

WMA DECLARATION OF BERLIN ON RACISM IN MEDICINE

Adopted by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022

PREAMBLE

Racism is rooted in the false idea that human beings can be ranked as superior or inferior based on inherited physical traits. This harmful social construct has no basis in biological reality; however, racist policies and ideas have been used throughout history and are still used to perpetuate, justify, and sustain unequal treatment.

Despite the fact that races do not exist in the genetic sense, in some cultures racial categories are used as a form of cultural expression or identity, or a means of reflecting shared historical experiences. This is one aspect of the concepts of “ethnicity” or “ancestry”.

Acknowledging that the words “race” and “racial” have different connotations in different linguistic and cultural contexts, these terms are used throughout this document to denote socially constructed categories and not a biological reality.

While the false conflation of racial categories with inherent biological or genetic traits has no scientific basis, the detrimental impact racial discrimination has on historically marginalized and minoritized communities is well documented. The experience of racism in all its forms – for example, interpersonal, institutional, and systemic – is recognized as a social determinant of health and a driving force behind persistent health inequities, as noted in the WMA Declaration of Oslo on Social Determinants of Health. These inequities can be compounded by other factors like national origin, age, gender, sexual orientation, religion, socioeconomic status, disabilities, and more. Individuals subjected to racism are often also affected negatively by other social determinants of health.

Racially motivated violence and overt bias, housing and employment discrimination, education and health care inequity, environmental injustice, daily microaggressions, pay gaps, and the legacy of intergenerational trauma experienced by those who are subjected to racism are just some of the many factors that may impact health and illustrate why racism poses a serious threat to public health. These and other structural barriers faced by historically marginalized communities can lead to disproportionate rates of infant and maternal mortality and certain illnesses, mental health struggles, poorer health outcomes, as well as shorter life expectancