizită profesionale ale medicului care îşi desfăşoară activitatea în cadrul formei respective de exercitare a profesiei pot cuprinde menţiunile permise corespondenţei, precum şi calitatea medicului în forma de exercitare a profesiei.

(Art. 54, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 381

(1) Medicii, precum şi formele de exercitare a profesiei pot avea un website care poate cuprinde menţiuni referitoare la activitatea desfăşurată, precum şi pe cele permise corespondenţei ori publicităţii.

(2) Conţinutul şi modul de prezentare a adresei de internet trebuie să respecte demnitatea şi onoarea profesiei, precum şi secretul profesional.

(3) Pagina web nu poate cuprinde nicio intercalare cu caracter de reclamă sau menţiune publicitară pentru un produs sau serviciu diferit de activităţile pe care are dreptul să le furnizeze medicul sau respectiva formă de exercitare a profesiei.

(4) Pagina web nu poate conţine legături către alte adrese al căror conţinut ar fi contrar principiilor esenţiale ale profesiei de medic.

(5) Pentru realizarea cerinţelor menţionate la alin. (4), medicul sau forma de exercitare a profesiei deţinătoare a paginii web trebuie să asigure în mod regulat vizitarea şi evaluarea paginilor proprii şi a paginilor la care este permis accesul pe baza legăturilor realizate prin intermediul adresei proprii şi trebuie să dispună fără întârziere eliminarea lor în cazul în care conţinutul şi forma acestora sunt contrare principiilor esenţiale privind exercitarea profesiei de medic.

(Art. 55, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

1.2.8 Activitati conexe actului medical

Art. 382

Medicul va elibera persoanelor îndreptăţite numai documentele permise de lege şi care atestă realitatea medicală aşa cum rezultă aceasta din datele şi informaţiile pe care medicul le deţine în mod legal ori aşa cum a rezultat ea în urma exercitării profesiei cu privire la persoana respectivă.

(Art. 35, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 383

(1) Documentele medicale referitoare la starea de sănătate a pacientului, întocmite de medic în urma exercitării personale a profesiei, vor fi în limita specialităţii şi competenţelor profesionale ale medicului respectiv.

(2) Orice activitate medicală se va consemna în documente adecvate înregistrării activităţii respective şi se va finaliza printr-un înscris medical.

(Art. 36, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 384

(1) Medicul are obligaţia profesională şi legală să se îngrijească de respectarea regulilor de igienă şi de profilaxie. În acest scop, ori de câte ori are ocazia şi este cazul, el va semnala persoanelor respective responsabilitatea ce le revine acestora faţă de ele însele, dar şi faţă de comunitate şi colectivitate.

(2) Medicul are obligaţia morală de a aduce la cunoştinţă organelor competente orice situaţie de care află şi care reprezintă un pericol pentru sănătatea publică.

(Art. 37, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 385

(1) Medicul care ia cunoştinţă despre fapte care, în opinia lui, ar putea constitui erori profesionale va informa prin scrisoare medicală medicul autor al faptei.

(2) Dacă eroarea nu este corectată ori apreciază că nu s-au întreprins toate măsurile adecvate situaţiei, medicul va sesiza în mod cât mai detaliat organismele corpului profesional şi, cu excepţia situaţiilor prevăzute de lege, nu va face publice datele.

(Art. 38, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 386

În orice situaţie litigioasă ori divergenţă profesională, înaintea oricărui demers public este obligatorie procedura de conciliere din cadrul corpului profesional.

(Art. 39, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 387

În toate situaţiile şi împrejurările legate de exercitarea obligaţiilor profesionale, medicii îşi vor acorda sprijin reciproc şi vor acţiona cu loialitate unul faţă de celălalt. Obligaţia de sprijin şi loialitate subzistă şi faţă de corpul profesional şi organismele sale.

(Art. 40, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 388

(1) În cazul medicilor cu practică independentă, plata prestaţiei medicale poate să fie directă sau indirectă. În cazul plăţii directe este obligatorie afişarea la sediu a tarifelor aplicate. Tarifele vor fi stabilite de fiecare medic, cu excepţia serviciilor medicale furnizate în baza unui contract.

(2) Medicul cu practică independentă poate refuza să îşi ofere serviciile în cazul neachitării taxelor aferente de către solicitant, cu excepţia cazurilor care necesită servicii de urgenţă sau se află în pericol iminent.

(3) Este interzisă practicarea concurenţei neloiale în exercitarea activităţii medicale sau în legătură cu aceasta.

(4) Prin concurenţă neloială se înţelege orice acţiune, atitudine sau altă formă de manifestare a medicului, personalului angajat, colaboratorilor ori interpuşilor acestora, făcută cu scopul de a menţine sau atrage clientela ori de a creşte veniturile obţinute din activitatea medicală, în detrimentul altor concurenţi, cum ar fi:

a) deturnarea sau încercarea de deturnare a clientelei prin discreditarea profesională a unui confrate;

b) perceperea unor onorarii subevaluate în raport cu preţul pieţii sau calitatea prestaţiei, atât din punctul de vedere al prestigiului profesiei, cât şi din punctul de vedere al onestităţii faţă de pacient, cu scopul de a atrage clientelă ori de a creşte veniturile obţinute din activitatea medicală, în detrimentul altor concurenţi, cu riscul de a oferi servicii la niveluri calitative inferioare, precum şi acordarea unor reduceri/scutiri/eşalonări de onorarii;

c) atragerea/fidelizarea clientelei cu avantaje materiale, oferite sub orice formă;

d) racolarea personalului instruit şi format la o unitate medicală concurentă;

e) determinarea reprezentanţilor oricăror autorităţi/instituţii de a sfătui toţi solicitanţii să se adreseze unei anumite unităţi medicale;

f) neemiterea sau emiterea neregulată a chitanţelor/bonurilor fiscale/facturilor pentru serviciile taxate;

g) participarea sau colaborarea la evenimente (audio, video, pe suport informatic etc.) cu scopul de a-şi face publicitate în vederea atragerii de clientelă, în alte condiţii decât cele prevăzute de lege şi de prezentul cod;

h) însărcinarea unui profesionist, chiar şi cu titlu gratuit, de a procura clienţi ori a face reclamă;

i) oferirea de avantaje materiale oricărei persoane pentru atragerea clientelei;

j) orice alte acte sau fapte în accepţiunea prezentului alineat, care vor fi calificate ca atare de către comisia de disciplină, din oficiu sau ca răspuns la sesizări.

(5) Este admis serviciul gratuit în scopuri filantropice şi nu pentru a menţine sau atrage clientelă ori pentru a creşte veniturile obţinute din activitatea medicală, în detrimentul altor concurenţi, în cazuri justificate cum ar fi:

a) prestaţii efectuate rudelor până la gradul al III-lea inclusiv sau unui alt medic;

b) servicii medicale acordate persoanelor paupere, care nu îşi pot permite costul lor;

c) alte situaţii cu caracter excepţional reglementate legal.

(Art. 41, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

1.2.9 Aparatura medicala

Art. 389

Preambul

1. În fiecare an se cheltuiesc miliarde de dolari pe consumabile medicale la nivel global. Putine considerente sunt oferite conditiilor în care sunt făcute și impactul asupra persoanelor care le fac.

2. Abuzurile standardelor de muncă, dovezile sclaviei moderne și condițiile de muncă neetice au fost descoperite la fabricarea multor produse medicale destinate sistemelor de sănătate din întreaga lume. Dovada arată că multe consumabile utilizate în sectorul asistenței medicale sunt produse în condiții de muncă nesănătoase, nesigure și nedrepte. Au fost raportate abuzuri la scară largă în numeroase locații de fabricație - de la uniforme, la mănuși din latex, la instrumente chirurgicale de unică folosință - convențiile internaționale ale muncii sunt ignorate în mod constant, iar utilizarea muncii copiilor este larg răspândită.

3. Comunitatea globală medicala nu ar trebui să condamne practicile de comert neetic care sunt in detrimentul sanatatii globalesi sa incurajezesclavia modernă. Organizațiile medicale și profesioniștii din întreaga lume trebuie să insiste asupra faptului că bunurile pe care le folosesc nu sunt produse în detrimentul sănătății lucrătorilor din comunitatea globală.

4. Este important să menținem comerțul cu țările în curs de dezvoltare pentru a asigura locuri de muncă și mijloace de trai și angajamentul pentru obiectivele ONU de dezvoltare durabilă. Aceste obiective oferă o oportunitate generală pentru acțiuni susținute de către profesioniștii din domeniul sănătății pentru protejarea sănătății umane la nivel global.

5. După cum este consacrat în principiile generale ale ONU privind afacerile și drepturile omului (iunie 2011) - aplicabile tuturor statelor-, întreprinderile au responsabilitatea de a minimaliza încălcările drepturilor omului în lanțurile lor de aprovizionare și achiziții, indiferent dacă

întreprinderea a contribuit direct la încălcare și obligația de a aborda în mod adecvat orice abuzuri care apar.

6. Introducerea comerțului echitabil și etic cu achiziționarea serviciilor de sănătate ar trebui să fie utilizată pentru a asigura îmbunătățirea lanțurilor de aprovizionare a sistemului de sănătate. Abordările moderne de privire a abuzurilor privind drepturile de muncă se concentrează pe modele de „achiziții etice".

7. Achizițiile etice se referă la etapele pe care organizațiile de cumpărare, cum ar fi spitalele, le iau pentru a îmbunătăți plata și condițiile persoanelor implicate în furnizarea de bunuri și servicii. Solicită cumpărătorilor să evalueze în mod sistematic riscul de abuzuri ale drepturilor muncii în mărfurile pe care le procură și să facă eforturi pentru îmbunătățire acolo unde este necesar. Aceasta include colaborarea cu companii de-a lungul lanțului de aprovizionare pentru a ajuta lucrătorii să exercite drepturi fundamentale, cum ar fi dreptul la condiții de muncă sigure și decente. Acest model își propune să îmbunătățească comerțul internațional pentru persoanele sărace și altfel defavorizate.

Recomandari

8. Recunoscând acest lucru, Asociația Medicală Mondială și membrii asociației medicale naționale, în numele membrilor lor medici, susțin și se angajează pentru următoarele acțiuni:

- Apelați organismele de achiziție, să dezvolte o politică de cumpărare corectă și etică pentru bunuri medicale, pentru a promova condiții de muncă bune și pentru a eradica sclavia modernă în lanțurile de aprovizionare a produselor achiziționate în sectorul sănătății.
- Promovarea mai multor surse de producție de produse de sănătate în întreaga lume.

Asociații medicale naționale

9. Asociațiile medicale naționale ar trebui să pledeze pentru protejarea drepturilor muncii / omului în toate lanțurile de aprovizionare la nivel mondial de produse utilizate în sistemele lor de asistență medicală.

10. Asociațiile medicale naționale ar trebui să colaboreze cu membrii lor pentru a promova comerțul corect și etic în sectorul sănătății.

11. Asociațiile medicale naționale ar trebui să sprijine acțiunile și inițiativele comunitare pentru promovarea condițiilor de muncă etice în întregul sector al sănătății.

12. Asociațiile medicale naționale ar trebui să utilizeze sprijinul guvernamental pentru a formula orientări și / sau politici naționale privind comerțul echitabil și etic în domeniul achizițiilor medicale.

Medicii

13. Medicii ar trebui să joace un rol de lider în integrarea considerațiilor privind standardele de muncă în deciziile de cumpărare din cadrul organizațiilor medicale.

14. Medicii ar trebui să sensibilizeze problemele și să promoveze dezvoltarea de produse medicale corecte și etic produse, între colegi și cei care lucrează cu sisteme de sănătate.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind comertul cinstit al produselor si dispozitivelor medicale, adoptata de cea de-a 68-a Adunare Generala, Chicago, Statele Unite, Octombrie 2017)

Art. 390

Conferințe medicale

Medicii pot participa la conferințe medicale sponsorizate integral sau parțial de o entitate comercială, dacă acestea sunt conforme cu următoarele principii:

1. Scopul principal al conferinței este schimbul de informații profesionale sau științifice.

2. Ospitalitatea din timpul conferinței este secundară schimbului profesional de informații și nu depășește ceea ce este uzual la nivel local și este în general acceptabil

3. Medicii nu primesc plata directă de la o entitate comercială pentru a acoperi cheltuielile de călătorie, camera și pensiunea la conferință sau compensațiile pentru timpul lor, cu excepția cazului în care sunt prevăzute de lege și / sau de politica Asociației Medicale Naționale.

4. Medicii nu pot accepta ospitalitatea nejustificată și nu pot primi plata de la o entitate comercială pentru a acoperi camera și pensiunea pentru însoțitori.

5. Denumirea unei entități comerciale care oferă sprijin financiar este dezvăluită public pentru a permite comunității medicale și publicului să evalueze informațiile prezentate în lumina sursei de finanțare. În plus, organizatorii de conferințe și lectorii dezvăluie participanților la conferințe orice afiliere financiară pe care o pot avea cu producătorii de produse menționate la eveniment sau cu producătorii de produse concurente.

6. Prezentarea materialului de către un medic este corectă științific, oferă o revizuire echilibrată a posibilelor opțiuni de tratament și nu este influențată de organizația care sponsorizează.

7. O conferință poate fi recunoscută în scopul continuării educației medicale / dezvoltării profesionale continue (CME / CPD) numai dacă respectă următoarele principii:

7.1 Entitățile comerciale care acționează ca sponsori, cum ar fi companiile farmaceutice, nu au nicio influență asupra conținutului, prezentării, alegerii profesionistilor sau publicării rezultatelor.

7.2 Finanțarea conferinței este acceptată doar ca o contribuție la costurile generale ale ședinței.

Cadouri

Medicii nu pot primi un cadou de la o entitate comercială decât dacă acest lucru este permis de lege și / sau de politica Asociației Medicale Naționale și se conformează următoarelor condiții:

1. Medicii nu pot primi plăți în numerar sau echivalente de numerar de la o entitate comercială.

2. Medicii nu pot primi cadouri în folosul lor personal.

3. Cadourile concepute pentru a influența practica clinică sunt întotdeauna inacceptabile. Se pot accepta ajutoare promoționale, cu condiția ca cadoul să aibă o valoare minimă și să nu fie conectat la o prevedere pe care medicul le prescrie o anumită medicatie, să utilizeze anumite instrumente sau materiale sau să se refere la pacienți la o anumită unitate.

4. Cadourile de amabilitate culturală pot fi primite în mod rar conform standardelor locale, dacă cadoul este ieftin și nu are legătură cu practica medicamentului.

Cercetare

Un medic poate efectua cercetări finanțate de o entitate comercială, individual sau într-un cadru instituțional, dacă respectă următoarele principii:

1. Medicul este supus numai legii, principiilor și orientărilor etice ale Declarației de la Helsinki și judecății clinice în efectuarea cercetărilor și nu se lasă supus unei presiuni externe în ceea ce privește rezultatele cercetărilor sale sau publicarea lor.

2. Dacă este posibil, un medic sau o instituție care dorește să întreprindă cercetări abordează mai mult de o companie pentru a solicita finanțare pentru cercetare.

3. Informațiile identificabile despre pacienții cercetători sau participanții voluntari nu sunt transmise companiei sponsorizate fără acordul persoanelor în cauză.

4. Compensarea medicului pentru cercetare se bazează pe timpul și efortul său, iar această compensație nu este în niciun fel legată de rezultatele cercetării.

5. Rezultatele cercetării sunt făcute publice cu numele entității sponsor dezvăluite, împreună cu o declarație care dezvăluie cine a solicitat cercetarea. Acest lucru se aplică dacă sponsorizarea este directă sau indirectă, completă sau parțială.

6. Entitățile comerciale nu suprimă publicarea rezultatelor cercetării. Dacă rezultatele cercetării nu sunt făcute publice, mai ales dacă sunt negative, cercetarea poate fi repetată inutil și, astfel, expune viitorii participanți la potențialul prejudiciu.

Afiliații cu entități comerciale

Un medic nu poate intra într-o afiliere cu o entitate comercială, cum ar fi consultarea sau apartenența la un consiliu consultativ, decât dacă afilierea respectă următoarele principii:

1. Afilierea nu compromite integritatea medicului.

2. Afilierea nu intră în conflict cu obligațiile medicului față de pacienții săi.

3. Afilierile și / sau alte relații cu entitățile comerciale sunt dezvăluite pe deplin în toate situațiile relevante, cum ar fi prelegeri, articole și rapoarte.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale cu privire la relatiile dintre medici si firmele comerciale, adoptat de cea de-a 55-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Tokyo, Japonia, Octombrie 2004 si amendat de cea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie 2009)

1.2.10 Imbunatatirea calitatii in sanatate

Art. 391

Preambul

Scopul asistenței medicale este prevenirea, diagnosticarea și tratarea bolilor și menținerea și promovarea sănătății populației. Scopul revizuirii calității în asistența medicală este îmbunătățirea continuă a calității serviciilor furnizate pacienților și populației, precum și a modalităților și mijloacelor de producere a acestor servicii. Scopul final este îmbunătățirea atât a rezultatelor individuale ale pacienților, cât și a sănătății populației.

Obligația de a îmbunătăți continuu capacitatea profesională a unuia și de a evalua riguros metodele pe care le folosește a fost mult timp un element fundamental al codurilor etice ale medicilor. Conform acestor coduri, medicul trebuie să se străduiască întotdeauna să-și mențină și să-și crească cunoștințele și abilitățile. Medicul va recomanda doar examinări și tratamente despre care se crede că sunt eficiente și adecvate în conformitate cu cele mai bune medicamente disponibile pe bază de dovezi.

Medicii și instituțiile de îngrijire a sănătății au obligația etică și profesională de a depune eforturi pentru îmbunătățirea continuă a calității serviciilor și a siguranței pacienților, așa cum este specificat în special în Codul internațional al eticii medicale al Asociatiei Medicale Mondiale, Declarația de la Lisabona privind drepturile pacientului și Rezoluția privind standardizarea practicilor medicale și siguranța pacientului. Aceste orientări sunt destinate să articuleze motivele etice ale acestor obligații și să consolideze practicile de revizuire a calității.

Ghiduri etice pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale pentru toți medicii, precum și pentru instituțiile care oferă servicii de îngrijire a sănătății pentru pacienți, cei care oferă servicii de îmbunătățire continuă a calității pentru a ajuta medicii și organizațiile, agenții de plată și autoritățile de reglementare, pacienții și orice alte părți interesate din sistemul de sanatate.

Obligația de a stabili standarde pentru o muncă de bună calitate

Profesioniștii, prin definiție, sunt responsabili de specificarea standardelor care constituie o calitate bună în activitatea lor și a proceselor necesare evaluării calității respective. Prin urmare, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să definească asistența medicală de înaltă calitate și să determine cele mai bune metode de măsurare a calității asistenței medicale.

Obligația de a colecta date

Pentru a evalua calitatea asistenței medicale, este necesară obținerea de date fiabile despre pacienții și populațiile deservite, precum și despre procesele și rezultatele de îngrijire. Înregistrările pacienților, înregistrate pe hârtie, în mod digital sau în orice alt mod, trebuie create scris și păstrate cu atenție și, cu atenție la cerințele de confidențialitate, în conformitate cu Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Taipei. Procedurile, deciziile și alte aspecte legate de pacienți trebuie înregistrate într-un format care să permită informațiilor pentru măsurarea standardelor specifice să fie disponibile în timp util, atunci când este necesar.

Rolul educației profesionale

Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să aibă oportunități adecvate de a-și menține și dezvolta cunoștințele și abilitățile participând la educația medicală continuă și / sau la dezvoltarea profesională continuă. Îndrumările clinice bazate pe standarde profesionale pentru îngrijirea de înaltă calitate ar trebui create și puse la dispoziție cu ușurință celor care le necesită. Pregătirea în domeniul sănătății ar trebui să includă instrucțiuni specifice privind tehnicile de îmbunătățire a calității, inclusiv oportunități de practică pentru măsurarea și îmbunătățirea calității. Instituțiile de asistență medicală ar trebui să creeze sisteme de îmbunătățire a calității pentru propria utilizare și să se asigure că sunt respectate instrucțiunile referitoare la astfel de sisteme.

O muncă de bună calitate necesită resurse. Ar trebui depuse toate eforturile pentru a vă asigura că sunt disponibile timp și mijloace economice adecvate pentru o muncă de calitate.

Atenție la utilizarea necorespunzătoare a serviciilor

Utilizarea necorespunzătoare a serviciilor de îngrijire a sănătății include utilizarea excesivă, subutilizarea și abuzul. Măsurarea calității în asistența medicală ar trebui să includă un set echilibrat de măsuri în toate cele trei domenii.

Utilizarea excesivă a serviciilor apare atunci când serviciile de îngrijire medicală sunt furnizate în circumstanțe în care potențialul de daune depășește beneficiul posibil. Medicii pot îmbunătăți calitatea prin reducerea consumului excesiv, reducând astfel pacienții riscul inutil care rezultă din serviciile de sănătate necorespunzătoare.

Subfolosirea serviciilor este nerealizarea serviciilor de îngrijire a sănătății care ar putea produce un rezultat favorabil pentru pacient. Medicii ar trebui să se străduiască să extindă utilizarea serviciilor de asistență medicală binefăcătoare care sunt subutilizate.

Utilizarea necorespunzătoare a serviciilor are loc atunci când se pune un diagnostic incorect sau când un serviciu adecvat a fost selectat pentru un diagnostic corect, dar pacientul nu primește beneficiul potențial complet al serviciului din cauza unui eveniment advers care poate fi evitat.

Utilizarea greșită a serviciilor poate fi redusă considerabil prin utilizarea strategiilor de gestionare a riscurilor și prevenirea erorilor.

Calitatea monitorizării: audituri clinice

Participarea activă la autoevaluarea critică, de obicei prin programe de audit clinic, este un mecanism util pentru profesioniștii din domeniul sănătății, incluzând administratorii și medicii din domeniul sănătății și instituțiile în care lucrează, pentru a îmbunătăți calitatea muncii lor. Examinarea independentă și acreditarea externă a instituției pot fi de asemenea de folos, atunci când sunt efectuate în mod corespunzător și cu atenția cuvenită efectelor neintenționate potențiale.

Profesioniștii și instituțiile medicale ar trebui să înregistreze și să reflecte sistematic asupra incidentelor adverse și a erorilor medicale în scopul învățării și îmbunătățirii calității. Acest lucru ar trebui să apară într-un mediu de încredere (și confidențialitate atunci când este cazul) și pentru a evita activ o cultură a vinovăției.

Evaluarea internă și externă a calității

La nivel individual, un medic ar trebui să-și actualizeze în permanență cunoștințele și abilitățile și să-și supună nivelul de capacitate de autoevaluare critică.

În organizații, calitatea asistenței medicale poate fi evaluată atât prin metode interne, cât și externe.

Instituțiile de asistență medicală ar trebui să creeze sisteme interne de îmbunătățire a calității pentru propria utilizare și să se asigure că sunt respectate instrucțiunile referitoare la astfel de sisteme. Aceste sisteme ar trebui să includă efectuarea continuă a analizei interioare interne de la egalitate și a învățării de la incidente adverse, examinarea și metodele de tratament și rezultatele însoțitorilor lor, urmărirea capacității organizației de a reacționa la date de calitate și monitorizarea feedback-ului pacienților.

Inițiativele externe de revizuire a calității, cum ar fi revizuirea exterioară de la egal la egal și auditul, ar trebui realizate în mod regulat și cu o frecvență corespunzătoare evoluției domeniului sau când există motive speciale pentru evaluarea externă. Orice revizuire trebuie să țină seama de ajustarea la risc a populației de pacienți în cauză.

Indiferent dacă este intern sau extern, dacă rezultatele oricărei evaluări a calității reprezintă oportunități semnificative pentru beneficii sau amenințări de daune pentru organizație sau persoană fizică care este evaluată, trebuie acordată o atenție specială potențialelor consecințe neintenționate și periculoase ale acestor evaluări de calitate. Este deosebit de important să se monitorizeze rezultatele strategiilor de măsurare și intervenție de îmbunătățire a calității în timp, cu atenție la efectele acestora asupra populațiilor de pacienți în special vulnerabile.

Protocoalele care trebuie utilizate pentru revizuirea calității ar trebui să fie replicabile și transparente. Mecanismele de apel trebuie să fie încorporate în protocoale.

Confidențialitatea înregistrărilor pacientului

Înregistrările pacienților sunt o sursă neprețuită de date pentru îmbunătățirea calității. Ca și în cazul altor utilizări ale informațiilor bazate pe pacient, identificate individual, consimțământul este de obicei necesar de la pacient înainte de utilizare. Dacă consimțământul nu poate fi obținut în mod rezonabil, atunci toate încercările ar trebui făcute pentru a se asigura că registrele medicale sunt anonimizate sau pseudonimizate pentru a fi utilizate în eforturile de îmbunătățire a calității. În

orice caz, înregistrările de pacienți utilizate pentru îmbunătățirea calității trebuie să fie accesibile doar celor care trebuie să le vadă în scopul îmbunătățirii calității.

Confidențialitatea examinării de la egal la egal

Pentru ca revizuirea colegilor să fie cea mai eficientă, toate părțile implicate trebuie să participe și să-i recunoască importanța. Se recomandă obținerea consimțământului voluntar informat din partea celor care urmează să fie revizuite. În cadrul unei echipe de asistență medicală, munca fiecărui medic trebuie să poată fi evaluată. Informațiile privind evaluarea unui medic individual nu ar trebui publicate fără acordul medicului în cauză. Se recomandă obținerea consimțământului înainte de publicarea informațiilor privind evaluarea unui medic.

Un furnizor de servicii poate informa pacienții săi despre rezultatele revizuirii calității.

Dacă revizuirile sunt puse la dispoziția publicului, trebuie efectuată o monitorizare atentă pentru a urmări efectele, intenționate și neintenționate, ale raportării publice a datelor de performanță.

Revizuirea etică a activităților de îmbunătățire a calității

Trebuie respectate codurile naționale de etică medicală și principiile și orientările etice care se referă la îmbunătățirea continuă a calității, auditul și revizuirea clinică.

Îmbunătățirea calității ar trebui să fie o parte permanentă și integrantă a operațiunilor fiecărei organizații de asistență medicală. Ca atare, majoritatea proiectelor de îmbunătățire a calității nu vor necesita revizuirea specifică a unui comitet de etică. Dacă există îndoieli cu privire la probleme specifice sau dacă un proiect prezintă un risc mai mult decât minim în comparație cu procesele existente pentru îngrijire, atunci proiectul trebuie trimis la un comitet de etică sau un comitet de revizuire instituțional. Atunci când este necesară o asemenea revizuire etică formală, aceasta trebuie să fie întreprinsă de un comitet cu membri care cunosc tehnicile de îmbunătățire a calității.

Competența și imparțialitatea evaluatorului

Cei care efectuează analize ale performanței trebuie să fie competenți în tehnicile de îmbunătățire a calității și în auditul clinic, precum și cu experiență în domeniul clinic referitor la revizuire. În cazul în care asistența medicală este revizuită, revizorul ar trebui să fie un medic ale cărui cunoștințe și experiență sunt acceptate de cei care sunt analizați.

Evaluatorul ar trebui să fie imparțial și independent. Deși trebuie să fie conștient de activitățile analizate, el / ea trebuie să fie obiectiv în raport și să bazeze concluziile privind evaluarea critică a observației și faptelor.

Problemele comerciale sau concurențiale nu ar trebui să permită influențarea conținutului raportului recenzantului.

Separarea evaluărilor și supravegherii calității de către autorități

Îmbunătățirea calității serviciilor și a sistemelor de asistență medicală este o cerință pentru fiecare medic și instituție de asistență medicală. Nu este o supraveghere a activităților profesionale de către autorități și trebuie menținută independent de aceasta. Rezultatele revizuirii performanțelor sau auditurilor activităților medicului ar trebui să fie utilizate de autoritățile de supraveghere numai sub rezerva unui acord separat între acestea și medicii în cauză, cu excepția cazului în care legislația națională prevede o abordare alternativă. Aceste activități trebuie să fie pe deplin cunoscute de cadrul legal local și nu trebuie să expună medicii participanți la litigii.

(Declaratia Asociatiei Medicale Mondiale privind ghidurile de imbunatatire continua a calitatii in sanatate, adoptata de cea de-a 49-a Adunare Medicala Mondiala, Hamburg, Germania, Moiembrie 1997, revizuita de cea de-a 60-a

Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie 2009 si reafirmata cu revizuire minora de cea de-a 213-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Tbilisi, Georgia, Octombrie 2019)

1.2.11 Acte nedeontologice

Art. 392

Sunt contrare principiilor fundamentale ale exercitării profesiei de medic, în special, următoarele acte:

a) practicarea eutanasiei şi eugeniei;

b) cu excepţia situaţiilor prevăzute de lege sau de normele profesiei, refuzul acordării serviciilor medicale;

c) abandonarea unui pacient care necesită servicii de urgenţă sau se află în pericol fără asigurarea că acesta a fost preluat de o altă unitate medicală sau de un alt medic ori că beneficiază de condiţii adecvate situaţiei în care se află şi stării sale de sănătate;

d) folosirea unor metode de diagnostic sau tratament nefundamentate ştiinţific sau neacceptate de comunitatea medicală, cu risc pentru pacient;

e) cu excepţia urgenţelor vitale, exercitarea profesiei medicale în condiţii care ar putea compromite actul profesional sau ar putea afecta calitatea actului medical;

f) emiterea unui document medical de complezenţă sau pentru obţinerea unui folos nelegal sau imoral;

g) emiterea unui document medical pentru care nu există competenţă profesională;

h) atragerea clientelei profitând de funcţia ocupată sau prin intermediul unor promisiuni oneroase şi neconforme cu normele publicităţii activităţilor medicale;

i) folosirea, invocarea sau lăsarea impresiei deţinerii unor titluri profesionale, specialităţi ori competenţe profesionale neconforme cu realitatea;

j) încălcarea principiilor fundamentale ale exercitării profesiei de medic;

k) respingerea publică, cu excepţia dezbaterilor din comunitatea medicală, a unor mijloace de diagnostic, tratament şi profilaxie recunoscute de comunitatea ştiinţifică academică medicală, precum şi recomandarea publică a unor tratamente nefundamentate ştiinţific.

(Art. 22, Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din Romania)

Art. 393

Cercetare

Interesele clinicianului și ale cercetătorului nu pot fi aceleași. Dacă același individ își asumă ambele roluri, așa cum se întâmplă adesea, potențialul conflict ar trebui abordat prin asigurarea faptului că sunt puse la dispoziție pași adecvați pentru protejarea pacientului, inclusiv dezvăluirea potențialului conflict.

Așa cum se spune în Declarația de la Helsinki:

• Declarația de la Geneva a Asociației Medicale Mondiale afirmă că „Sănătatea pacientului meu va fi prima mea considerație”, iar Codul Internațional de Etică Medicală

declară că „Un medic va acționa numai în interesul pacientului atunci când va oferi îngrijiri medicale care ar putea avea ca efect slăbirea stării fizice și mentale a pacientului. ”

• Declarația de la Helsinki afirmă că „În timp ce scopul principal al cercetării medicale este acela de a genera noi cunoștințe, acest obiectiv nu poate avea niciodată prioritate asupra drepturilor și intereselor subiecților de cercetare”.

Cercetările ar trebui să fie efectuate în principal pentru avansarea științei medicale. Un medic nu trebuie să pună niciodată interesele sale financiare mai presus de bunăstarea pacientului său. Interesele și integritatea științifică a pacienților trebuie să fie primordiale.

Toate relațiile și interesele relevante și importante dintre medic și cercetător trebuie dezvăluite participanților participanti cercetare, comisiilor de etică de cercetare, organismelor de reglementare corespunzătoare, revistelor medicale, participanților la conferințe și centrului medical unde se desfășoară cercetarea.

Toate studiile de cercetare prin testarea ipotezelor ar trebui înregistrate într-un registru de cercetare accesibil publicului.

Un contract clar ar trebui să fie semnat de toate părțile, inclusiv de sponsori, anchetatori și participanți la program, care să clarifice termenii referitoare la, cel puțin:

• compensație financiară pentru medicul-cercetător (care ar trebui să fie aproximativ veniturile clinice pierdute)

• dreptul de proprietate asupra rezultatelor cercetării (care ar trebui să revină investigatorului)

• dreptul investigatorului de a publica rezultate negative

• dreptul investigatorului de a elibera informații relevante participanților la proces în orice moment al studiului.

Medicii-cercetători ar trebui să păstreze controlul și ar trebui să aibă acces deplin la toate datele de încercare și ar trebui să refuze clauzele de nedescris.

Medicii-cercetători ar trebui să se asigure că, indiferent de rezultatele studiului, prezentarea sau publicarea rezultatelor încercărilor de testare a ipotezelor nu va fi întârziată în mod nejustificat sau obstrucționată în alt mod.

Taxele de recomandare nu ar trebui să fie acceptate pentru furnizarea numelor potențialilor participanți la proces, iar informațiile despre pacient nu ar trebui să fie eliberate fără acordul pacientului, cu excepția cazului în care este necesar prin legislație sau pentru autoritățile de reglementare.

Orice compensație primită de la sponsorii studiului ar trebui să înlocuiască aproximativ veniturile clinice pierdute și ar trebui să fie proporțional cu eforturile și responsabilitățile medicului care efectuează cercetarea. Atunci când înscrierea este deosebit de dificilă și consumă timp, se pot efectua plăți suplimentare rezonabile pentru a compensa în mod special investigatorul sau instituția clinică pentru timpul și efortul dedicat muncii suplimentare de recrutare pentru înscrierea participanților la cercetare. Nu trebuie acceptate bonusurile de escaladare concepute pentru a crește înscrierea la probă.

Medicul-cercetător ar trebui să refuze cererile de revizuire a cererilor de finanțare sau a documentelor de cercetare de la colegi sau concurenți, în cazul în care relația lor ar avea potențialul de a influența judecata lor în această privință.

Plățile sau compensațiile de orice fel nu ar trebui să fie legate de rezultatul studiilor clinice. Cercetătorii medicului nu ar trebui să aibă un interes financiar pentru o companie care sponsorizează un studiu sau un produs studiat într-un studiu clinic dacă acest interes financiar ar putea fi afectat pozitiv sau negativ de rezultatele studiului; acestea nu ar trebui să aibă o miză financiară directă în rezultatele procesului. Aceștia nu ar trebui să cumpere, să cumpere sau să vândă acțiuni (acțiuni) în cadrul companiei, în timp ce procesul este în desfășurare și până când rezultatele nu sunt făcute publice. Aceasta s-ar putea să nu se aplice pentru medicii care au dezvoltat un medicament, dar nu fac parte din procesul de înscriere.

Medicii-cercetători ar trebui să participe la studiile clinice numai atunci când se referă la domeniul lor de expertiză medicală și ar trebui să aibă o pregătire adecvată în desfășurarea cercetării și în principiile eticii ale cercetării.

Autoritatea ar trebui să fie stabilită înainte de începerea procesului și ar trebui să se bazeze pe contribuția științifică de fond.

Educaţie

Nevoile educaționale ale studentilor și calitatea experienței lor de pregătire trebuie să fie in echilibu cu interesul superior al pacienților. Acolo unde acestea sunt în conflict, interesele pacienților vor avea prioritate.

Deși recunosc că stagiarii medicali necesită experiență cu pacienți reali, medicii formatori trebuie să se asigure că acești stagiari primesc supraveghere proporțională cu nivelul lor de pregătire.

Pacienții trebuie să fie conștienți de faptul că îngrijirile lor medicale pot fi efectuate parțial de studenți și medici în timpul instruirii, inclusiv efectuarea procedurilor și a intervențiilor chirurgicale și atunci când este posibil, ar trebui să dea consimțământul corespunzător în acest sens.

Pacienții trebuie să fie conștienți de identitatea și calificările persoanelor implicate în îngrijirea lor.

Refuzul unui pacient de a-i implica pe cursanți în îngrijirea sa nu ar trebui să afecteze cantitatea sau calitatea asistenței primite ulterior.

Recomandări de sine și împărțire de taxe

Toate trimiterile și rețetele (fie pentru bunuri sau servicii specifice) ar trebui să se bazeze pe o evaluare obiectivă a calității serviciului sau a medicului căruia i-a fost trimis pacientul.

Recomandarea de către medici către unitățile de asistență medicală (cum ar fi laboratoarele) unde nu se angajează în activități profesionale, dar în care au un interes financiar se numește auto-sesizare. Această practică are potențialul de a influența în mod semnificativ procesul decizional clinic și nu este în general considerată acceptabilă, cu excepția cazului în care există o nevoie în acea comunitate specială a facilitatii iar altă proprietate nu este o posibilitate (de exemplu, în comunitățile rurale mici). Medicul aflat în această situație nu ar trebui să fie mai mult interesat financiar decât ar face un investitor obișnuit.

Intoarcerile (sau împărțirea comisioanelor) apar atunci când un medic primește o plata considerabila pentru trimiterea unui pacient la un anumit medic sau pentru un serviciu specific pentru care se percepe o taxă. Această practică nu este acceptabilă.

Medicul functionar

Din motive de comoditate pentru pacienți, multe medici functionari sunt situati în imediata apropiere geografică de alte servicii medicale, cum ar fi laboratoare, farmacii și opticieni. Medicul

nu ar trebui să primească nicio compensație financiară sau orice alt venit nici pentru trimiterea unui pacient la aceste servicii, fie pentru a fi situat în apropierea geografică de aceștia. Clădirile deținute de medic nu ar trebui să perceapă chiriașilor tarife peste piață sau submarket.

Produsele nemedicale (cele care nu au nicio legătură cu sănătatea pacientului sau cu practica medicamentului) și produsele medicale nevalidate din punct de vedere științific nu trebuie vândute din oficiile medicului. Dacă produsele medicale validate științific sunt vândute din onorariile medicului, ar trebui să se limiteze la costurile suportate pentru punerea lor la dispoziție, iar produsele ar trebui să fie oferite astfel încât pacientul să nu se simtă presat să le cumpere.

Conflictele organizaționale / instituționale

Instituțiile medicale, în special, sunt supuse tot mai mult unei presiuni care amenință mai multe dintre rolurile lor, iar multe centre medicale academice au început să identifice surse alternative de venit. Ar trebui să existe politici care să asigure că aceste noi surse nu intră în conflict cu valorile și misiunea instituției (de exemplu, finanțarea tutunului în școlile de medicină).

Organizațiile și instituțiile medicale individuale (incluzând, dar fără a se limita la, școli medicale, spitale, asociații medicale naționale, autorități oficiale / autorități de reglementare și instituții de cercetare) ar trebui să dezvolte și, dacă este posibil, să aplice orientările privind conflictele de interese pentru angajații și membrii lor.

Medicii-cercetători și alții vor beneficia de dezvoltarea unor ghiduri privind conflictele de interese instituționale pentru a-i ajuta să facă diferentierea adecvată și să identifice în mod clar situațiile în care un conflict i-ar împiedica să participe la un studiu de cercetare sau o altă activitate.

Instituțiile academice de îngrijire a sănătății ar trebui să aibă o delimitare clară între comisiile de decizie privind investițiile, transferul de tehnologie și grupul de cercetare al instituției.

Politicile scrise ar trebui să ofere ghiduri pentru cerințele de dezvăluire sau pentru a întrerupe participarea la procesul de luare a deciziilor pentru persoanele care sunt în conflict din cauza cercetării sponsorizate, a acordurilor de consultare, a proprietăților private sau a contractelor de licență.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind conflictul de interese, adoptat de cea de-a 60-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, New Delhi, India, Octombrie 2009 si revizuita editorial de cea de-a 201-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Moscova, Rusia, Octombrie 2015, Recomandari)

1.2.12 Judecarea cazurilor deontologice

Art. 394

1. Nimeni nu poate fi condamnat pentru o acţiune sau o omisiune care, în momentul săvârşirii, nu constituia o infracţiune potrivit dreptului naţional sau internaţional. De asemenea, nu se poate aplica o pedeapsă mai severă decât aceea aplicabilă în momentul săvârşirii infracţiunii.

2. Prezentul articol nu va aduce atingere judecării şi pedepsirii unei persoane vinovate de o acţiune sau de o omisiune care, în momentul săvârşirii, era considerată infracţiune potrivit principiilor generale de drept recunoscute de naţiunile civilizate.

(Art. 7, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 395

1. Orice persoană are dreptul la judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public şi în termen rezonabil, de către o instanţă independentă şi imparţială, instituită de lege, care va hotărî fie asupra încălcării drepturilor şi obligaţiilor sale cu caracter civil, fie asupra temeiniciei oricărei acuzaţii în materie penală îndreptate împotriva sa. Hotărârea trebuie să fie pronunţată în mod public, dar accesul în sala de şedinţă poate fi interzis presei şi publicului pe întreaga durată a procesului sau a unei părţi a acestuia, în interesul moralităţii, al ordinii publice ori al securităţii naţionale într-o societate democratică, atunci când interesele minorilor sau protecţia vieţii private a părţilor la proces o impun, sau în măsura considerată absolut necesară de către instanţă când, în împrejurări speciale, publicitatea ar fi de natură să aducă atingere intereselor justiţiei.

2. Orice persoană acuzată de o infracţiune este prezumată nevinovată până ce vinovăţia sa va fi legal stabilită.

3. Orice acuzat are, mai ales, dreptul :

a. să fie informat, în termenul cel mai scurt, într-o limbă pe care o înţelege şi în mod amănunţit, despre natura şi cauza acuzaţiei aduse împotriva sa ;

b. să dispună de timpul şi de înlesnirile necesare pregătirii apărării sale ;

c. să se apere el însuşi sau să fie asistat de un apărător ales de el şi, dacă nu dispune de mijloacele necesare remunerării unui apărător, să poată fi asistat gratuit de un avocat din oficiu, atunci când interesele justiţiei o cer ;

d. să audieze sau să solicite audierea martorilor acuzării şi să obţină citarea şi audierea martorilor apărării în aceleaşi condiţii ca şi martorii acuzării ;

e. să fie asistat gratuit de un interpret, dacă nu înţelege sau nu vorbeşte limba folosită la audiere.

(Art. 6, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 396

Orice persoană, ale cărei drepturi şi libertăţi recunoscute de prezenta Convenţie au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanţe naţionale, chiar şi atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acţionat în exercitarea atribuţiilor lor oficiale.

(Art. 13, Conventia Europeana a Drepturilor Omului)

Art. 397

1. O cultură a litigiilor crește în întreaga lume, care afectează în mod negativ practicarea medicinei și elimină disponibilitatea și calitatea serviciilor de asistență medicală. Unele Asociații Medicale Naționale raportează o criză a răspunderii medicinei prin care cultura procesului crește costurile pentru îngrijirea sănătății, restricționând accesul la serviciile de îngrijire medicală și împiedică eforturile de îmbunătățire a siguranței și calității pacienților. În alte țări, cererile de răspundere medicală sunt mai puțin răspândite, dar Asociațiile Medicale Naționale din aceste țări ar trebui să fie atente la problemele și circumstanțele care ar putea duce la o creștere a frecvenței și a gravității cererilor de răspundere medicală aduse împotriva medicilor.

2. Cererile de răspundere medicală au sporit considerabil costurile pentru îngrijirea sănătății, redirecționând resursele rare de asistență medicală către sistemul juridic și îndepărtându-se de îngrijirea directă a pacienților, de cercetare și de pregătirea medicului. Cultura procesului a estompat, de asemenea, distincția dintre neglijență și rezultatele adverse inevitabile, ducând adesea la o determinare aleatorie a standardului de îngrijire. Aceasta a dus la percepția largă că oricine

poate da în judecată pentru aproape orice, mizând pe o șansă de a câștiga un mare premiu. O astfel de cultură crește cinismul și neîncredere atât în sistemele medicale, cât și în cele juridice, cu consecințe dăunătoare pentru relația pacient-medic.

3. În adoptarea acestei declarații, Asociația Medicală Mondială face un apel urgent tuturor Asociațiilor Medicale Naționale pentru a cere instituirea unui sistem fiabil de justiție medicală în țările respective. Sistemele legale ar trebui să se asigure că pacienții sunt protejați împotriva practicilor dăunătoare, medicii sunt protejați împotriva proceselor nemeritorii, iar standardele de determinare a îngrijirii sunt consecvente și fiabile, astfel încât toate părțile să știe unde stau.

4. În această declarație, Asociația Medicală Mondială dorește să informeze Asociațiile Medicale Naționale despre unele dintre fapte și probleme legate de revendicările de răspundere medicală. Legile și sistemele juridice din fiecare țară, precum și tradițiile sociale și condițiile economice ale țării, vor afecta relevanța unor porțiuni ale acestei Declarații pentru fiecare Asociație Medicală Națională, dar nu aduc importanța fundamentală a unei astfel de declarații.

5. O creștere a frecvenței și a gravității cererilor de răspundere medicală poate rezulta, în parte, din una sau mai multe dintre următoarele circumstanțe:

a. Creșterea cunoștințelor medicale și a tehnologiei medicale care au permis medicilor să îndeplinească fapte medicale care nu au fost posibile în trecut, dar care implică riscuri considerabile în multe cazuri.

b. Presiuni asupra medicilor de către organizații private de îngrijire sau sisteme de asistență medicală administrate de guvern pentru a limita costurile îngrijirii medicale.

c. Confuzia dreptului la acces la îngrijiri de sănătate, care este posibil, cu dreptul de a atinge și de a menține sănătate, ceea ce nu poate fi garantat.

d. Rolul mass-media în încurajarea neîncrederii față de medici prin punerea la îndoială a capacității, cunoștințelor, comportamentului și gestionării acestora și prin îndemnarea pacienților să depună plângeri împotriva medicilor.

6. Trebuie făcută o distincție între vătămarea cauzată de neglijență medicală și un rezultat neadevărat care apare în cursul îngrijirii și tratamentului medical care nu este vina medicului.

a. Lezarea cauzată de neglijență este rezultatul direct al nerespectării medicului a standardului de îngrijire pentru tratamentul stării pacientului sau a lipsei de abilitate a medicului de a oferi îngrijiri pacientului.

b. Un rezultat neatent este o vătămare care apare în cursul tratamentului medical care nu a fost rezultatul lipsei de abilitate sau cunoștințe din partea medicului curant și pentru care medicul nu ar trebui să poarte nicio răspundere.

7. Compensarea pentru pacienții care suferă de o vătămare medicală ar trebui să fie stabilită în mod diferit pentru cererile de răspundere medicală decât pentru rezultatele rezultate care apar în timpul îngrijirii și tratamentului medical, cu excepția cazului în care există un sistem alternativ în vigoare, cum ar fi un sistem fără defecte sau un sistem alternativ de rezoluție.

a. În cazul în care un rezultat neautorizat apare din partea medicului, fiecare țară trebuie să stabilească dacă pacientul trebuie să fie despăgubit pentru leziunile suferite și, în caz afirmativ, sursa din care vor fi plătite fondurile. Condițiile economice ale țării vor determina dacă astfel de fonduri de solidaritate sunt disponibile pentru a compensa pacientul fără a fi în detrimentul medicului.

b. Legile fiecărei jurisdicții ar trebui să prevadă procedurile pentru a decide răspunderea pentru răspunderea medicală și pentru a determina valoarea compensației datorate pacientului în cazurile în care este dovedită neglijența.

8. Asociațiile Medicale Naționale ar trebui să ia în considerare unele sau toate activitățile următoare pentru a oferi un tratament corect și echitabil atât pentru medici, cât și pentru pacienți:

a. Stabilirea de programe de educație publică cu privire la riscurile inerente unora dintre noile progrese în modalitățile de tratament și chirurgie și programe de educație profesională privind necesitatea obținerii consimțământului informat al pacientului pentru un astfel de tratament și chirurgie.

b. Implementați programe de consiliere pentru a demonstra problemele legate de administrarea medicamentelor și asistenței medicale rezultate din limitările stricte de reținere a costurilor.

c. Îmbunătățirea nivelului și calitatii educației medicale pentru toți medicii, inclusiv experiențe îmbunătățite de pregătire clinică.

d. Dezvoltarea și participarea la programe pentru medici pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale și a tratamentului.

e. Dezvoltarea pozițiilor adecvate de politică privind instruirea de remediere pentru medicii care s-au dovedit deficienți de cunoștințe sau abilități, inclusiv poziții de politică privind limitarea practicii medicale a medicului până la remedierea deficiențelor.

f. Informarea publicului și guvernul despre pericolele pe care le pot prezenta diverse manifestări ale medicinii de apărare (înmulțirea actelor medicale sau, dimpotrivă, abținerea medicilor, dezamagirea medicilor tineri pentru anumite specialități cu risc mai ridicat sau reticența din partea medicilor si a spitalelor pentru tratarea pacienților cu risc mai mare).

g. Educarea publicul cu privire la posibila apariție a leziunilor în timpul tratamentului medical care nu sunt rezultatul neglijenței medicului și stabiliți proceduri simple pentru a permite pacienților să primească explicații în cazul evenimentelor adverse și să fie informați cu privire la pașii care trebuie luați pentru a obține compensație, dacă este disponibilă.

h. Consilerea privind protecția legală pentru medici atunci când pacienții sunt vatamati din cauza rezultatelor neadevărate care nu sunt cauzate de nicio neglijență și participarea la deciziile referitoare la oportunitatea de a acorda compensații pentru pacienții răniți în timpul tratamentului medical fără neglijență.

i. Participarea la elaborarea legilor și procedurilor aplicabile cererilor de răspundere medicală.

j. Dezvoltarea unei opoziții active față de pretenții lipsite de merit sau frivole și de facturarea de urgență de către avocați.

k. Explorarea procedurilor inovatoare de soluționare a litigiilor pentru gestionarea cererilor de răspundere medicală, cum ar fi arbitrajul, mai degrabă decât în procedurile judiciare.

l. Încurajați autoasigurarea de către medici împotriva cererilor de răspundere medicală, plătite chiar de către practicieni sau de către angajator, dacă medicul este angajat.

m. Încurajarea dezvoltării sistemelor voluntare, confidențiale și protejate legal pentru raportarea rezultatelor neatardate sau a erorilor medicale în scopul analizei și pentru

formularea de recomandări privind reducerea rezultatelor neatardate și îmbunătățirea siguranței pacientului și a calității asistenței medicale.

n. Consiliere împotriva creșterii criminalității sau răspunderii penale a actelor medicale de către instanțe.

(Statutul Asociatiei Medicale Mondiale privind reforma responsabilitatii medicale, adoptat de cea de-a 56-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Santiago, Chile, Octombrie 2005 si reafirmat de cea de-a 200-a Sesiune de Consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Oslo, Norvegia, Aprilie 2015)

Art. 398

Preambul

Medicii care comit fapte penale si care nu participa la ingrijirea pacientului trebuie sa se supuna sanctiunilor ca toți ceilalți membri ai societății. Abuzurile grave ale practicii medicale trebuie să facă obiectul unor sancțiuni, de obicei prin procese profesionale de reglementate.

Guvernele fac numeroase încercări de a controla practicile medicale la nivel local, regional și național peste tot in lume. Medicii au văzut încercări de:

- Impiedicare a procedurilor cu indicatie medicala;
- De oferire de proceduri medicale care nu sunt indicate
- De impunere a anumitor practici de prescriere a medicamentelor.

Sancțiunile penale au fost aplicate medicilor pentru diferite aspecte ale practicii medicale, inclusiv erori medicale, în ciuda disponibilității de remediere adecvată non-penală. Criminalizarea luării deciziilor medicale este un serviciu pentru pacienți.

În perioadele de război și conflicte civile, au existat și încercări de incriminare a îngrijirii medicale fata de compasiunea aratata pentru cei răniți ca urmare a acestor conflicte.

Recomandări

Prin urmare, Asociatia Medicala Mondiala recomandă membrilor săi:

1. Opunerea intruziunilor guvernului în practica medicamentului și în luarea deciziilor în domeniul sănătății, inclusiv capacitatea guvernului de a defini practica medicală adecvată prin impunerea de sancțiuni penale.

2. Opunerea incriminarii actului medical.

3. Opuneți-vă incriminarii deciziilor medicale, inclusiv a variatiilor medicului fata de ghiduri si standarde.

4. Opuneți-vă incriminarii asistenței medicale acordate pacienților răniți în conflicte civile.

5. Implementați planuri de acțiune pentru a avertiza liderii de opinie, oficialii aleși și mass-media despre efectele dăunătoare asupra asistenței medicale care rezultă din incriminarea luării deciziilor în domeniul asistenței medicale.

6. Susțineți principiile enunțate în Declarația Asociatiei Medicale Mondiale de la Madrid privind autonomia profesională și autoreglementarea.

7. Sprijiniți îndrumările prevăzute în Regulamentele Asociatiei Medicale Mondiale din „Perioade de conflict armat și alte situații de violență.”

(Rezolutia Asociatiei Medicale Mondiale privind criminalizarea practicii medicale, adoptata de cea de-a 194-Sesiune de consiliu a Asociatiei Medicale Mondiale, Bali, Aprilie 2013 ca Rezolutie de Consiliu si Adoptata de cea de-a 64-a Adunare Generala a Asociatiei Medicale Mondiale, Fortaleza, Brazilia, Octombrie 2013)

Art. 399

(1) Cercetarea şi analiza oricărei sesizări privind existenţa unei posibile încălcări a dispoziţiilor prezentului cod de deontologie medicală se fac cu celeritate de către persoanele desemnate cu cercetarea faptei ori de către cei cărora le-au fost solicitate date în legătură cu soluţionarea sesizării, fiind obligate să acţioneze cu maximă diligenţă, netergiversând sau prelungind realizarea atribuţiilor, respectiv comunicarea datelor solicitate.

(2) În adresa de solicitare a unor date şi informaţii necesare soluţionării cauzei disciplinare se va indica data până la care urmează să se facă comunicarea datelor sau informaţiilor solicitate.

(Art. 56, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 400

(1) Cercetarea şi analiza oricărei sesizări se vor face având în vedere şi respectând prezumţia de nevinovăţie a medicului.

(2) Persoanele desemnate cu cercetarea sesizării ori membrii comisiei de disciplină vor acţiona cu tact şi moderaţie, fără a se antepronunţa sau a emite opinii personale în niciun mod şi în niciun sens pe timpul soluţionării sesizării.

(3) Acest articol se aplica si in cazul specialistilor

(Art. 57, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 401

(1) Persoana desemnată cu cercetarea faptei reclamate ori membrii comisiei de disciplină care are/au vreun interes personal în cauză, în orice mod, ori are/au legături de rudenie cu medicul care face obiectul cercetării sau cu persoana care a făcut reclamaţia îl va/vor informa pe preşedintele comisiei de disciplină, care va decide, după caz, menţinerea sau înlocuirea persoanei în cauză.

(2) Dispoziţiile alin. (1) se aplică şi în situaţia existenţei unor situaţii conflictuale.

(3) Nicio persoană implicată în cercetarea sau soluţionarea cauzei disciplinare nu va putea face declaraţii publice cu privire la cauza respectivă până la soluţionarea ei definitivă.

(Art. 58, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 402

(1) Comisia de disciplină va stărui pentru obţinerea în scris a poziţiei fiecărei părţi implicate în cauza disciplinară.

(2) Contradictorialitatea orală directă se va desfăşura doar în condiţiile în care pentru soluţionarea cauzei este strict necesară, neputându-se soluţiona cauza altfel. În acest caz, preşedintele şedinţei va acţiona cu tact şi înţelegere, fiind interzise adresările directe între persoanele implicate sau emiterea de către membrii comisiei de disciplină a unor aprecieri ori opinii în legătură cu cauza respectivă.

(Art. 59, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 403

În funcţie de cauza supusă cercetării disciplinare, comisia de jurisdicţie profesională şi/sau comisia de disciplină pot/poate solicita o opinie de specialitate de la medici specialişti cu reputaţie în domeniu.

(Art. 60, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

Art. 404

(1) În cauza supusă soluţionării, membrii comisiei de disciplină se vor adresa persoanelor audiate exclusiv prin intermediul preşedintelui comisiei sau solicitându-i acestuia permisiunea şi exclusiv pentru a-i pune persoanei în cauză întrebări utile şi relevante soluţionării cauzei.

(2) Pe timpul audierii este interzisă emiterea de către membrii comisiei de disciplină a unor opinii personale sau aprecieri de orice natură. În caz de nevoie, preşedintele comisiei poate interveni şi restabili cadrul decent al audierilor, inclusiv prin suspendarea şedinţei comisiei.

(Art. 61, Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din Romania, 2017)

2.
Asistenta Medicala Si Moasa

2.1 Principii generale

Art. 405

Codul de etică şi deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din Spitalul Municipal Motru cuprinde un ansamblu de principii şi reguli ce reprezintă valorile fundamentale în baza cărora se exercită profesia de asistent medical generalist, profesia de moaşă şi profesia de asistent medical pe teritoriul României.

(Art. 1, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 406

Codul de etică şi deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România are drept principal scop:

a) ocrotirea drepturilor pacienţilor;

b) respectarea obligaţiilor profesionale de către asistenţii medicali generalişti, moaşe şi asistenţii medicali;

c) apărarea demnităţii şi a prestigiului profesiunii de asistent medical generalist, de moaşă şi de asistent medical;

d) recunoaşterea profesiei, a responsabilităţii şi încrederii conferite de societate, precum şi a obligaţiilor interne ce derivă din această încredere.

(Art. 2, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 407

Principiile fundamentale în baza cărora se exercită profesia de asistent medical generalist, profesia de moaşă şi profesia de asistent medical pe teritoriul României sunt următoarele:

a) exercitarea profesiei se face exclusiv în respect faţă de viaţa şi de persoana umană;

b) în orice situaţie primează interesul pacientului şi sănătatea publică;

c) respectarea în orice situaţie a drepturilor pacientului;

d) colaborarea, ori de câte ori este cazul, cu toţi factorii implicaţi în asigurarea stării de sănătate a pacientului;

e) acordarea serviciilor se va face la cele mai înalte standarde de calitate posibile, pe baza unui nivel înalt de competenţe, aptitudini practice şi performanţe profesionale fără niciun fel de discriminare;

f) în exercitarea profesiei asistenţii medicali generalişti, moaşele şi asistenţii medicali trebuie să dovedească loialitate şi solidaritate unii faţă de alţii în orice împrejurare, să îşi acorde colegial ajutor şi asistenţă pentru realizarea îndatoririlor profesionale;

g) asistenţii medicali generalişti, moaşele şi asistenţii medicali trebuie să se comporte cu cinste şi demnitate profesională şi să nu prejudicieze în niciun fel profesia sau să submineze încrederea pacientului.

(Art. 3, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.2 Responsabilitatea personală, integritatea şi independenţa profesională a asistenţilor medicali generalişti, moaşelor şi asistenţilor medicali

Art. 408

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical trebuie să evite în exercitarea profesiei atitudinile ce aduc atingere onoarei profesiei şi să evite tot ceea ce este incompatibil cu demnitatea şi moralitatea individuală şi profesională.

(Art. 4, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 409

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical au obligaţia să manifeste o conduită ireproşabilă faţă de bolnav, respectând întotdeauna demnitatea acestuia.

(Art. 5, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 410

În caz de pericol public, asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical nu au dreptul să îşi abandoneze bolnavii, cu excepţia unui ordin formal al unei autorităţi competente, conform legii.

(Art. 6, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 411

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical sunt răspunzători pentru fiecare dintre actele lor profesionale.

(Art. 7, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 412

Pentru riscurile ce decurg din activitatea profesională, asistenţii medicali generalişti, moaşele şi asistenţii medicali din sistemul public sau privat încheie o asigurare de răspundere civilă pentru greşeli în activitatea profesională.

(Art. 8, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 413

Încredinţarea atribuţiilor proprii unor persoane lipsite de competenţă constituie greşeală deontologică.

(Art. 9, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 414

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical trebuie să comunice cu pacientul într-o manieră adecvată, folosind un limbaj respectuos, minimalizând terminologia de specialitate pe înţelesul acestora.

(Art. 10, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 415

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical trebuie să evite orice modalitate de a cere recompense, altele decât formele legale de plată.

(Art. 11, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.3 Raporturi profesionale cu alţi profesionişti din domeniul medico-sanitar şi instituţii

2.3.1 Raporturile profesionale cu alţi profesionişti din domeniul sanitar

Art. 416

În baza spiritului de echipă, asistenţii medicali generalişti, moaşele şi asistenţii medicali îşi datorează sprijin reciproc.

(Art. 12, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 417

Constituie încălcări ale regulilor etice:

a) jignirea şi calomnierea profesională;

b) blamarea şi defăimarea profesională;

c) orice alt act sau fapt care poate aduce atingere demnităţii profesionale a asistentului medical generalist, a moaşei şi a asistentului medical.

(Art. 13, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 418

(1) În cazul unor neînţelegeri, în considerarea calităţii profesionale, conflictul în primă instanţă trebuie mediat de biroul consiliului judeţean, la nivel judeţean/municipiului Bucureşti, şi de Biroul executiv, la nivel naţional.

(2) Dacă acesta persistă, cei implicaţi se pot adresa Comisiei de etică şi deontologie sau justiţiei, fiind interzisă perturbarea activităţii profesionale din aceste cauze.

(3) În cazul în care se constată încălcări ale regulilor etice, se urmează procedura de sancţionare, conform prevederilor Statutului Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, adoptat prin Hotărârea Adunării generale naţionale a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România nr. 1/2009.

(Art. 14, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 419

În cazul colaborării mai multor asistenţi medicali generalişti, moaşe şi asistenţi medicali pentru examinarea, tratamentul sau îngrijirea aceluiaşi pacient, fiecare practician îşi asumă responsabilitatea individual prin aplicarea parafei profesionale în dreptul fiecărei manevre sau tehnici executate personal.

(Art. 15, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 420

În interesul pacienţilor, asistenţii medicali generalişti, moaşele şi asistenţii medicali vor avea relaţii de colaborare cu celelalte profesii din domeniul sanitar, cu respectarea demnităţii şi onoarei profesionale.

(Art. 16, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.3.2 Raporturile profesionale cu instituţiile

Art. 421

Angajatorul trebuie să asigure condiţii optime asistentului medical generalist, moaşei şi asistentului medical în exercitarea profesiei.

(Art. 17, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 422

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical aduc la cunoştinţa persoanelor competente şi autorităţilor competente orice circumstanţă care poate prejudicia îngrijirea sau calitatea tratamentelor, în special în ceea ce priveşte efectele asupra persoanei sau care limitează exerciţiul profesional.

(Art. 18, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 423

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical, în concordanţă cu diferitele niveluri de responsabilitate pe care le îndeplinesc, contribuie la orientarea politicilor şi dezvoltarea sistemului de sănătate.

(Art. 19, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.4 Educaţia medicală continuă

Art. 424

În vederea creşterii gradului de pregătire profesională, asistenţii medicali generalişti, moaşele şi asistenţii medicali au obligaţia să efectueze cursuri şi alte forme de educaţie continuă creditate de Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, precum şi alte forme de educaţie continuă

prevăzute de lege pentru îndeplinirea numărului minim de credite anual necesar reautorizării exercitării profesiei.

(Art. 20, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.5 Obligaţii etice şi deontologice

2.5.1 Obligaţia acordării îngrijirilor medicale

Art. 425

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical, în exercitarea profesiei, nu pot face discriminări pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenţei etnice, originii naţionale sau sociale, religiei, opţiunilor politice sau antipatiei personale, a condiţiei sociale faţă de pacienţi.

(Art. 21, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 426

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical au obligaţia de a lua măsuri de acordare a primului ajutor.

(Art. 22, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 427

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical au obligaţia să acorde asistenţă medicală şi îngrijirile necesare în limita competenţei lor profesionale.

(Art. 23, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 428

În caz de calamităţi naturale (cutremure, inundaţii, epidemii, incendii) sau accidentări în masă (naufragii, accidente rutiere sau aviatice, accidente nucleare etc.), asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical sunt obligaţi să răspundă la chemare, să îşi ofere de bunăvoie serviciile de îngrijire, imediat ce au luat cunoştinţă despre eveniment.

(Art. 24, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 429

(1) Voinţa pacientului în alegerea asistentului medical generalist, a moaşei şi a asistentului medical trebuie întotdeauna respectată, indiferent care ar fi sensul acesteia.

(2) Dacă pacientul se află într-o stare fizică sau psihică ce nu îi permite exprimarea lucidă a voinţei, aparţinătorii sau apropiaţii celui suferind trebuie preveniţi şi informaţi corect, pentru a hotărî în numele acestuia, cu excepţia imposibilităţii (de identificare, de comunicare, de deplasare etc.) sau a urgenţelor.

(Art. 25, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 430

Dacă în urma examinării sau în cursul îngrijirilor asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical consideră că nu au suficiente cunoştinţe sau experienţă pentru a asigura o asistenţă corespunzătoare, se vor consulta cu alţi colegi sau vor îndruma bolnavul către alţi specialişti.

(Art. 26, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 431

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical vor păstra o atitudine de strictă neutralitate şi neamestec în problemele familiale (morale, materiale etc.) ale pacientului, exprimându-şi părerea numai dacă intervenţia este motivată de interesul sănătăţii pacientului, cu consimţământul prealabil al acestuia.

(Art. 27, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 432

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical pot refuza acordarea unor îngrijiri către pacient atunci când refuzul este justificat de interesul sănătăţii pacientului, cu excepţia situaţiilor de urgenţă.

(Art. 28, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.5.2 Respectarea drepturilor pacientului

Art. 433

Pacientul are următoarele drepturi: dreptul la informaţia medicală, dreptul la consimţământ, dreptul la confidenţialitatea informaţiilor şi viaţa privată, drepturi în domeniul reproducerii, drepturi la tratament şi îngrijiri medicale.

(Art. 29, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.5.3 Consimţământul

Art. 434

O intervenţie medicală nu se poate efectua decât după ce pacientul sau reprezentantul legal al acestuia, în cunoştinţă de cauză, şi-a dat consimţământul. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenţie medicală, asumându-şi în scris răspunderea pentru decizia sa; consecinţele refuzului său, al opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

(Art. 30, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 435

Consimţământul pacientului sau, după caz, al reprezentantului legal al acestuia este obligatoriu:

a) pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord;

b) în cazul supunerii la orice fel de intervenţie medicală;

c) în cazul participării sale la învăţământul medical clinic şi la cercetarea ştiinţifică;

d) în cazul fotografierii sau filmării sale într-o unitate medicală;

e) în cazul donării de sânge în condiţiile prevăzute de lege.

(Art. 31, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 436

Consimţământul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia, după caz, nu este obligatoriu în următoarele situaţii:

a) când pacientul nu îşi poate exprima voinţa, dar este necesară o intervenţie medicală de urgenţă;

b) în cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenţia este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să îşi dea consimţământul, asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical sunt obligaţi să anunţe medicul curant/de gardă (decizia fiind declinată unei comisii de arbitraj de specialitate).

(Art. 32, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.5.4 Secretul profesional

Art. 437

(1) Secretul profesional este obligatoriu.

(2) Secretul profesional există şi faţă de aparţinători, colegi sau alte persoane din sistemul sanitar, neinteresate în tratament, chiar şi după terminarea tratamentului şi decesul pacientului.

(Art. 33, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 438

Obiectul secretului profesional îl constituie tot ceea ce asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical, în calitatea lor de profesionist, au aflat direct sau indirect în legătură cu viaţa intimă a pacientului, a familiei, a aparţinătorilor, precum şi problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanţe în legătură cu boala şi alte diverse fapte, inclusiv rezultatul autopsiei.

(Art. 34, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 439

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical răspund disciplinar pentru destăinuirea secretului profesional, excepţie făcând situaţia în care pacientul şi-a dat consimţământul expres pentru divulgarea acestor informaţii, în tot sau în parte.

(Art. 35, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 440

Interesul general al societăţii (prevenirea şi combaterea epidemiilor, a bolilor venerice, a bolilor cu extindere în masă şi altele asemenea prevăzute de lege) primează faţă de interesul personal al pacientului.

(Art. 36, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 441

În comunicările ştiinţifice, cazurile vor fi astfel prezentate încât identitatea pacientului să nu poată fi recunoscută.

(Art. 37, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 442

Informaţiile cu caracter confidenţial pot fi furnizate de către asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical numai în cazul în care pacientul îşi dă consimţământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

(Art. 38, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.6 Situaţii speciale in practicarea profesiunii în sistem instituţionalizat

2.6.1 Situaţia bolnavului psihic

Art. 443

Persoanele cu tulburări psihice beneficiază de asistenţă medicală şi de îngrijiri de sănătate de aceeaşi calitate cu cele aplicate altor categorii de bolnavi şi adaptate cerinţelor lor de sănătate.

(Art. 39, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 444

Orice persoană cu tulburări psihice trebuie apărată de daunele pe care ar putea să i le producă administrarea nejustificată a unui medicament, tehnică sau manevră de îngrijire şi tratament, de maltratările din partea altor pacienţi sau persoane ori de alte acte de natură să antreneze o suferinţă fizică sau psihică.

(Art. 40, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 445

(1) Pacientul cu tulburări psihice trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înţelegere. În cazul în care pacientul cu tulburări psihice nu îşi poate exprima liber voinţa, consimţământul în scris trebuie luat de la reprezentantul legal al acestuia.

(2) Nu este necesară obţinerea consimţământului în condiţiile prevăzute la alin. (1) atunci când este necesară intervenţia de urgenţă.

(3) Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenţie medicală, după caz, asumându-şi în scris răspunderea pentru decizia sa; consecinţele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului, cu informarea medicului, dacă întreruperea tratamentului sau a îngrijirilor are drept consecinţă punerea în pericol a vieţii pacientului.

(Art. 41, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 446

Orice persoană care suferă de tulburări psihice trebuie tratată cu omenie şi respectul demnităţii umane şi trebuie să fie apărată împotriva oricăror forme de exploatare economică, sexuală sau de altă natură, împotriva tratamentelor vătămătoare şi degradante. Nu este admisă nicio discriminare bazată pe o tulburare psihică.

(Art. 42, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.6.2 Prescrierea, eliberarea pe baza unei reţete medicale şi administrarea drogurilor

Art. 447

Prescrierea, eliberarea pe baza unei reţete medicale şi administrarea drogurilor, în alte condiţii decât cele prevăzute de lege, constituie infracţiune.

(Art. 43, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.6.3 Pacientul privat de libertate

Art. 448

Asistentului medical generalist, moaşei şi asistentului medical care îngrijesc un pacient privat de libertate le este interzis să aducă atingere integrităţii fizice, psihice sau demnităţii acestuia.

(Art. 44, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 449

Dacă asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical constată că pacientul privat de libertate a suportat maltratări, aceştia au obligaţia să informeze organele competente.

(Art. 45, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.6.4 Situaţia pacienţilor infectaţi cu HIV sau bolnavi de SIDA

Art. 450

(1) Pacienţii infectaţi cu HIV sau bolnavi de SIDA au dreptul la îngrijire şi tratament medical în mod nediscriminatoriu, asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical fiind obligaţi să asigure îngrijirile de sănătate şi tratamentele prescrise acestor pacienţi.

(2) Păstrarea confidenţialităţii asupra datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA este obligatorie pentru asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical care au în îngrijire, supraveghere şi/sau tratament astfel de persoane.

(3) Între specialiştii medico-sanitari, informaţiile cu privire la statusul HIV/SIDA al unui pacient trebuie să fie comunicate.

(Art. 46, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.7 Probleme ale ingrijirii minorilor

Art. 451

Dacă asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical apreciază că minorul este victima unei agresiuni sau privaţiuni, trebuie să încerce să îl protejeze, uzând de prudenţe, şi să alerteze autoritatea competentă.

(Art. 51, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 452

Asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical trebuie să fie apărătorul copilului bolnav, dacă apreciază că starea de sănătate nu este bine înţeleasă sau nu este suficient de bine protejată.

(Art. 52, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 453

În vederea efectuării tehnicilor şi/sau a manevrelor de îngrijire şi/sau de tratament asupra unui minor, consimţământul trebuie obţinut de la reprezentantul legal al minorului, cu excepţia situaţiilor de urgenţă.

(Art. 53, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.8 Probleme ale experimentării pe om

Art. 454

(1) Se interzice provocarea de îmbolnăviri artificiale unor oameni sănătoşi, din raţiuni experimentale.

(2) Dispoziţiile prezentului articol se completează cu celelalte prevederi legale incidente în materie.

(Art. 54, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

Art. 455

Impunerea, cu forţa sau prin inducere în eroare, a experimentului pe om reprezintă o abatere gravă pentru orice asistent medical generalist, moaşă şi asistent medical care participă în mod voluntar şi conştient la asemenea fapte.

(Art. 55, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

2.9 Dispoziţii speciale

Art. 456

La primirea în OAMGMAMR, asistentul medical generalist, moaşa şi asistentul medical vor depune următorul jurământ:

• În numele Vieţii şi al Onoarei,

• Jur să îmi exercit profesia cu demnitate, să respect fiinţa umană şi drepturile sale şi să păstrez secretul profesional.

• Jur că nu voi îngădui să se interpună între datoria mea şi pacient consideraţii de naţionalitate, rasă, religie, apartenenţă politică sau stare socială.

• Voi păstra respectul deplin pentru viaţa umană chiar sub ameninţare şi nu voi utiliza cunoştinţele mele medicale contrar legilor umanităţii.

• Fac acest jurământ în mod solemn şi liber!”

(Art. 56, Codul de etica si deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, 2009)

3.

Farmacistul

3.1 Dispoziții generale

Art. 457

Codul deontologic al farmacistului are drept principal scop:

a) implicarea farmaciștilor în îmbunătățirea sănătății publice, printr-o activitate profesională onestă, demnă și competentă;

b) ocrotirea drepturilor pacienților în relație cu produsele și serviciile furnizate de farmaciști în cadrul sistemului de sănătate;

c) respectarea obligațiilor profesionale de către farmaciști, indiferent de statutul instituției în cadrul căreia își exercită profesiunea;

d) apărarea încrederii publice în profesiunea de farmacist, a demnității și a prestigiului acestei profesiuni în societate;

e) stimularea reflecției farmaciștilor asupra standardelor etice de calitate și promovarea monitorizării calității propriei activități profesionale.

(Art. 2, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 458

(1) Codul deontologic are menirea de a susține realizarea corectă a activităților profesionale de către farmacist, în interesul pacienților și al sănătății publice, indiferent de domeniul de activitate profesională: cercetare, industrie, import, export, distribuție en gros, brokeraj, distribuție en détail, laborator de analize, învățământ, administrație sanitară, organele de conducere ale Colegiului Farmaciștilor din România.

(2) În sensul prezentului Cod, activitățile profesionale includ orice act, remunerat sau neremunerat, prin care un farmacist își utilizează cunoștințele, abilitățile sau competențele profesionale, indiferent că se află în relație directă sau indirectă cu un anumit pacient, cu o comunitate de persoane sau cu publicul în general, indiferent de statutul instituției sau al unității în care profesează.

(3) Codul deontologic promovează moralitatea și onorabilitatea farmacistului, inclusiv în afara activităților profesionale.

(Art. 3, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 459

(1) Dispozițiile Codului deontologic al farmacistului sunt aplicabile tuturor farmaciștilor membri ai Colegiului Farmaciștilor din România, indiferent de regimul exercitării profesiunii, salarial și/sau independent.

(3) Orice încălcare a Codului deontologic, a drepturilor pacienților în relație cu asistența farmaceutică sau a interesului profesiunii, trebuie adusă la cunoștința Colegiului Farmaciștilor din România.

(4) Judecarea abaterilor de la dispozițiile prezentului Cod intră în competența comisiilor disciplinare ale Colegiului Farmaciștilor din România, conform legii.

(Art. 4, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.2 Principii comune tuturor farmaciștilor

Art. 460

(1) Profesiunea de farmacist are ca scop ocrotirea sănătății publice, prin punerea la dispoziția fiecărui pacient și a publicului în general a cunoștințelor, abilităților și competențelor specifice.

(2) Farmacistul trebuie să își exercite profesiunea exclusiv în respect față de viață și față de persoana umană, binele fiecărui pacient și interesul sănătății publice trebuind să primeze în orice activitate profesională a farmacistului.

(Art. 5, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 461

(1) Farmacistul trebuie să trateze fiecare persoană care i se adresează în scop profesional cu respect, cu devotament și fără discriminare.

(2) Orice farmacist, în limita cunoștințelor și mijloacelor de care dispune, are îndatorirea de a acorda ajutor de urgență oricărei persoane aflate în pericol imediat, cu excepția cazurilor de forță majoră.

(3) În exercitarea profesiunii, farmacistul are obligația de a respecta drepturile pacienților, după cum urmează:

a) dreptul la servicii și la produse de sănătate pentru prevenirea îmbolnăvirilor, inclusiv la educație adecvată în acest scop;

b) dreptul de acces la servicii și la produse adecvate stării lor de sănătate, inclusiv la cele inovative;

c) dreptul la informare privind starea lor de sănătate, serviciile și produsele de sănătate, cercetarea și inovarea în domeniul sănătății;

d) dreptul la consimțământ informat în privința utilizării serviciilor și produselor de sănătate;

e) dreptul la libera alegere a unității sanitare, a profesionistului, a serviciilor și a produselor de sănătate adecvate stării lor de sănătate;

f) dreptul la intimitate în timpul furnizării și utilizării serviciilor și produselor de sănătate;

g) dreptul la confidențialitatea datelor personale și a informațiilor privind starea lor de sănătate, serviciile și produsele de sănătate utilizate;

h) dreptul la respectarea timpului propriu în privința furnizării serviciilor și produselor de sănătate necesare;

i) dreptul la produse și servicii de sănătate de calitate, în conformitate cu standardele legale în vigoare;

j) dreptul la siguranță în relație cu unitățile sanitare, cu profesioniștii din sănătate, cu serviciile și produsele de sănătate utilizate;

k) dreptul de a respinge orice suferințe și dureri care nu sunt necesare în legătură cu starea proprie de sănătate;

l) dreptul de a depune plângere în legătură cu serviciile sau produsele de sănătate, dreptul la rezolvarea plângerii și dreptul de a fi informați în privința rezultatului acesteia;

m) dreptul la despăgubiri pentru prejudiciile fizice, morale sau psihologice suferite în legătură cu utilizarea unor servicii sau produse de sănătate.

(Art. 6, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 462

(1) Farmacistul trebuie să contribuie activ la informarea și educarea populației în materie de sănătate, în special în ceea ce privește combaterea toxicomaniei, dopajului și altor flageluri.

(2) Participarea în programe și proiecte publice de promovare a sănătății și a calității vieții, inițiate de Colegiul Farmaciștilor din România sau de alte instituții competente, care-i solicită cunoștințele, abilitățile sau competența, constituie o obligație etică pentru farmacist.

(3) Farmacistul poate iniția și promova proiecte proprii de promovare a sănătății și a calității vieții, aceste acțiuni trebuind să constituie modele de practică etică și de calitate.

(Art. 7, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 463

(1) Farmacistul este obligat să colaboreze cu autoritățile publice competente și să participe la orice acțiune întreprinsă de acestea în vederea ocrotirii sănătății publice.

(2) În interesul public, farmacistul trebuie să evite orice act de natură să compromită buna funcționare a instituțiilor sanitare și/sau a regimurilor de asigurări sociale sau buna gestionare a resurselor acestora.

(3) În orice situație în care este necesar, în interesul pacientului sau al sănătății publice, farmacistul trebuie să colaboreze cu colegii, cu medicii, cu alți profesioniști din sănătate, cu autorități din domeniu sau cu alte instituții competente.

(4) Farmacistul trebuie să își trateze toți colaboratorii cu respect, bunăvoință și colegialitate.

(Art. 8, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 464

(1) În orice împrejurare ce implică exercitarea corectă a profesiunii, în interesul pacientului sau al sănătății publice, farmaciștii trebuie să dovedească loialitate, solidaritate și colegialitate.

(2) Farmaciștii trebuie să se comporte în permanență cu cinste și demnitate profesională, astfel încât să nu prejudicieze în nici un fel vreun coleg, profesiunea sau corpul profesional.

(3) Concurența loială și publicitatea etică trebuie să guverneze relațiile dintre unitățile farmaceutice în care profesează farmaciștii.

(4) Farmacistul este obligat să respecte și să promoveze principiile publicității etice și ale concurenței loiale, indiferent de statutul instituției sau al unității în care profesează.

(Art. 9, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 465

(1) Farmacistul trebuie să-și păstreze, în permanență, libertatea de gândire și de decizie în realizarea actului profesional.

(2) Independența profesională trebuie susținută și apărată în orice situație, în interesul pacientului, al sănătății publice și al demnității profesiunii.

(3) Farmacistul nu trebuie să accepte nici un fel de constrângere financiară, comercială, tehnică, morală sau de orice altă natură, care ar aduce atingere independenței sale în actul profesional, în special cu ocazia încheierii de contracte, convenții sau alte înțelegeri cu obiect profesional.

(4) Orice astfel de înțelegeri, inclusiv secrete, încheiate în condiții de constrângere de natura celor enumerate la alin. (3) al prezentului articol, sunt contrare deontologiei farmaceutice și trebuie aduse la cunoștința Colegiului Farmaciștilor din România.

(Art. 10, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 466

(1) Farmacistul își exercită personal profesiunea și poartă întreaga răspundere pentru deciziile luate cu ocazia fiecărui act profesional.

(2) În vederea protejării răspunderii sale profesionale personale, farmacistul nu trebuie să permită utilizarea, în numele său, a următoarelor:

a) semnătura sa olografă sau electronică;

b) certificatul propriu de membru al Colegiului Farmaciștilor din România;

c) contractul în baza căruia își exercită profesiunea;

d) orice cod propriu de identificare eventual stabilit la nivel instituțional.

(3) În cazul în care oricare dintre elementele enumerate la alin. (2) al prezentului articol a fost utilizat fără știrea sa, farmacistul este obligat ca, la luarea la cunoștință, să anunțe de îndată Colegiul Farmaciștilor din România.

(Art. 11, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 467

(1) În vederea asigurării calității în activitățile profesionale, farmacistul are obligația de a respecta și aplica legislația profesională, regulile de bună practică specifice domeniului său de activitate, precum și orice alte standarde de calitate aplicabile, stabilite prin documente oficiale instituționale, naționale sau internaționale.

(2) În situațiile în care, în rezolvarea unei probleme din practică, alegerea soluției nu este prevăzută de legislația în vigoare, farmacistul trebuie să ia o decizie concordantă cu deontologia farmaceutică și să își asume răspunderea.

(Art. 12, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 468

(1) Farmacistul trebuie să își mențină competența și calitatea actului profesional la nivelul progresului cunoașterii în domeniul propriu de activitate.

(2) În acest scop, el are datoria de a-și actualiza permanent cunoștințele, prin participarea la activități de educație continuă adecvate, în conformitate cu standardele în vigoare.

(3) Înainte de a ocupa un post sau o funcție, farmacistul trebuie să se asigure că are experiența, cunoștințele și competențele necesare pentru îndeplinirea corectă a atribuțiilor în acel post sau în acea funcție.

(4) Farmacistul nu trebuie să divulge, nici după încetarea atribuțiilor sale, indiferent de post sau funcție, informații care, prin natura lor, fac obiectul secretului profesional, conform reglementărilor specifice domeniului de activitate și documentelor oficiale instituționale.

(Art. 13, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 469

(1) Farmaciștii trebuie să își exercite profesiunea cu evitarea situațiilor de nedemnitate sau de incompatibilitate stabilite prin legislația în vigoare.

(2) Ei nu pot desfășura, în paralel cu exercitarea profesiunii de farmacist, nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității acestei profesiuni sau bunelor moravuri.

(3) Sunt considerate astfel de ocupații cele care implică activități ilegale sau care au scop contrar celui de ocrotire a sănătății, vieții ori persoanei umane, conform deciziei, de la caz la caz, a organelor competente ale Colegiului Farmaciștilor din România.

(4) Starea de sănătate fizică și psihică adecvată exercitării corecte a profesiunii trebuie certificată, în mod regulat, prin prezentarea certificatului de sănătate, la intervale de cel puțin 3 ani, la organele abilitate ale Colegiului Farmaciștilor din România.

(Art. 14, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 470

(1) Farmacistul are obligația morală de a se angaja în dezvoltarea și în evoluția profesiunii, în special prin participarea la educația și la formarea profesională a viitorilor farmaciști.

(2) Farmacistul care îndrumă studenți sau rezidenți în practică sau în stagiu profesional trebuie să acorde timp suficient pentru formarea corespunzătoare a acestora și să-i implice în toate activitățile sale profesionale.

(3) El trebuie să împărtășească studenților și rezidenților cunoștințele sale profesionale și să le pună la dispoziție toate mijloacele de documentare utile, pentru o formare practică de nivel înalt.

(4) Farmacistul are datoria de a inspira studenților și rezidenților respect și devotament față de profesiune, constituind el însuși un model profesional și deontologic.

(Art. 15, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 471

(1) Farmaciștii care participă cu prezentări la manifestări științifice sau profesionale, respectiv cei care publică materiale profesionale, trebuie să se asigure că întregul conținut al materialelor susținute este onest, echilibrat, obiectiv, bazat pe informații științifice care pot contribui la ameliorarea cunoașterii, a serviciilor furnizate pacienților și a utilizării medicamentelor.

(2) În virtutea dreptului pacienților la informare de calitate privind medicamentele și la educație în domeniul sănătății, prevederile alin. (1) al prezentului articol se aplică și în cazul participării farmaciștilor la reuniuni cu pacienți ori asociații de pacienți sau cu alți reprezentanți ai societății civile.

(Art. 16, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 472

(1) Colegiul Farmaciștilor din România garantează menținerea standardelor profesionale ale farmaciștilor la cel mai înalt nivel, în concordanță cu cunoașterea științifică și cu progresul standardelor legale.

(2) În acest scop, prin organele sale competente, supraveghează respectarea, de către farmaciști, a obligațiilor profesionale și a deontologiei farmaceutice, și acționează pentru apărarea independenței, onoarei și demnității profesiunii.

(3) Orice diferende între farmaciști, legate de exercitarea profesiunii, de semnalare a erorilor profesionale sau a abaterilor de la Codul deontologic, se rezolvă prin intermediul organelor competente ale Colegiul Farmaciștilor din România, înainte de a fi comunicate public.

(4) Orice modificare în statutul profesional al farmacistului trebuie comunicată Colegiului Farmaciștilor din România, în conformitate cu reglementările în vigoare.

(Art. 17, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3 Principii specifice domeniilor de activitate

3.3.1 Cercetarea științifică

Art. 473

(1) Colegiul Farmaciștilor din România susține și promovează cercetarea științifică de calitate și onestă, cu respectarea legislației în vigoare și a principiilor de etică proclamate de documente oficiale naționale și internaționale.

(2) Colegiul Farmaciștilor din România încurajează și sprijină activitatea de publicare și de difuzare către publicul larg a rezultatelor valoroase obținute în cercetarea științifică.

(3) Colegiul Farmaciștilor din România apără drepturile de proprietate intelectuală ale farmaciștilor autori de publicații științifice sau profesionale, invenții sau inovații.

(Art. 18, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 474

(1) Farmaciștii participă la progresul cunoașterii în domeniul sănătății prin conducerea, participarea sau promovarea de proiecte de cercetare științifică.

(2) Farmaciștii care desfășoară activitate de cercetare științifică trebuie să ia în considerare cele mai înalte standarde de calitate și de etică aplicabile domeniului.

(3) Ei trebuie să se asigure că toate cerințele legale și etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a activității de cercetare, în conformitate cu normele instituționale, naționale și internaționale aplicabile.

(Art. 19, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 475

(1) Înainte de a începe o activitate de cercetare care implică utilizarea animalelor sau participarea unor subiecți umani, farmacistul trebuie să se asigure de aprobarea comisiei de etică responsabile și a autorităților competente, care certifică valoarea științifică și etică a proiectului respectiv.

(2) El trebuie să se asigure, de asemenea, că toți colaboratorii săi în cadrul acelui proiect de cercetare își cunosc obligațiile profesionale și etice.

(3) Orice conflicte de interese potențiale trebuie declarate, iar relațiile cu promotorii și/sau finanțatorii proiectului de cercetare trebuie să fie corecte și transparente.

(Art. 20, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 476

(1) În realizarea unui proiect de cercetare care implică subiecți umani, inclusiv în publicarea rezultatelor acelui proiect, farmacistul trebuie să evalueze consecințele acestuia asupra tuturor participanților și în special:

a) să se consulte cu acei colaboratori care l-ar putea ajuta în luarea deciziilor sau în adoptarea măsurilor necesare pentru prevenirea riscurilor cercetării asupra subiecților umani participanți;

b) să se asigure că toți colaboratorii săi respectă integritatea fizică și psihică a subiecților umani participanți, precum și dreptul acestora la demnitate, intimitate, confidențialitate, siguranță și calitate.

(2) În relația cu orice subiect uman potențial participant la cercetare, respectiv cu reprezentantul legal al acestuia, farmacistul este obligat:

a) să-i respecte dreptul de a fi informat în mod adecvat asupra proiectului de cercetare, asupra beneficiilor și riscurilor în cazul participării;

b) să-i respecte dreptul de a decide dacă participă sau nu la proiectul de cercetare, fără ca această decizie să aibă vreun efect asupra relației lor profesionale;

c) să obțină consimțământul liber, informat, în scris și revocabil în orice moment, înainte de începerea participării la proiectul de cercetare sau în cazul oricărei modificări semnificative a protocolului de cercetare, precum și în cazul necesității comunicării informațiilor personale către terți în scop de cercetare;

d) să-i respecte dreptul de a-și exercita drepturile, în cazul în care consideră că acestea nu i-au fost respectate, inclusiv prin asistență în depunerea și în rezolvarea plângerilor la nivel instituțional;

e) dacă a luat decizia de a participa la cercetare, să-i respecte dreptul de a se retrage în orice moment din proiectul de cercetare.

(3) Farmacistul trebuie să refuze colaborarea în orice proiect de cercetare care implică subiecți umani, dacă apreciază că riscurile la care sănătatea acestora ar fi expusă sunt disproporționate în comparație cu beneficiile potențiale ale participării la cercetare.

(Art. 21, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 477

Farmaciștii autori de invenții, inovații, publicații științifice sau profesionale, precum și cei care au atribuții în evaluarea, editarea sau publicarea acestora, au obligația de a respecta principiile și practicile etice recunoscute la nivel național și internațional în legătură cu protecția drepturilor de proprietate intelectuală și asigurarea calității publicațiilor.

(Art. 22, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3.2 Industria, importul, exportul

Art. 478

(1) Colegiul Farmaciștilor din România susține și promovează o industrie farmaceutică responsabilă, pentru fabricarea și punerea pe piață de medicamente de calitate și pentru satisfacerea în mod adecvat a cererii de medicamente de pe piața românească.

(2) Colegiul Farmaciștilor din România încurajează și sprijină o informare corectă, etică, asupra medicamentelor puse pe piața românească, dacă este furnizată într-un cadru științific de calitate, indiferent că este destinată profesioniștilor, pacienților sau publicului larg.

(Art. 23, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 479

(1) Colegiul Farmaciștilor din România susține și încurajează implicarea farmaciștilor în activitățile de farmacovigilență desfășurate de titularii de autorizații de punere pe piață și de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

(2) Activitățile de farmacovigilență se desfășoară cu respectarea legislației în vigoare, a standardelor de calitate aplicabile, a eticii profesionale și cu ocrotirea drepturilor pacienților la medicamente de calitate, inclusiv inovative, la protejarea datelor personale și la siguranță în utilizarea medicamentelor.

(Art. 24, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 480

(1) Farmaciştii care îşi exercită profesiunea în domeniul industriei, importului şi exportului de medicamente trebuie să respecte standardele de calitate şi de etică aplicabile domeniului, precum și orice alte reglementări adoptate în interesul sănătății publice sau al ocrotirii mediului înconjurător.

(2) Ei trebuie să se asigure că toate cerinţele legale şi etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a activităţilor de fabricaţie, de punere pe piaţă şi de supraveghere a medicamentelor, pentru a evita pătrunderea în circuitul legal, respectiv utilizarea de către pacienţi a unor produse defectuoase, falsificate sau contrafăcute.

(3) Dreptul pacienţilor la calitatea medicamentelor şi dreptul la utilizarea lor în siguranţă trebuie apărate de acești farmaciști în orice situaţie.

(Art. 25, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 481

(1) Farmacistul responsabil de fabricaţie, controlul calităţii, eliberarea loturilor, import, export sau farmacovigilenţă, la nivelul titularului autorizaţiei de punere pe piaţă a medicamentului, trebuie să vegheze la respectarea regulilor de bună practică şi a altor standarde oficiale aplicabile, precum şi a eticii profesionale.

(2) El trebuie să se asigure de definirea precisă a atribuţiilor personalului aflat sub autoritatea sa şi de formarea adecvată, profesională şi etică, a acestuia.

(3) Farmacistul trebuie să supravegheze exactitatea informaţiei ştiinţifice asociate medicamentelor şi/sau activităţilor de care este responsabil şi corecta ei utilizare, inclusiv în scopuri publicitare.

(Art. 26, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 482

(1) Farmaciştii care îşi exercită profesiunea în calitate de reprezentanţi medicali ai titularilor de autorizaţii de punere pe piaţă trebuie să-şi utilizeze cunoştinţele profesionale în mod adecvat, astfel încât să furnizeze informaţii precise, corecte şi complete asupra medicamentelor pe care le promovează.

(2) Farmaciştii reprezentanţi medicali au obligaţia de a se comporta cu respect şi curtoazie faţă de profesioniştii din sănătate cu care vin în contact, fără a le perturba activitatea normală.

(3) Ei trebuie să respecte cu scrupulozitate indicaţiile profesioniştilor vizitaţi, în ceea ce priveşte frecvenţa, durata sau alte modalităţi sau aspecte ale vizitelor profesionale.

(Art. 27, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 483

(1) În activitatea lor de promovare a medicamentelor, farmaciştii reprezentanţi medicali pot face uz de mijloacele financiare şi materiale puse la dispoziţia lor de către angajator, în conformitate cu legislaţia în vigoare şi cu etica profesională.

(2) Aceste mijloace pot fi utilizate în relaţia cu profesioniştii din sănătate numai în scop de promovare a sănătăţii sau a cercetării în domeniu, respectiv gesturi simbolice de curtoazie, şi nu în scopul stimulării recomandării, prescrierii, achiziţionării sau vinderii, eliberării ori administrării medicamentelor.

(3) Orice practici de natura promisiunii, oferirii sau furnizării, în mod direct sau indirect, de prime, avantaje pecuniare, materiale sau de orice altă natură, către profesioniştii de sănătate, respectiv de acceptare sau de încurajare a unor astfel de practici, în scopul prescrierii, recomandării, achiziţionării sau vinderii, eliberării ori administrării medicamentelor promovate, sunt contrare deontologiei farmaceutice.

(Art. 28, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 484

Prevederile prezentei secţiuni a Codului se aplică, în mod corespunzător, şi farmaciştilor care îşi exercită profesiunea în domeniul industriei, importului şi exportului altor produse de sănătate: substanţe farmaceutice, produse igieno-cosmetice, suplimente alimentare, dispozitive medicale etc.

(Art. 29, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3.3 Distribuția en gros și brokerajul

Art. 485

(1) Farmaciștii care își exercită profesiunea în domeniul distribuţiei en gros şi brokerajului de medicamente trebuie să respecte standardele de calitate şi de etică aplicabile domeniului.

(2) Ei trebuie să se asigure că toate cerinţele legale şi etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a activităţilor de distribuţie en gros, respectiv de brokeraj de medicamente, pentru a evita pătrunderea în circuitul legal, respectiv utilizarea de către pacienţi a unor produse defectuoase, falsificate sau contrafăcute.

(3) Drepturile pacienţilor din România referitoare la disponibilitatea, accesibilitatea şi calitatea medicamentelor trebuie apărate în orice situaţie de către farmaciştii care activează în distribuţia en gros sau în brokeraj.

(Art. 30, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 486

(1) Farmacistul şef de depozit şi cel responsabil de supravegherea calităţii medicamentelor la nivel de distribuitor en gros trebuie să vegheze la respectarea regulilor de bună practică şi a altor standarde oficiale aplicabile, precum şi a eticii profesionale.

(2) Ei trebuie să se asigure de definirea precisă a atribuţiilor personalului aflat sub autoritatea lor şi de formarea adecvată, profesională şi etică, a acestuia.

(3) Fiecare dintre aceşti farmacişti trebuie să supravegheze exactitatea informaţiilor asociate medicamentelor şi activităţilor de care este responsabil şi corecta lor utilizare la nivelul distribuitorului en gros, inclusiv în scopuri publicitare.

(Art. 31, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 487

Prevederile art. 27-28 din prezentul Cod se aplică, în mod corespunzător, şi farmaciştilor care activează ca reprezentanți medicali ai distribuitorilor en gros de medicamente.

(Art. 32, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 488

Prevederile prezentei secţiuni a Codului se aplică, în mod corespunzător, şi farmaciştilor care îşi exercită profesiunea în domeniul distribuţiei en gros a altor produse de sănătate: substanțe farmaceutice, produse igieno-cosmetice, suplimente alimentare, dispozitive medicale etc.

(Art. 33, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3.4 Distribuția en détail

Art. 489

(1) Distribuția en détail a medicamentelor se realizează prin intermediul unităților farmaceutice de tip farmacie comunitară, farmacie de spital și drogherie, cu respectarea statutului și limitelor de activitate ale acestora, stabilite prin lege.

(2) Înființarea unei unități farmaceutice de distribuție en détail sub responsabilitatea unui farmacist șef implică asumarea de către acesta a obligației etice de participare la toate etapele procesului de amenajare, dotare și autorizare a unității conform legislației în vigoare.

(3) Farmacistul șef trebuie să se asigure că, odată autorizată, organizarea și funcționarea unității farmaceutice de distribuție en détail se realizează astfel încât să se respecte drepturile pacienților referitoare la disponibilitatea, accesibilitatea şi calitatea medicamentelor, a altor produse de sănătate și a serviciilor profesionale care fac obiectul activității acelei unități.

(Art. 34, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 490

(1) Ca persoană responsabilă de întreaga activitate profesională din unitatea farmaceutică de distribuție en détail pe care o conduce, farmacistul şef are următoarele obligaţii etice:

a) să se informeze asupra tuturor aspectelor şi cerinţelor legate de funcţia pe care o îndeplineşte;

b) să se asigure că aspectul exterior și interior al unității farmaceutice este în permanență în acord cu legislația în vigoare și cu demnitatea profesională;

c) să se asigure că localul, echipamentele şi utilităţile unității farmaceutice sunt menţinute la standardele acceptate pentru desfăşurarea în bune condiţii a activităţilor profesionale;

d) să vegheze la respectarea regulilor de bună practică şi a altor standarde oficiale aplicabile, precum şi a eticii profesionale, în unitatea pe care o conduce;

e) să se asigure că toate activităţile profesionale desfăşurate sub autoritatea sa, precum şi cele exercitate de el personal, sunt supuse asigurării de răspundere profesională;

f) să se asigure de definirea precisă a atribuţiilor personalului aflat sub autoritatea sa şi de formarea adecvată, profesională şi etică, a acestuia;

g) să se asigure că toţi membrii personalului aflat sub autoritatea sa sunt informaţi asupra atribuţiilor lor profesionale și asupra obligațiilor lor etice;

h) să se asigure de ținuta profesională a personalului aflat sub autoritatea sa, inclusiv ecuson, cu numele, prenumele, calificarea, eventuale titluri științifice sau profesionale ori însemnele corpului profesional;

i) să transmită în mod clar instrucțiuni și, dacă este cazul, proceduri standard de operare în scris, pentru a evita sau a reduce la minim orice risc de eroare în activitatea profesională;

j) să se asigure că toți membrii personalului aflat sub autoritatea sa își îndeplinesc atribuţiile în conformitate cu prevederile legale, cu competenţa şi cu aptitudinile personale;

k) să se asigure de respectarea independenţei profesionale a tuturor farmaciştilor care profesează în unitatea farmaceutică pe care o conduce;

l) să se asigure că toate măsurile privind respectarea drepturilor pacienților sunt cunoscute și aplicate în practică în unitatea pe care o conduce;

m) să supravegheze exactitatea informaţiilor asociate medicamentelor, altor produse de sănătate şi activităţilor de care este responsabil, precum şi corecta utilizare a acestor informații la nivelul unității de distribuție en détail, inclusiv în scopuri publicitare.

(2) Farmacistul șef are datoria etică de a organiza, în mod regulat, evaluări ale activității și ale personalului din unitatea farmaceutică de care este responsabil, inclusiv autoevaluări, în scopul optimizării serviciilor profesionale, al protejării pacientului și a sănătății publice.

(3) Farmacistul șef trebuie să mențină relații de bună colaborare cu toate autoritățile și instituțiile implicate în ocrotirea vieții, a sănătății publice și a mediului înconjurător, respectiv în asigurarea calității activității farmaceutice, precum și să răspundă oricăror solicitări ale acestora de a participa la intervenții, programe sau proiecte ce-i solicită expertiza.

(Art. 35, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 491

(1) Farmaciștii care își exercită profesiunea în domeniul distribuţiei en détail a medicamentelor și a altor produse de sănătate trebuie să respecte standardele de calitate şi de etică aplicabile domeniului.

(2) Ei trebuie să se asigure că toate cerinţele legale şi etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a activităţilor din unitățile farmaceutice de distribuţie en détail în care profesează, inclusiv pentru a evita pătrunderea în circuitul legal, respectiv utilizarea de către pacienţi a unor produse defectuoase, falsificate sau contrafăcute.

(3) Educația pentru sănătate a populației, inclusiv consilierea pentru prevenirea îmbolnăvirilor și promovarea utilizării raționale a medicamentelor și a altor produse de sănătate, constituie obligații etice esențiale ale farmaciștilor din unitățile farmaceutice de distribuţie en détail.

(4) În orice situație, angajamentul profesional al farmaciștilor nu poate depăși competența lor profesională, tipul de unitate în care profesează, capacitatea tehnică și de dotare a acesteia.

(Art. 36, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 492

(1) Relațiile profesionale cu pacienții trebuie să aibă la bază respectul farmacistului față de demnitatea umană, înțelegerea și compasiunea sa față de suferință, precum și încrederea pacientului în competența și experiența profesională a farmacistului.

(2) Pentru stabilirea acestei relații de încredere, farmacistul are datoria etică de a furniza pacientului:

a) medicamente cu autorizație de punere pe piață valabilă în România, în condițiile legii, cu respectarea limitelor de activitate ale tipului de unitate farmaceutică;

b) alte produse de sănătate autorizate, în funcție de tipul unității farmaceutice, a căror calitate este certificată, conform legii;

c) informații și consiliere de specialitate pentru alegerea adecvată și utilizarea corectă a medicamentelor și a altor produse de sănătate;

d) servicii suplimentare de sănătate care îi sunt date în competență, în condițiile legii și în funcție de tipul unității farmaceutice;

e) informații privind starea lor de sănătate, precum și privind drepturile lor la servicii și produse în relație cu aceasta, în cadrul sistemului sanitar.

(3) Orice informații furnizate pacientului despre medicamente, alte produse de sănătate sau servicii profesionale trebuie să fie imparțiale, relevante și actuale, respectiv să se refere atât la beneficii, cât și la riscuri, pentru a ajuta pacientul să ia o decizie informată.

(4) Orice act profesional referitor la sănătatea unui pacient, inclusiv accesarea și utilizarea informațiilor și datelor sale personale, trebuie realizat de către farmacist numai cu consimțământul informat prealabil al pacientului respectiv sau al reprezentantului său legal.

(5) Farmacistul trebuie să respecte alegerile pacientului, inclusiv decizia sa de a refuza un anumit medicament, un alt produs sănătate sau un serviciu profesional.

(Art. 37, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 493

(1) Cu ocazia eliberării medicamentelor, farmacistul trebuie să se asigure de realizarea unui act farmaceutic de calitate și etic, în conformitate cu standardele în vigoare. În acest scop, farmacistul trebuie să aibă în vedere în special:

a) analiza prescripției medicale, atunci când aceasta există, din punct de vedere legal, terapeutic, economic;

b) contextul stării de sănătate și particularitățile pacientului, inclusiv existența altor tratamente în curs;

c) eliberarea medicamentelor celor mai adecvate nevoilor pacientului, cu cel mai bun raport beneficiu-cost, în funcție de resursele disponibile;

d) informarea și consilierea pentru un tratament eficient și o conduită de viață corectă, în limbaj adecvat pacientului sau reprezentantului acestuia.

(2) În mod particular, în cazul solicitării sau recomandării de medicamente care se pot eliberafără prescripție medicală, farmacistul are obligația etică de a se asigura că:

a) pacientul are reală nevoie de un tratament medicamentos;

b) pacientul nu primește, în plus, medicamente sau alte produse de sănătate de care nu are nevoie;

c) pacientul nu este încurajat, în nici un fel și prin nici o metodă de marketing comercial, să cumpere și/sau să consume medicamente în mod abuziv.

(3) Farmaciștii sunt obligați să se asigure că informațiile și consilierea au fost percepute și înțelese corect de către pacienți, aceștia fiind încurajați să participe activ la managementul și la reușita tratamentului propriu.

(Art. 38, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 494

(1) În vederea respectării dreptului pacienților la utilizarea în siguranță a medicamentelor, farmaciștii din unitățile de distribuție en détail au obligația etică de a participa la activitatea de farmacovigilență.

(2) În acest sens, farmaciștii au datoria de a furniza pacienților și altor profesioniști din domeniul sănătății informații adecvate, susținere și expertiză pentru evitarea, documentarea, raportarea și/sau managementul reacțiilor adverse la medicamente.

(3) Ei trebuie să încurajeze pacienții să raporteze reacțiile adverse la medicamente, fie prin intermediul lor sau al altor profesioniști din domeniul sănătății, fie direct Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale sau titularilor autorizațiilor de punere pe piață.

(Art. 39, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 495

(1) Farmaciștii din unitățile de distribuție en détail au obligația de a furniza produse și servicii de sănătate specializate pacientului și publicului în general, fără nici un fel de discriminare.

(2) Ei trebuie să se abţină de la a critica sau condamna stilul de viață, valorile sau convingerile personale, culturale, religioase, politice ori de altă natură ale pacienților care fac apel la serviciile unităților farmaceutice în care profesează.

(3) Propriile convingeri sau opinii asupra valorilor sau convingerilor de orice natură ale pacienților ori asupra rasei, genului, identității, vârstei, stilului de viață, statutului social sau altor factori nu trebuie să afecteze în nici un fel actul profesional al farmacistului.

(4) În cazul în care propriile valori sau convingeri morale ori religioase îl impiedică să furnizeze anumite medicamente, alte produse de sănătate și/sau servicii profesionale către pacienți, farmacistul este obligat să informeze în prealabil viitorul angajator în acest sens.

(Art. 40, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 496

(1) Famacistul nu trebuie să refuze în mod nejustificat acordarea produselor sau serviciilor care constituie obiectul de activitate al unității farmaceutice de distribuție en détail în care profesează, conform legii.

(2) El poate refuza acordarea unor astfel de produse sau servicii către pacient atunci când:

a) refuzul este justificat de interesul sănătăţii pacientului;

b) pacientul sau reprezentantul acestuia îi solicită farmacistului să acționeze contrar independenței sale profesionale sau solicitarea este de natură a-i știrbi imaginea, demnitatea sau valorile morale ale profesiunii ori nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiunii de farmacist, cu scopul și rolul social al acesteia;

c) comportamentul pacientului nu se încadrează în normele de conduită socială corectă;

d) pacientul refuză, în cunoștință de cauză, efectuarea tratamentului.

(3) Refuzul acordării unor produse sau servicii trebuie justificat, în orice situație, pacientului în cauză sau reprezentantului acestuia.

(Art. 41, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 497

(1) Farmacistul trebuie să respecte dreptul pacientului la intimitate, prin organizarea potrivită a zonei în care are loc discuția cu acesta.

(2) El are datoria etică de a respecta timpul propriu al pacientului, reducând la minimul posibil timpul de așteptare al acestuia, furnizând produse și servicii farmaceutice în ordinea solicitărilor, cu excepția situațiilor de urgență.

(3) Respectul față de pacient impune asigurarea condițiilor de confort în timpul așteptării și asistență de specialitate pentru administrarea medicamentelor în incinta unității farmaceutice de distribuție en détail, dacă este cazul.

(Art. 42, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 498

(1) Farmacistul are obligaţia păstrării secretului profesional.

(2) Farmacistul trebuie să respecte şi să protejeze confidenţialitatea informaţiilor privind starea de sănătate a pacienţilor, inclusiv după decesul acestora.

(3) Informațiile la care se face referire în alin. (2) al prezentului articol pot fi dezvăluite numai în următoarele cazuri:

a) când pacientul şi-a dat consimţământul explicit în scris;

b) când tutorele pacientului a consimţit în scris, dacă vârsta pacientului sau starea de sănătate a acestuia nu permite aceasta;

c) când este necesar pentru a preveni afectări majore sau punerea în pericol a sănătăţii pacientului, a unei terţe persoane sau a publicului în general, la solicitarea instanței de judecată competente;

d) când este necesar pentru stabilirea vinovăţiei în cazul săvârşirii unor infracţiuni, la solicitarea instanţei de judecată competente;

e) în alte situaţii prevăzute de lege.

(4) Farmacistul nu trebuie să dezvăluie nici o informaţie referitoare la practica prescrierii unui medic, decât cu acordul scris al acestuia.

(5) Farmacistul trebuie să protejeze informaţia profesională internă a unității farmaceutice de distribuție en détail în care profesează, respectând următoarele reguli:

a) să nu permită accesul terţilor la informaţii privind activitatea unităţii, decât cu acordul scris al angajatorului sau în alte situaţii prevăzute de lege;

b) să respecte cerinţele legale de protecţie a informaţiilor privind acumularea, prelucrarea şi utilizarea acestora;

c) să asigure protecţia adecvată a informaţiilor la operaţiunile de primire, stocare, prelucrare, transmitere ori distrugere.

(6) Farmacistul este obligat să comunice farmacistului șef și organelor competente ale Colegiului Farmaciștilor din România orice informație internă referitoare la măsuri sau acțiuni care aduc atingere demnității profesiunii și Codului deontologic al farmacistului.

(Art. 43, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 499

(1) Dacă farmacistul nu poate oferi, în unitatea farmaceutică de distribuție en détail în care profesează, produsele și/sau serviciile necesare pacientului, el este obligat să-l îndrume către o altă unitate farmaceutică în care cererea acestuia poate fi onorată.

(2) Dacă dotarea și autorizația de funcționare a farmaciei nu permite prepararea medicamentelor, farmacistul trebuie să îndrume persoana care solicită un preparat magistral sau oficinal către cea mai apropiată farmacie care oferă acest serviciu.

(3) În cazul solicitărilor de medicamente prescrise ca formule magistrale sau oficinale, farmacistul din farmacie trebuie să se asigure de prepararea acestor produse în condiții de calitate, în conformitate cu regulile de bună practică farmaceutică și cu alte standarde legale în vigoare.

(Art. 44, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 500

(1) În vederea asigurării continue a dreptului pacientului la produse și servicii farmaceutice, farmaciștii care profesează în farmacii comunitare au obligația:

a) de a asigura prezența a cel puțin unui farmacist în farmacie pe toată durata programului de funcționare a acesteia;

b) de a afișa lista farmaciilor autorizate cu receptură (numele farmaciei, adresa, numărul de telefon), în cazul în care nu prepară medicamente;

c) de a participa, la solicitarea autorităților, în limita personalului disponibil, la serviciile de gardă, conform legii;

d) de a afișa lista farmaciilor care au serviciu de gardă (numele farmaciei, adresa, numărul de telefon), în cazul în care nu participă la asigurarea serviciului de gardă;

e) de a furniza pacienților produse și/sau servicii farmaceutice de urgență, respectând principiile prevăzute în prezentul articol.

(2) În cazuri urgente, farmacistul trebuie să acorde pacientului produsele și/sau serviciile necesare, chiar dacă este solicitat în afara programului farmaciei în care profesează.

(4) Farmacistul este obligat să acorde primul ajutor, în limita competenţelor sale, şi să solicite intervenţia serviciilor medicale specializate, informându-le asupra măsurilor luate din proprie iniţiativă.

(Art. 45, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 501

(1) Farmaciștii din farmacie au obligația profesională și etică de a colabora activ cu medicii prescriptori, în vederea asigurării accesului la medicamente și a condițiilor optime de efectuare a tratamentelor de către pacienți.

(2) În colaborarea lor cu medicii, farmaciștii care profesează în farmacia comunitară trebuie să se abțină de la orice acțiuni sau înţelegeri care ar avea drept rezultat încălcarea dreptului pacientului la libera alegere a farmaciei sau a farmacistului ori obținerea de avantaje materiale. Sunt considerate astfel de acțiuni, fără a fi limitative, următoarele:

a) oferirea de avantaje materiale medicului prescriptor în caz de îndrumare a pacientului către o anumită farmacie sau către anumite farmacii;

b) furnizarea și/sau depozitarea medicamentelor sau a altor produse de sănătate la sediul unității sanitare în care profesează medicul prescriptor;

c) oferirea de formulare de prescripție medicală cu datele de identificare ale farmaciei.

(3) Orice înțelegeri între farmaciști, între aceștia și medici sau alți profesioniști din sănătate, de natură să compromită buna funcționare a instituțiilor sanitare și/sau a regimurilor de asigurări sociale sau buna gestionare a resurselor acestora ori care au drept scop obținerea de avantaje materiale, în dauna resurselor financiare disponibile pentru tratamente în cazul îmbolnăvirilor sau pentru prevenirea acestora, sunt contrare deontologiei farmaceutice și sunt interzise.

(4) Pentru protejarea încrederii pacienților în profesiunile din sănătate, farmaciștii din farmacie trebuie să se abţină de la orice acte sau fapte care ar putea aduce prejudicii demnităţii şi imaginii medicilor sau altor profesioniști din domeniul sănătății.

(Art. 46, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 502

(1) Farmacistul din farmacie nu trebuie să utilizeze, în relațiile cu pacienții, mijloacele concurenţei neloiale în vederea obţinerii unor avantaje materiale sau de altă natură.

(2) Se consideră a fi practici neloiale, fără a fi limitative, următoarele activităţi:

a) atragerea pacienţilor prin oferirea de avantaje materiale sau prin practici de publicitate ilegală sau neetică;

b) atragerea pacienților prin folosirea de funcția de conducere deținută ori de mandatul încredinţat în cadrul organelor de conducere ale Colegiului Farmaciștilor din România sau de notorietatea personală;

c) atragerea pacienților prin defăimarea colegilor sau a serviciilor acestora.

(3) Denunţarea nejustificată a colegilor, în scop concurenţial, este contrară deontologiei farmaceutice.

(Art. 47, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 503

(1) Colegiul Farmaciștilor din România se asigură că publicitatea referitoare la farmaciști, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care aceștia profesează este etică, în conformitate cu prezentul Cod deontologic și în concordanță cu rolul profesiunii în promovarea și ocrotirea sănătății.

(2) Obținerea aprobării prealabile a Colegiului Farmaciștilor din România este obligatorie pentru utilizarea oricăror materiale publicitare privind farmaciști, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care aceștia profesează.

(3) Farmaciștii șefi sunt obligați a supune, în prealabil, spre aprobare Colegiului Farmaciștilor din România orice material publicitar care se referă la farmaciști, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail pe care le conduc.

(Art. 48, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 504

(1) Orice material publicitar, care se referă direct sau indirect la activitățile prevăzute de lege prin care se exercită profesiunea de farmacist, în special cele legate de prepararea, distribuirea și eliberarea medicamentelor sau a altor produse de sănătate, precum și de acordarea de informații sau sfaturi în legătură cu acestea, trebuie să furnizeze pacientului și publicului informații strict profesionale referitoare la desfășurarea activităților respective.

(2) Nici un material publicitar care se referă la activitatea farmaciștilor, la imaginea lor, la deciziile și /sau la afirmațiile lor nu se poate realiza fără acordul acestora.

(3) Următoarele practici, referitoare la conținutul materialelor publicitare privind farmaciștii, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care aceștia profesează, indiferent de mijlocul de comunicare utilizat, sunt contrare deontologiei farmaceutice și sunt interzise:

a) orice referire la identitatea pacienților unităților farmaceutice;

b) utilizarea de mențiuni laudative sau comparative;

c) utilizarea unor personalități științifice, profesionale, culturale, politice ori cu notorietate de orice altă natură;

d) orice referire la oferirea de avantaje materiale pacienților, inclusiv orice referire de natură publicitară la reducerile practicate la preţurile medicamentelor ori ale altor produse de

sănătate, oferirea de cadouri, bonusuri, oferte speciale, servicii suplimentare la achiziționarea de medicamente ori alte produse de sănătate sau alte asemenea.

(Art. 49, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 505

(1) Orice informaţii furnizate de către farmaciștii din unitățile farmaceutice de distribuție en détail pacienților sau publicului în general, în legătură cu serviciile profesionale oferite, trebuie să fie corecte, decente, legale, oneste, în concordanţă cu scopul profesiunii, și să permită pacientului să decidă independent asupra solicitării serviciilor respective.

(2) Farmaciștii trebuie să se asigure că acţiunile de promovare a medicamentelor sau a altor produse de sănătate, în care sunt implicați sau care au loc în unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care ei profesează, sunt în conformitate cu legislația și reglementările în vigoare.

(3) Farmaciștii nu trebuie să participe la nici o acțiune de promovare a serviciilor profesionale, a medicamentelor sau a altor produse de sănătate, dacă acea acțiune are ca scop determinarea pacienților de a cumpăra sau de a primi medicamente sau alte produse de sănătate nedorite sau în exces, în locul celor dorite sau împreună cu acestea.

(Art. 50, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 506

(1) Formele de publicitate permise, referitoare la farmaciști, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care profesează, sunt:

a) firma luminoasă a unității farmaceutice, în conformitate cu legislația în vigoare;

b) materiale de publicitate în presa scrisă și audio-vizuală, cu respectarea Codului deontologic și cu aprobarea Colegiului Farmaciștilor din România;

c) mențiuni în anuare, cărți de telefoane și alte asemenea, cu respectarea Codului deontologic și cu aprobarea Colegiului Farmaciștilor din România;

d) pagini web, cu respectarea legislației în vigoare și a Codului deontologic, cu aprobarea Colegiului Farmaciștilor din România;

e) cărți de vizită, materiale de corespondență personalizată, invitații și alte asemenea, realizate cu ocazia desfășurării unor manifestări profesionale sau științifice.

(2) Orice alte forme de publicitate decât cele menționate la alin. (1) al prezentului articol, referitoare la farmaciști, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care profesează, se supun, în prealabil, aprobării Colegiului Farmaciștilor din România.

(Art. 51, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 507

(1) Nu sunt permise următoarele forme de publicitate, referitoare la farmaciști, activitatea lor profesională și/sau unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care profesează:

a) materiale publicitare de tip panouri publicitare sau orice altă formă de publicitate outdoor sau orice formă de publicitate prezentată pe alt tip de canal de comunicare decât oficina unității farmaceutice, presa scrisă și audio-vizuală, pagină web;

b) oferirea de medicamente, alte produse de sănătate și/sau a serviciilor profesionale, prin prezență proprie sau prin intermediul unor reprezentanți, la domiciliul sau la reședința pacienților sau în locuri publice în afara acestor unități farmaceutice;

c) acordarea de informații și sfaturi privind utilizarea medicamentelor sau a altor produse de sănătate în orice mijloc de comunicare în masă, fără aprobarea Colegiului Farmaciștilor din România.

(2) În cazul prezenței sale în mijloace de comunicare în masă, cu aprobarea Colegiului Farmaciștilor din România, în condițiile prevăzute la lit. c) a alin. (1) din prezentul articol, farmacistul are obligația etică de a nu se folosi de acest prilej pentru a-și face publicitate lui însuși, unității farmaceutice în cadrul căreia profesează sau unor medicamente ori produse de sănătate care fac obiectul activității farmaceutice.

(Art. 52, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 508

(1) Afișajul unităților farmaceutice de distribuție en détail trebuie să fie în concordanță cu scopul profesiunii de farmacist și cu etica profesională, sub răspunderea farmacistului șef.

(2) În oficina unității farmaceutice de distribuție en détail se pot afișa sau expune următoarele:

a) orarul de funcționare al unității;

b) lista serviciilor profesionale disponibile;

c) lista farmaciilor autorizate cu rețeptură (numele farmaciei, adresa, numărul de telefon), în cazul în care unitatea respectivă nu prepară medicamente;

d) lista farmaciilor care au serviciu de gardă (numele farmaciei, adresa, numărul de telefon), în cazul în care unitatea respectivă nu participă la asigurarea serviciului de gardă;

e) mesaje care anunță interzicerea fumatului și a accesului cu animale;

f) materiale publicitare privind medicamente OTC, avizate de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, respectiv privind alte produse de sănătate;

g) cataloage şi liste de prețuri, în condițiile legii;

h) materiale publicitare aprobate de Colegiul Farmaciștilor din România, în condițiile prezentului Cod deontologic;

i) imagini sau obiecte sugestive pentru tradiția, onoarea și demnitatea profesiunii.

(3) Este interzisă afișarea de informații referitoare la reduceri comerciale la medicamente, oferte speciale, cadouri, bonusuri, servicii suplimentare la achiziționarea de medicamente sau alte asemenea mesaje destinate atragerii pacienților și/sau influențării dreptului pacientului la libera alegere a farmaciei și a farmacistului.

(Art. 53, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 509

(1) Farmaciștii și unitățile farmaceutice de distribuție en détail în care profesează pot avea pagină web, al cărei mod de prezentare și conținut trebuie să respecte legislația în vigoare, prezentul Cod deontologic, demnitatea și onoarea profesiunii, precum și secretul profesional.

(2) Pagina web trebuie să cuprindă cel puțin: denumirea unității, logo-ul autorizat, numărul autorizației de funcționare eliberate de autoritatea competentă și legătura hiperlink către pagina web a acesteia, datele de contact ale unității (adresa, numărul de telefon, adresa de email), categoriile de produse și serviciile profesionale oferite.

(3) Pagina web nu poate conține materiale publicitare referitoare la medicamente, nici referiri sau materiale publicitare referitoare la produse care nu fac obiectul de activitate al farmacistului sau al unităților farmaceutice de distribuție en détail.

(4) Pagina web nu poate conține legături hiperlink către alte pagini web al căror conținut este contrar principiilor esențiale ale exercitării profesiunii de farmacist sau ale eticii profesionale.

(Art. 54, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 510

(1) Farmacistul din unitățile farmaceutice de distribuție en détail are obligația etică de a contribui la protecția mediului înconjurător, prin colectarea, depozitarea și eliminarea deșeurilor rezultate din activitatea farmaceutică, în conformitate cu legislația în vigoare.

(2) El are datoria de a contribui la educația pacientului și a publicului în general în legătură cu conservarea și gestionarea la domiciliu a medicamentelor și a altor produse de sănătate, inclusiv a celor expirate sau degradate, astfel încât să se asigure prevenirea contaminării mediului înconjurător.

(Art. 55, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 511

(1) Farmacistul care profesează în unitățile farmaceutice de distribuție en détail trebuie să pretindă un preț rezonabil, dar adecvat, pentru serviciile sale profesionale.

(2) El nu trebuie să primească alte avantaje materiale în afara veniturilor realizate legal, pentru serviciile sale profesionale.

(3) Farmacistul trebuie să declare angajatorului și Colegiului Farmaciștilor din România orice sponsorizare sau orice altă plată ori cheltuială efectuată în beneficiul său, care ar fi susceptibilă a afecta independența sa profesională.

(Art. 56, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 512

(1) Ținând cont de apartenența la un spital sau la un alt tip de unitate sanitară cu paturi, farmaciștii din farmacia de spital au, în mod special, următoarele obligaţii etice:

a) de a asigura în cele mai bune condiţii asistenţa farmaceutică necesară la nivelul secţiilor unității sanitare de care aparţine farmacia, inclusiv prin prezenţa a cel puţin unui farmacist pe durata programului de funcționare al farmaciei;

b) de a asigura şi supraveghea calitatea medicamentelor şi a altor produse de sănătate date în responsabilitatea lor la nivelul unității sanitare de care aparţine farmacia;

c) de a se asigura că medicamentele şi alte produse de sănătate ajung în siguranţă la secţiile unității sanitare de care aparţine farmacia, până la patul bolnavului;

d) de a se asigura că medicamentele şi alte produse de sănătate sunt conservate şi utilizate corect la nivelul secţiilor unității sanitare de care aparţine farmacia;

e) de a se implica în gestionarea corespunzătoare a medicamentelor expirate, degradate sau rămase neutilizate la nivelul unității sanitare de care aparţine farmacia, pentru corecta lor eliminare;

f) de a furniza informaţii şi consiliere adecvată în domeniul farmaceutic, dacă este cazul, conducerii unității sanitare de care aparţine farmacia, șefilor de secții, medicilor, altor profesionişti din spital şi bolnavilor internaţi sau care fac apel la serviciile de sănătate ale unității;

g) de a participa activ la implementarea deciziilor consiliului medical al unității sanitare de care aparţine farmacia, pentru optimizarea calităţii serviciilor furnizate şi a utilizării resurselor instituţionale;

h) de a se implica adecvat, în măsura solicitărilor, în activitatea comisiilor de specialitate ale unității sanitare de care aparţine farmacia: comisia de farmacovigilenţă, comisia de etică, comisiile de licitaţii etc.;

i) de a răspunde oricăror solicitări ale conducerii unității sanitare de care aparține farmacia, de a participa la intervenții, programe sau proiecte care le solicită expertiza în domeniul farmaceutic;

j) de a se implica, în general, în bunul mers al unității sanitare, prin menținerea unor relații de bună colaborare cu conducerea acesteia, cu medicii și cu alți profesioniști din domeniul sănătății, angajați sau colaboratori ai unității sanitare respective.

(2) Prevederile alin. (1) al prezentului articol se aplică, în mod corespunzător, şi farmaciştilor care îşi exercită profesiunea în unități sanitare fără farmacie proprie.

(Art. 57, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 513

(1) Farmacistul care participă la activități care au ca obiect medicamentele sau alte produse de sănătate provenite din donații trebuie să se asigure că toate cerinţele legale şi etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a acestora.

(2) În activitatea de eliberare către pacienți a medicamentelor sau a altor produse de sănătate provenite din donații, farmacistul are obligația de a respecta drepturile acestora, în conformitate cu prezentul Cod deontologic, precum și toate standardele de calitate în vigoare aplicabile.

(Art. 58, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3.5 Laboratoarele de analize

Art. 514

(1) Farmaciștii își pot exercita profesiunea și prin activități ce implică analize în laboratoare de controlul medicamentului, biochimie (analize medicale), toxicologie, igienă a mediului și alimentelor, conform legislației în vigoare.

(2) Toate aceste domenii de activitate sunt grupate, în prezentul Cod, sub titulatura de laboratoare de analize.

(Art. 59, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 515

(1) Farmaciștii care își exercită profesiunea în laboratoare de analize sunt obligați să respecte standardele de calitate și de etică aplicabile domeniului, precum și orice alte reglementări adoptate în interesul sănătății publice sau al ocrotirii mediului înconjurător.

(2) Ei trebuie să se comporte cu respect și curtoazie în relațiile lor cu pacienții și cu alte persoane cu care vin în contact în domeniul profesional, furnizându-le, dacă este cazul, toate informațiile necesare pentru înțelegerea rezultatelor analizelor de care sunt interesați.

(3) Dreptul la confidențialitate și dreptul la siguranță al pacienților, respectiv ale altor persoane care fac apel la serviciile laboratorului, trebuie apărate în orice situație.

(Art. 60, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 516

(1) Farmacistul din laboratorul de analize are datoria de a-și îndeplini misiunea prin utilizarea surselor de informare celor mai actuale și a metodelor științifice celor mai adecvate.

(2) El trebuie să realizeze la cel mai înalt nivel tehnic analizele de care este responsabil, cu cea mai mare grijă pentru calitatea și integritatea rezultatelor.

(3) Farmacistul din laborator răspunde personal de analizele realizate sau pe care le-a delegat și s-au realizat sub supravegherea sa.

(Art. 61, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 517

(1) Farmacistul din laboratorul de analize poate refuza realizarea de analize, în cazul în care consideră că acestea nu sunt în interesul pacientului sau al sănătății publice ori sunt ilegale.

(2) În astfel de cazuri, el trebuie să furnizeze pacientului sau oricărei alte persoane interesate argumentele științifice, legale sau etice care stau la baza refuzului său.

(Art. 62, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 518

(1) Farmacistul șef de laborator de analize are obligații etice legate de funcția de conducere pe care o ocupă, precum:

a) să se asigure de organizarea și executarea corectă a activităților din laborator;

b) să se asigure de definirea precisă a atribuțiilor, precum și de formarea adecvată, profesională și etică, a persoanelor aflate sub autoritatea lui;

c) să ia măsurile adecvate pentru protejarea sănătății și siguranței la locul de muncă a persoanelor aflate sub autoritatea lui, precum și pentru protejarea mediului înconjurător;

d) să se asigure că, în cazul în care o sarcină este delegată unei persoane, aceasta are competența necesară pentru a o realiza corect și că este supravegheată în mod corespunzător;

e) să se asigure de respectarea drepturilor pacienților în relație cu activitatea laboratorului de analize, respectiv de respectarea drepturilor legitime ale tuturor persoanelor care fac apel la serviciile acestuia;

f) să supravegheze exactitatea informațiilor asociate activităților de care este responsabil și corecta lor utilizare la nivelul laboratorului de analize, inclusiv în scopuri publicitare.

(2) Farmacistul șef de laborator de analize trebuie să mențină relații de bună colaborare cu toate autoritățile și instituțiile implicate în ocrotirea vieții, a sănătății publice și a mediului înconjurător, respectiv să răspundă oricăror solicitări ale acestora de a participa la intervenții, programe sau proiecte ce-i solicită expertiza.

(Art. 63, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3.6 Învățământul farmaceutic

Art. 519

(1) Colegiul Farmaciștilor din România susține și promovează învățământul farmaceutic de calitate, cu respectarea legislației în vigoare și a principiilor de etică proclamate de documente oficiale naționale și internaționale.

(2) Colegiul Farmaciștilor din România apără dreptul studenților și al farmaciștilor la educație de calitate și menținerea standardelor profesionale ale învățământului farmaceutic la cel mai înalt nivel posibil.

(3) Colegiul Farmaciștilor din România încurajează și sprijină activitatea de publicare și de difuzare a tratatelor, manualelor și altor materiale didactice utile pentru formarea inițială și continuă a farmaciștilor, cu respectarea drepturilor de proprietate intelectuală ale autorilor.

(Art. 64, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 520

(1) Prin angajamentul în programele educaționale de formare inițială și continuă, farmaciștii care profesează în învățământul farmaceutic își asumă responsabilitatea pentru dezvoltarea și evoluția profesiunii de farmacist.

(2) Pentru realizarea deplină a misiunii lor, farmaciștii cadre didactice trebuie să ia în considerare cele mai înalte standarde de calitate și de etică aplicabile domeniului.

(3) Ei trebuie să se asigure că toate cerințele legale și etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a activității didactice, în conformitate cu normele instituționale, naționale și internaționale aplicabile.

(Art. 65, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 521

(1) În cadrul procesului educațional, farmaciștii cadre didactice își asumă rolul de formatori intelectuali și de consilieri de specialitate ai participanților, cu respectarea drepturilor și intereselor legitime ale acestora legate de propria educație.

(2) Colaborarea farmaciștilor cadre didactice cu farmaciști practicieni în diverse domenii de activitate este esențială pentru succesul programelor de educaționale.

(3) Tematica programelor educaționale trebuie să urmeze nevoile actuale ale activității farmaciștilor practicieni și orientările moderne ale profesiunii.

(4) Educația în spiritul respectării eticii profesionale trebuie să fie o componentă permanentă a oricărui program de formare a farmaciștilor.

(Art. 66, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

3.3.7 Administrația sanitară

Art. 522

(1) Prezenta secțiune a Codului deontologic se adresează cu precădere farmaciștilor membri ai Colegiului Farmaciștilor din România care profesează în cadrul instituțiilor ce desfășoară activitate de administrație sanitară, reglementare și inspecție în domeniul farmaceutic, precum: Ministerul Sănătății, Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, autorități de sănătate publică la nivel teritorial, instituții de asigurări de sănătate etc.

(2) Acești farmaciști sunt obligați să respecte standardele legale, de calitate și de etică aplicabile activității proprii la nivel instituțional, precum și orice alte reglementări adoptate în interesul sănătății publice.

(3) Fiecare dintre acești farmaciști trebuie să se asigure că toate cerinţele legale şi etice sunt îndeplinite pentru corecta derulare a activităţilor de administrație, reglementare sau inspecție de care este responsabil.

(Art. 69, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 523

(1) Farmaciștii care profesează în domeniul administrației sanitare trebuie să acționeze cu obiectivitate și integritate în orice împrejurare, luând în considerare interesul public.

(2) Ei nu trebuie să aibă interese financiare ori de altă natură, directe sau indirecte, care să le afecteze imparțialitatea în relație cu unitățile farmaceutice sau cu reprezentanții acestora cu care vin în contact în cadrul activității lor.

(3) Orice potențial conflict de interese trebuie declarat anterior desfășurării activității ce ar putea fi afectate, în vederea rezolvării sale la nivel instituțional.

(Art. 70, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 524

(1) Farmaciștii din administrația sanitară trebuie să descurajeze în mod activ orice practici de natura promisiunii, oferirii sau furnizării, în mod direct sau indirect, de daruri, favoruri sau alte avantaje pecuniare, materiale sau de orice altă natură, din partea unităților farmaceutice sau a reprezentanților acestora cu care vin în contact în cadrul activității lor.

(2) Orice practici de natura celor enumerate la alin. (1) al prezentului articol, precum și orice atitudine de încurajare sau de acceptare a unor astfel de practici, sunt contrare deontologiei farmaceutice.

(3) Se exclud din categoria practicilor enumerate la alin. (1) gesturile ocazionale cu valoare simbolică sau tradițională.

(Art. 71, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

Art. 525

(1) Farmaciștii care ocupă funcții de conducere în administrația sanitară au obligații etice legate de aceste funcții, precum:

a) să se asigure de organizarea, executarea și evaluarea corectă a activităților de care sunt responsabili la nivel instituțional;

b) să se asigure de definirea precisă a atribuțiilor, respectiv de formarea adecvată, profesională și etică, a persoanelor aflate sub autoritatea lor;

c) să se asigure de respectarea drepturilor legitime ale persoanelor în relație cu activitatea de care sunt responsabili;

d) să supravegheze exactitatea informațiilor asociate activităților de care sunt responsabili și corecta lor utilizare la nivel instituțional, inclusiv în scopuri de transparență față de publicul interesat în activitatea instituției respective.

(2) Îndrumarea corectă a practicienilor din unitățile farmaceutice care fac obiectul activității instituției, serviciului sau departamentului de care sunt responsabili trebuie să constituie principalul mijloc de punere în aplicare a legislației, reglementărilor și politicilor pentru optimizarea funcționării sistemului sanitar.

(3) Acești farmaciști trebuie să mențină și să promoveze, la nivel instituțional, relații de bună colaborare cu toate autoritățile și instituțiile implicate în asigurarea calității activității farmaceutice, în interesul sănătății publice.

(Art. 72, Codul deontologic al farmacistului, 2009)

4.

Biochimistul,

Biologul

si

Chimistul

Art. 526

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de laborator (biolog,chimist si biochimist) pune cunostintele sale în ceea ce priveste capacitatea de diagnostic de laborator (inclusiv indicatia pentru analize, fiabilitatea rezultatelor, interpretarea rezultatelor si cercetarea stiintifica) în slujba serviciului de diagnostic,tratament si prevenire a bolilor omului.

(Art. 1, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 527

Pentru a-si îndeplini îndatoririle în mod optim si în conformitate cu ceea ce este considerat de buna practica în profesia sa si având în vedere legile tarii în care lucreaza, Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de laborator (biolog, biochimist si chimist) trebuie sa :

a. mentina si sa dezvolte competenta sa la cel mai înalt nivel de calitate în toate domeniile relevante (stiintifice si practice) cu privire la evolutiile de îngrijire a sanatatii, în general, si Chimie Clinica si Medicina de laborator, în special, prin participarea în mod regulat la cursuri de formare relevante si alte programe de pregatire si dezvoltare profesionala continua, pe întreaga durata a activitatii profesionale si în timpul exercitarii profesiei sale;

b. accepte sarcini / misiuni numai în domeniul sau de competenta; dincolo de aceste limite, el va lucra în colaborare cu expertii corespunzatori;

c. sa se informeze continuu asupra codurilor legale de practica, care afecteaza munca lui.

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) trebuie sa-si mentina angajamentul la profesia sa din domeniul Chimiei Clinice si Medicinii de Laborator, acela de a lua parte la activitatile societatilor sale stiintifice, în special ale celor care promoveaza profesia si contribuie la formarea continua a membrilor lor.

(Art. 2, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 528

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de laborator (biolog, biochimist si chimist) trebuie sa respecte nu numai prevederile prezentului cod de conduita, dar si legislatia sau orice alte coduri de practica si standarde legate de activitatea sa profesionala , care sunt aplicate în tara în care lucreaza.

(Art. 3, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 529

Integritatea profesionala si onestitatea intelectuala a Specialistului în Chimie Clinica si Medicina de laborator (biolog, biochimist si chimist) sunt o garantie a impartialitatii sale de analiza, judecata si decizie.

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de laborator (biolog, biochimist si chimist), trebuie sa evite în orice moment, înselaciunea în ceea ce priveste cunostintele sale profesionale si stiintifice, cum ar fi frauda, plagiat, tainuirea, omisiunea necorespunzatoare a informatiilor precum si exprimarea opiniilor incorecte sau care induc în eroare în activitatea clinica si în cercetare.

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) nu va accepta nici o obligatie care-l aduce în conflict cu independenta sa profesionala.

În special, acesta se angajeaza

a. de a nu solicita sau accepta cadouri, avantaje pecuniare sau beneficii din industria medicamentelor sau industria de diagnostic, cu exceptia cazului în care sunt de valoare monetara scazuta si irelevante pentru a practica profesia în Chimie Clinica si Medicina de Laborator

b. de a nu solicita sau accepta sponsorizari de la promotiile de vânzare pentru simpozioane sau congrese cu exceptia cazului în care sponsorizarea este la nivel rezonabil si este subordonata scopului principal al întâlnirii si nu se extinde la alte persoane din afara sferei profesionale.

c. sa nu accepte sprijin financiar din partea industriei, direct sau indirect, altul decât pentru evenimente cu scopuri pur profesionale si stiintifice; astfel de cadouri trebuie sa fie întotdeauna la un nivel rezonabil si subordonate obiectivului stiintific principal al evenimentului si nu trebuie sa fie extinse la alte persoane în afara profesionistilor din domeniul sanatatii.

(Art. 4, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 530

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, chimist si biochimist) actioneaza în permanenta cu curtoazie, cinste si integritate în relatiile sale cu pacientii si alte persoane, inclusiv colegii din domeniul profesional si nu trebuie sa se angajeze în nici o activitate sau comportament care ar putea discredita profesia sau a submina încrederea publica în profesie.

El nu trebuie sa abuzeze de pozitia sa profesionala pentru a stabili relatii nepotrivite cu pacientii, pentru a convinge pacientii sa dea sau împrumuta bani sau beneficii, pentru a recomanda tratamente sau investigatii care nu sunt în interesul superior al pacientului, sau de a nu recomanda sau efectua investigatii sau tratamente medicale care nu intra în sfera sa de competenta.

El trebuie sa raporteze angajatorilor sau organismelor de reglementare cazurile în care el considera ca un coleg din sanatate are un comportament inadecvat sau performanta lui este o amenintare la adresa sanatatii unui pacient.

(Art. 5, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 531

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) trebuie sa-si exercite judecata profesionala în cadrul responsabilitatilor sale impartial si obiectiv, dupa luarea în considerare a tuturor circumstantelor relevante, în interesul pacientului sau, fara presiuni din surse externe sau conflicte de interese.

El trebuie sa se asigure de asemenea ca interesele participantilor la cercetare sunt protejate.

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) va servi fiecare pacient în parte la cele mai înalte standarde ale capacitatii profesionale si va furniza publicului larg informatii, în cadrul în domeniul sau de competenta, pentru a permite o întelegere corecta a problemelor de sanatate de interes public.

(Art. 6, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 532

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist), fara a aduce atingere legislatiei privind viata privata aplicabile în tara în care lucreaza, este obligat sa respecte confidentialitatea informatiilor obtinute de catre acesta în activitatea sa profesionala. Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) trebuie sa nu utilizeze abuziv aceste informatii. El se va asigura ca informatiile despre un pacient nu sunt divulgate altor persoane decât în anumite situatii, ca de exemplu altor profesionisti de sanatate implicati în îngrijirea pacientului, si, acolo unde este posibil, cu consimtamântul informat al pacientului.

(Art. 7, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 533

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) nu este obligat sa ofere un serviciu profesional daca acesta este în conflict cu propriile convingeri morale sau religioase, dar trebuie sa respecte convingerile morale, religioase si culturale ale pacientilor.

Daca el este de acord sa furnizeze un serviciu, el trebuie sa înlature convingerile religioase personale, culturale, fiziologice sau de alta natura. El trebuie sa asigure un acces echitabil la serviciile sale tuturor celor care au dreptul sa le foloseasca.

(Art. 8, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 534

Ca sef si / sau membru al echipei care lucreaza în Chimie Clinica si Medicina de laborator, Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de laborator (biolog, biochimist si chimist), având în vedere circumstantele speciale ale situatiei în cauza, trebuie sa:

a. obtina o definitie clara a serviciilor solicitate de el si / sau echipa sa;

b. se asigure ca toate activitatile în laborator sunt organizate si executate cât mai exact si cât mai repede posibil;

c. protejeze securitatea si bunastarea colegilor sai, natura si mediul înconjurator;

d. respecte superiorii, colegii si subordonatii prin luarea în considerare a cerintelor si aspiratiilor lor, cu conditia ca acestea sa respecte legile si etica profesiilor lor;

e. depuna eforturi pentru un nivel ridicat de realizare tehnica a sarcinilor sale, sa contribuie si sa promoveze un mediu sanatos si placut pentru colegii sai;

f. se asigure ca în cazul în care o sarcina este delegata unei persoane, aceasta are cunostintele, aptitudinile si competentele necesare pentru a întreprindere aceasta sarcina în mod eficient si eficace si este supravegheata corespunzator.

(Art. 9, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 535

Specialistul în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) trebuie sa aiba o forma de asigurare în ceea ce priveste raspunderea potentiala fata de pacienti si, dupa caz, terte parti, care decurg din activitatea profesionala. Acest lucru ar trebui sa fie la un nivel suficient pentru a garanta ca o reclamatie justificata ar fi în mod corespunzator compensata. Aceasta asigurare poate fi efectuata printr-un angajament national pentru serviciile furnizate de stat, de catre un angajator, prin calitatea de membru al unei asociatii profesionale sau de un practician individual.

În mod exceptional, printr-un angajament prealabil formal, riscul poate fi suportat de catre destinatarul serviciului în statele membre în care legislatie permite un astfel de aranjament. Pacientul ar trebui sa fie constient de aceste acorduri.

(Art. 10, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 536

Publicitatea pentru Specialistii în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) atât în sectorul sanatatii publice cât si în cel privat variaza considerabil în statele membre. În statele membre în care publicitatea la serviciile unui specialist este permisa, orice forma de publicitate trebuie sa fie corecta, onesta, legala, decenta si trebuie sa se concentreze exclusiv pe serviciile profesionale oferite.

(Art. 11, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

Art. 537

În cazul în care un specialist în Chimie Clinica si Medicina de Laborator (biolog, biochimist si chimist) nu respecta prezentul cod de conduita, organismul sau national de reglementare (daca este cazul) si societatea sa nationala vor fi responsabile pentru stabilirea vinovatiei si a sanctiunilor.

Daca un specialist este supus sanctiunii disciplinare (de exemplu, suspendarea, înlaturarea) din registrul lor national, EC4 va aplica aceeasi sanctiune în raport cu Registrul EC4.

(Art. 12, Codul de etica al biologilor, biochimistilor si chimistilor din sistemul sanitar din Romania; Ordinul biochimistilor, biologilor si chimistilor in sitemul sanitar, 2018)

5.

Juristul

Art. 538

Integritatea şi autonomia profesională, respectarea legilor, probitatea, onoarea, vigilenţa, confidenţialitatea, organizarea, eficacitatea şi perseverenţa sunt ideile diriguitoare care guvernează activitatea consilierului juridic.

(Art. 6, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 539

Îndeplinirea corectă şi în timp util a atribuţiilor profesionale conferă substanţă principiului integrităţii profesionale.

(Art. 7, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 540

Autonomia şi independenţa profesională a consilierului juridic se manifestă prin asumarea unor responsabilităţi şi acţionarea la moment oportun într-un context determinat.

(Art. 8, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 541

Consilierii juridici sunt independenţi din punct de vedere profesional şi se supun numai Constituţiei României, legii, statutului profesiei şi prezentului cod de deontologie profesională.
Prin independenţă profesională în sensul prezentului cod se înţelege libertatea de actiune şi de opinie care este limitată doar prin dispoziţii legale sau regulamentare aplicabile profesiei de consilier juridic.

(Art. 9, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 542

Corectitudinea şi integritatea morală sunt valori fundamentale pe care consilierul juridic este obligat să le respecte atât în timpul serviciului cât şi în afara acestuia.

(Art. 10, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 543

Rezultatul activităţii consilierului juridic este o consecinţă a urmăririi atente şi continue a derulării sarcinilor încredinţate.

(Art. 11, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 544

Datoria fiecărui consilier juridic este să păstreze secretul datelor şi informaţiilor de care a luat la cunoştinţă în virtutea exercitării profesiei cu excepţia unor dispoziţii legale sau statutare contrare.

Confidenţialitatea datelor şi informaţiilor deţinute contribuie la crearea unui climat de siguranţă pentru entitatea beneficiară a serviciilor oferite.

(Art. 12, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 545

Organizarea riguroasă a activitţii consilierului juridic se face în scopul satisfacerii celor mai exigente standarde de calitate şi eficacitate a muncii.

(Art. 13, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 546

Prin discernerea între serviciul oferit şi aşteptările beneficiarului, între aşteptările personale, profesionale şi consecinţele economice, în activitatea consilierului juridic primează respectarea legii.

(Art. 14, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 547

Consilierul juridic este obligat să depună efortul necesar pentru realizarea şi reuşita sarcinilor ce îi revin în exercitarea profesiei.

(Art. 15, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 548

Respectarea şi aplicarea principiilor enunţate constitute un deziderat şi un scop al exercitării profesiei de consilier juridic. Respectarea lor se impune chiar şi în afara exercitării activităţii profesionale, consilierul juridic fiind obligat să se abţină de la săvârşirea de fapte ilegale sau contrarii dispoziţiilor statutare ale asociaţiei profesionale din care face parte, de natură a aduce atingere principiilor fundamentale, ordinii publice şi bunelor moravuri sau demnităţii profesiei de consilier juridic.

(Art. 16, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 549

Consilierul juridic asigură apărarea drepturilor şi intereselor legitime ale statului, ale autorităţilor publice centrale şi locale, ale instituţiilor publice şi de interes public, ale celorlalte persoane juridice de drept public, precum şi ale persoanelor juridice de drept privat şi ale celorlalte entităţi interesate în conformitate cu Constituţia şi cu legile ţării.

(Art. 17, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 550

În virtutea unei pregătiri profesionale deosebite şi a stăpânirii perfecte a tehnicilor de asistenţă, consiliere şi reprezentare consilierul juridic trebuie să dovedească o amănunţită cunoaştere a problematicii cauzelor supuse spre rezolvare.

(Art. 18, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 551

Apartenenţa consilierului juridic pe baza unui contract sau a unui act de numire în funcţie la o entitate privată sau publică, nu aduce atingere îndatoririlor sale profesionale, oportunitîţii de a alege metodele de lucru sau posibilităţii de luare a unor decizii în plan profesional.

(Art. 19, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 552

Consilierului juridic îi este interzis în exercitarea profesiei să tolereze acte ilegale.

Consilierul juridic nu se poate prevala de poziţia sa pentru a satisface anumite interese personale. El va refuza orice oferte sau promisiune de avantaje ilicite şi se va abţine de la acte care contravin principiilor moralei şi celor de ordine publică.

(Art. 20, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 553

Consilierul juridic este responsabil de concluziile şi acţiunile sale în exercitarea profesiei.

(Art. 21, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 554

Profesia de consilier juridic se exercită personal de către consilierul juridic înscris pe Tabloul profesional al consilierilor juridici definitivi sau stagiari, ţinut de către Colegiile Consilierilor Juridici din România.

(Art. 22, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 555

Consilierul juridic va utiliza cu bună credinţă mijloacele tehnice şi baza materială puse la dispoziţie de către beneficiarul serviciilor sale.

(Art. 23, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 556

Consilierul juridic trebuie să asigure transparenţa activităţii sale în relaţiile cu entitatea la care este angajat sau numit precum şi cu terţele persoane sub rezerva respectării obligaţiei de confidenţialitate. Lipsa de transparenţă poate aduce prejudicii grave imaginii profesiei de consilier juridic şi este interzse cu desăvârşire.

(Art. 24, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 557

Consilierul juridic va evita desfăşurarea unor activităţi susceptibile de a leza libertatea sa de apreciere a cauzelor incredinţate spre rezolvare sau să fie pus într-o situaţie care poate fi percepută ca fiind de natură să lezeze demnitatea profesiei.

Consilierul juridic va accepta sarcinile pe care le consideră compatibile cu competenţa şi funcţia sa.

Consilierul juridic va refuza sarcinile care contravin dipoziţiilor legale sau prezentului cod şi va lua măsurile de precauţie necesare pentru a evita situaţiile similare.

(Art. 25, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 558

Consilierul juridic va evita orice conflict de interese care ar aduce atingere imaginii profesiei de consilier sau a entităţii beneficiare a serviciilor juridice. Nu poate fi considerată evitare de conflict situaţia în care consilierul era obligat să intervină pentru restabilirea legalităţii şi nu a intervenit.

(Art. 26, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 559

Consilierul juridic va respecta specificitatea exercitării profesiei sale şi va susţine independenţa acesteia.

(Art. 27, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 560

Consilierul juridic va sprijini colegii în exercitarea profesiei, în aplicarea şi apărarea prezentului cod. El va răspunde favorabil la cererea de consultanţă a acestora şi îi va ajuta în situaţii dificile, în limita posibilităţilor sale, în special prin rezolvarea unor probleme de ordin deontologic.

(Art. 28, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 561

Consilierul juridic va ţine cont de opiniile şi practicile colegilor în măsura în care acestea nu contravin principiilor generate cuprinse în prezentul cod.

(Art. 29, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 562

Se interzice consilierului juridic orice manifestare de concurenţă neloială iar exercitarea profesiei se face exclusiv pe criterii de competenţă profesională.

(Art. 30, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 563

Relaţiile între consilierii juridici se bazează pe respect reciproc şi bunacredinţă pentru a constitui un exemplu de integritate a unui corp profesional bine definit.

(Art. 31, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 564

Consilierul juridic trebuie să promoveze prin comportamentul său în orice circumstanţe o imagine favorabilă profesiei sale. În acest sens consilieriul juridic va conştientiza consecinţele posibile ale comportamentului său profesional şi ale actelor îndeplinite în exercitarea profesiei.

(Art. 32, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 565

Promovarea unei imagini favorabile profesiei se realizează prin asigurarea unei prestaţii de calitate.

(Art. 33, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 566

Exercitarea profesiei de consilier impune obligaţia de lărgire a orizonturilor cunoaşterii profesionale.

(Art. 34, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 567

Consilierul juridic este obligat să-şi desfăşoare cu maximă atenţie activitatea profesională şi să dea dovadă de cinste şi corectitudine în orice circumstanţe.

(Art. 35, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 568

Formarea imaginii profesiei de consilier este rezultatul efortului comun al tuturor reprezentanţilor profesiei de consilier juridic.

(Art. 36, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 569

Perfecţionarea continuă a profesiei de consilier juridic va fi asigurată prin fixarea şi respectarea unor obiective dare, în concordanţă cu tendinţele generale de dezvoltare ale societăţii. Obiectivele generale ale profesiei sunt comune tuturor consilierilor juridici şi se respectă ca atare.

(Art. 37, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 570

Celeritatea acţiunilor consilierului juridic este esenţială pentru activitatea acestuia, asigurând îndeplinirea în condţtii optime a sarcinilor încredinţate.

(Art. 38, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

Art. 571

Consilierii juridici vor sprijini eforturile colegiilor pentru menţinerea unui climat de legalitate şi profesionalism în domeniu.

(Art. 39, Codul deontologic al consilierului juridic, Uniunea colegiilor consilierilor juridici din Romania)

6.
Alte Categorii de Personal Contractual si Colaboratori

6.1 Principii generale

Art. 572

Prezentul Cod de etica si conduita profesionala, denumit in continuare „Codul", stabileste principii si reguli morale si profesionale la care adera tot personalul Spitalului Municipal Motru, denumit in continuare „personalul".

(Art. 1, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 573

Rolul Codului este sa ghideze comportamentul moral si profesional, al Spitalului Municipal Motru, denumit in continuare „Spital" atat in timpul activitatii profesionale, cat si in afara acestuia (in masura in care afecteaza imaginea institutiei).

Obiectivul Codului este sa contribuie la crearea unei culturi organizationale a integritatii la nivelul Spitalului Municipal Motru si a unui climat etic care sa determine personalul si colaboratorii sa actioneze cu incredere reciproca si profesionalism in interesul cetateanului.

(Art. 2, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 574

Codul de etica si conduita profesionala pune accent pe formarea si dezvoltarea discernamantului moral al personalului si colaboratorilor in concordanta cu valorile si principiile organizationale, si nu pe o respecare mecanica a normelor de conduita continute de acesta.

(Art. 3, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 575

Prezentul cod are drept fundament patru valori – responsabilitate, profesionalism, integritate si transparenta si patru principii corespondente.

(a) Principiul Responsabilitatii: Personalul si colaboratorii Spitalului trebuie sa se asigure ca prin modul in care indeplinesc atributiile de serviciu sau desfasoara orice alta activitate profesionala colaterala respecra interesul public, interesele legitime si drepturile cetatenilor si nu afecteaza demnitatea si inegritatea acestora.

(b) Principiul Profesionalismului: Toate atributiile de seviciu care revin personalului sau colaboratorilor Spitalului trebuie indeplinite cu maximum de eficienta si eficacitate, conform competentelor detinute si in cunostinta de cauza in ceea ce priveste reglementarile legale.

(c) Principiul Integritatii: In orice situatie, personalul si colaboratorii Spitalului trebuie sa adopte un comportament bazat pe respect, impartialitate, obiectivitate, onestitate, egalitate de sanse si nediscriminare, deschidere si diligenta fata de cetatean si fara ingerinte care sa afecteze interesul public, interesele legitime si drepturile cetatenilor ori prestigiul institutional.

(d) Principiul Transparentei: Personalul si colaboratorii Spitalului trebuie sa promoveze guvernarea deschisa catre cetatean, sa asigure accesul neingradit la informatiile de interes public, dar in acelasi timp sa protejeze informatiile care nu sunt publice de care sunt responsabili ori de care au luat la cunostinta.

(Art. 4, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

6.2 Responsabilitatea

Art. 576

In indeplinirea atributiilor de serviciu, personalul si colabooratorii Spitalului au resposnsabilitatea morala fundamentala de a respecta interesul public, adica de a lua deciziile si de a intreprinde acele actiuni acre asigura un impact pozitiv asupra societatii in ansamblul ei si indivizilor care o compun, in mod particular, sau care face ca impactul negativ asupra acestor sa fie cat mai mic cu putinta.

(Art. 5, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 577

Personalul si colaboratorii Spitalului au responsabilitatea de a respecta interesele legitime si drepturile cetateanului. Aceasta responsabilitate nu se limiteaza la oferirea unor servicii publice, ci priveste si efectele pe care le pot avea acete servicii asupra cetateanului.

(Art. 6, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 578

Personalul si colaboratorii Spitalului au obligatia de a indeplini atributiile de serviciu cu maximum de eficienta si eficacitate si de a utiliza in mod judicios resursele institutiei in scopul pentru care au fost alocate.

(Art. 7, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 579

Responsabilitatea personalului si colaboratorilor Spitalului este de a contribui la imbunatatirea permanenta a performantei institutiei din care fac parte sau colaboreaza.

(Art. 8, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 580

Personalul Spitalului trebuie sa se asigure ca prin actiunile si opiniile sale nu aduce atingere prestigiului profesional al colegilor sau prestigiului Spitalului.

(Art. 9, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 581

Personalul Spitalului are, de asemenea, responsabilitate fata de promovarea valorilor etice incluse in acest cod si asupra promovarii si mentinerii unei culturi organizationale bazate pe aceste valori.

(Art. 10, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 582

Personalul Spitalului trebuie sa isi exercite atributiile cu maxima responsabilitate avand in vedere ca, prin natura lor, aceste atributii trebuie sa consolideze ordinea constitutionala si autoritatea statului. Orice actiune si ordine contrara acestui spirit descalifica persoanele de a detine aceste atributii si functii.

(Art. 11, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

6.3 Profesionalismul

Art. 583

Personalul si colaboratorii Spitalului sunt responsabili si raspunzatori din punct de vedere profesional pentru modul in care isi desfasoara atributiile de serviciu sile revine sarcina de a se asigura ca respecta principiile de legalitate, eficienta si eficacitate in indeplinirea lor.

(Art. 12, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 584

Personalul Spitalului trebuie sa fie informat si sa cunoasca legislatia din domeniul atributiilor pe care le exercita, sa se informeze si sa solicite informatii despre cele mai bune practici in domeniul in care isi exercita atributiile.

(Art. 13, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 585

Atunci cand managementul institutiei, ori un tert (persoana fizica sau juridica) solicita servicii care exced atributiilor de serviciu si competentelor personalului si colaboratorilor Spitalului, acestia din urma au obligatia de a isi face cunoscuta limtarea profesionala.

(Art. 14, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 586

Personalul de conducere al Spitalului au obligatia de a se asigura ca personalul contractual si colaboratorii institutiei aflati in subordine su competentele, conditiile si resursele necesare unei bune indepliniri a sarcinilor de serviciu, ca sunt protejati in fata unor abuzuri la nivel institutional si ca respecta prevederile prezentului cod de etica, in conformitate cu legislatia in vigoare aplicabila si cu principiile managementului responsabil.

(Art. 15, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 587

(1) Personalul si colaboratorii Spitalului sunt datori sa respecte ata prevederile prezentului cod de etica, alaturi de toatte celelalte norme, politici si proceduri institutionale, cat si prevederile legale si profesionale aplicabile domeniului in care isi exercita atributiile de serviciu.

(2) In situatiile in care exista diferente de reglementare, va prevala norma juridica, etica sau profesionala cea mai restrictiva.

(Art. 16, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 588

(1) Libertatea de exprimare si dreptul la imagine proprie sunt garantate prin constitutie, iar angajatii si colaboratorii Spitalului au obligatia de a se asigura ca opiniile proprii exprimate in public sau in privat nu aduc atingere imaginii Spitalului, precum si demnitatii si reputatiei unei persoane, indiferent de statutul acesteia. Aceste prevederi nu se refera la situatiile de avertizor de integritate.

(2) Personalul Spitalului are garantata libertatea de exprimare si dreptul la opinie in formularea unei pozitii profesionale, insa exprimarea unui punct de vedere in numele institutiei sau

despre activitatea acesteia, in scris sau verbal, fara existenta unui mandatt in acest sens sau in contradictie totatla cu politica institutiei pe acel domeniu, nu reprezinta o situatie de exercitare a libertatii de exprimare. Personalul trebuie sa se asigure ca atunci cand exprima un punct de vedere al institutiei sau cand este invitat in calitate de reprezentant al institutiei, exprima acele puncte de vedere asupra carora in cadrul institutiei s-a decis sau s-a intrunit un acord.

(Art. 17, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 589

Atunci cand se solicita puncte de vedere sau opinii avizate, personalul sau colaboratorii Spitalului trebuie sa formuleze aceste opinii exclusiv pe baza principiilor profesionale si pe cele ale garantarii unui act administrativ obiectiv, fara a fi influentat de convingerile personale sau de interesele grupurilor din care face parte.

(Art. 18, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 590

In timpul deplasarilor, personalul si colaboratorii Spitalului au obligatia de a avea o conduita corespunzatoare regulilor de protocol, intrand in responsabilitatea lor de a cunoaste si de a respecta traditiile, obiceiurile si legile tarii sau comunitatii gazda.

(Art. 19, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

6.4 Integritatea

Art. 591

In relatia cu publicul, cu colegii din institutie sau din cadrul altor organizatii sau sfere profesionale, precum si cu superiorii ierarhici, personalul si colaboratorii Spitalului trebuie sa adopte o atitudine bazata pe respect – o atitudine impartiala, nediscriminatorie, deschisa si diligenta.

(Art. 20, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 592

(1) Personalul si colaboratorii Spitalului au datoria legala, morala si profesionala de a se asigura ca in timpul exercitarii activitatii nu se afla in conflict de interese sau intr-o situatie de incompatibilitate, asa cum sunt definite acestea in legislatia actuala si in spiritul acestui cod de etica.

(2) In cazul in care intervine o situatie de conflict de interese sau incompatibilitate, personalul si colaboratorii Spitalului trebuie sa sesizeze in scris, in maximum 7 zile lucratoare de la aparitia situatiei de conflict de interese sau starii de incompatibilitate, superiorii ierarhici. Inastfel de situatii, managementul Spitalului are obligatia de a se asigura , prin masuri institutionale, ca au fost evitate conflictul de interese sau incompatibilitatea declarate, fara a aduce atingere demnitatii persoanei si drepturilor profesionale si contractuale alecelui care face obiectul conflictului de interese, respectiv incompatibilitatii sesizate.

(Art. 21, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 593

Angajatii si colaboratorii Spitalului au obligatia morala si profesionala, suplimentar celei legale, de a sesiza orice abatere de la procedurile, normele, politicile interne ale institutiei, precum si de la lege, de care iau cunostinta.

(Art. 22, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

6.5 Transparenta

Art. 594

In conformitate cu legislatia in vigoare, activitatea spitalului trebuie sa fie transparenta si accesibila cetateanului, garantand o buna comunicare cu cetatenii si societatea civila.

(Art. 23, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 595

In temeiul relatiilor de parteneriat dezvoltate cu societatea civila, personalul si colaboratorii ministerului furnizeaza reprezentantilor acesteia informatii referitoare la proiectele, programele si alte documente de interes public care au legatura cu activitatea institutiei, in limita competentelor ce ii/le revin.

(Art. 24, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 596

Personalul Spitalului potrivit atributiilor ce ii revin si conform legislatiei privind accesul la informatii de interes public, este obligat:

1. Sa asigure informarea activa, corecta si la timp a cetatenilor asupra chestiunilor de interes public;
2. Sa asigure accesul liber la informatii de interes public in conditiile legii
3. Sa respecte termenele prevazute de lege privind furnizarea informatiilor

(Art. 25, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 597

Personalul Spitalului este obligat sa respecte limitele impuse de lege privind accesul la informatii, in scopul protejarii informatiilor confidentiale, a secretului de serviciu, a protejarii vietii private a persoanelor si a securitatii acestora.

(Art. 26, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 598

Personalul si colaboratorii Spitalului au obligartia sa pastreze, in conditiile legii, confidentialitatea deplica a datelor si informatiilor pe care le detin sau la care au acces pe perioada desfasurarii activitatii si sa nu le utilizeze abuziv sau in folos personal, sau sa le faca cunoscute unui tert, inclusiv dupa incetarae activitatii care le confera acces la aceste informatii.

(Art. 27, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

Art. 599

Culergerea, stocarea si utilizarea datelir cu caracter personal de catre personalul si colaboratorii Spitalului se fac in conditiile legii si vor fii limitate strict la ceea ce este necesar pentru realizarea obiectivelor legale legitime si specifice institutiei.

(Art. 28, Codul de etica si conduita profesionala al Ministerului muncii, familiei, protectiei sociale si persoanelor varstnice, Anexa la Ordinul 109/29.01.2019)

7.
Dispozitii Finale

Art. 600

Personalul contractual se va supune tuturor valorilor si principiilor morale ale legilor aplicabile pe teritoriul Romaniei alaturi de prezentul cod de etica si deontologie profesionala.

(Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru)

Art. 601

Acest Cod de Etica si Deontologie Profesionala al Personalului Contractual al Spitalului Municipal Motru se aplica odata cu aprobarea lui in Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru si difuzarea sa.

(Consiliul Etic al Spitalului Municipal Motru)

8.

Anexe

Anexa 1

Formular de Consimțământ Etic

Acest document reprezintă o anexă la foaia de observaţie Nr. _____ şi urmează să fie ataşat la aceasta, fiind completat astăzi,_____ .

Subsemnatul, _____ , în vârstă de _____ ani, domiciliat în _____, legitimat cu BI/CI seria _____ nr. _____, în calitate de [pacient] [aparţinător al pacientului _____. Îmi asum întreaga răspundere a semnăturii în numele pacientului, conştient fiind că acesta nu are capacitate de decizie/dreptul legal] internat în secţia _____ consimt ca medicul curant să fie Dr._____ .

Declar că mi s-au adus la cunoştinţă toate informaţiile cerute despre [starea mea de sănătate] [a pacientului], de către medicul curant. Mi s-au prezentat riscurile asociate precum şi riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces) ca şi consecinţe pe care le presupune tratamentul. Declar că sunt conştient de aceste riscuri şi le accept, întrucât scopul tratamentului este spre binele pacientului. Sunt de acord ca pentru salvarea vieţii bolnavului sau îmbunătăţirii calităţii vieţii acestuia să se efectueze tratamentul.

Am înţeles beneficiile şi riscurile tratamentului ce urmează să se facă şi sunt de acord cu efectuarea acestuia.

Sunt conştient de faptul că medicul acţionează în mod etic, după principiul benevolenţei, cu responsabilitate faţă de actele şi deciziile sale, cu independenţa profesională în slujba celui mai bun interes medical al pacientului, cu competenţă având capacitatea de a se achita corespunzător de sarcina care îi revine în baza cunoştiinţelor, pregătirii şi abilităţilor deţinute, cu disponibilitate de a răspunde la chemarea pacientului, de a acorda asistenţă de urgenţă şi cu justiţie, având dreptate în actul medical: exerciţiul profesional echitabil, fără discriminare.

Declar că am deplină încredere că medicul acţionează cu inţelepciune, temperanţă, curaj, sentimentul datoriei, empatie, altruism, compasiune, simţ etic şi cu bună intenţie.

Declar că pacientului nu îi este incălcat nici unul din drepturile sale în relaţie cu practica medicală (dreptul la viaţă; dreptul la îngrijire medicală; dreptul la libertate, sub toate formele, inclusiv religioasă; dreptul la intimitate; dreptul la confidenţialitate; dreptul la a doua opinie medicală).

Declar că informaţiile medicale mi-au fost prezentate într-un limbaj accesibil, la un nivel ştiinţific rezonabil pentru puterea mea de înţelegere.

Cunosc drepturile si obligaţiile [pacientului] [atât ale aparţinătorului cât şi ale pacientului], precum şi întreaga legislaţie din domeniul sănătăţii aplicabilă pe teritoriul României.

De asemenea, în cazul apariţiei în timpul tratamentului a unei complicaţii ce necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă, sunt de acord ca aceasta să se efectueze în conformitate cu decizia medicului curant.

Certific că am citit, am înteles şi accept pe deplin cele de mai sus şi ca urmare semnez.

Semnătura _____

Anexa 2

Spitalul Municipal Motru Anexă la FO: _____

Formular de Refuz al Sfatului Medical

A se completa de către medic:

Subsemnatul, dr. _____, medic specialist/primar în specialitatea _____, la Spitalul Municipal Motru, afirm că pacientul/a _____ , nascut/ă în data de _____ refuză să urmeze sfatul medical şi dorşte să părăsească unitatea.

Am explicat pacientului potenţialele riscuri medicale ale acţiunilor sale într-o manieră clară, precisă şi la un nivel rezonabil de întelegere, precum şi alternativele terapeutice.

» Descrierea stării de sănătate a pacientului _____
_____

» Descrierea investigaţiilor necesare _____
_____

» Descrierea tratamentului medical necesar _____
_____

» Riscurile legate de refuzul urmării sfatului medical _____
_____
_____

» Alte informaţii oferite (consulturi ulterioare, dreptul la a doua opinie medicală, transferul către o altă unitate, timpul de decizie) _____
_____

Data şi ora: Semnătura si parafa,

A se completa de către pacient:

Subsemnatul, _____, pacient al Spitalului Municipal Motru, fară a avea capacitaţile mintale afectate în niciun fel, refuz să urmez sfatul medical al dr. _____ şi doresc să părăsesc unitatea.

Confirm că am fost informat despre potenţialele riscuri medicale ale refuzului asumat al sfatului medical intr-o manieră clară, precisă şi la un nivel rezonabil de întelegere.

Confirm că am luat această decizie bazându-mă pe liberul arbitru împotriva recomandărilor medicale, precizate mai sus, prin urmare îl absolv pe medicul curant si Spitalul Municipal Motru de orice consecinţe care pot apărea ca urmare a deciziei pe care am luat-o.

Semnarea acestui document nu îmi ia dreptul de a reveni la spital, acest lucru fiind de dorit chiar şi la apariţia celor mai mici semne de întrebare.

Certific că am citit, am înteles şi accept pe deplin cele de mai sus şi ca urmare semnez.

Data şi ora: Semnătura pacientului
(sau a reprezentantului legal)

*Daca pacientul refuza sa semneze: numele si semnatura unui martor angajat al spitalului.

Anexa 3

PROCES VERBAL DE CONCILIERE

Incheiat astăzi, ... la sediul Spitalului Municipal Motru, intre:

I. Părţile:

Pacient /reprezentant legal .....cu CNP ....., cu domiciliul in ....., str ..... nr. ..... sector/judeţ ..... cu CI seria ..... nr .....

Și

Personal medical ....., angajat al Spitalului Municipal Motru, cu CNP ..... cu domiciliul in....., str. ..... nr. ..... sector/judeţ ..... cu CI seria ..... nr .....

S-au intalnit astazi, ... , ora ..... ,la sediul Spitalului Municipal Motru, cu adresa str. Dr. Carol Davilla, nr. 4, cod poştal 215200, municipiul Motru, judeţul Gorj, pentru soluţionarea pe cale amiabila a litigiului apărut intre cele doua parti, respectiv:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. Corespondenta

Referitor la stabilirea locului si datei întâlnirii, părţile au purtat următoarea corespondenta :

- convocarea la conciliere trimisa de către Spitalul Municipal Motru in data de .....

prin .....

- subiectul concilierii: .....

.....

III. Prezenta la conciliere

La concilierea directa dintre parti s-au prezentat:

a) din partea pacientului .....

b) din partea medicului .....

IV. Punctele de vedere ale părților

1. Punctul de vedere al pacientului/apartinatorului ..... este următorul:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Punctul de vedere al medicului ..... este următorul:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V. Inţelegerea partilor

Având in vedere cele susmenţionate, părţile au propus următoarea rezolvare a litigiului:

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

4.....
.....
.....

5.....
.....
.....

Semnatura pacient/apartinator, Semnatura medic,

Acest Cod de Etica si Deontologie al Spitalului Municipal Motru a fost aprobat astăzi, 27.05.2022, în şedinţa Consiliului Etic al Spitalui Municipal Motru:

Membrii Permanenti

Dr. Mogos Adrian - Viorel

Dr. Udroiu Irina-Elena

Dr. Cirju Bogdan Nicolae

Dr. Chitu Robert-Stefan

As. Rosianu Marinela - Ecaterina

As. Vasilescu Ionela-Loredana

Membrii Supleanti

Dr. Rogoz Nicolae

Dr. Totan Maria-Magdalena

Dr. Iovan Relu

Dr. Novgorodschi Raluca

As. Gheorghe Mirela – Teodora

As. Spaimus Eugenia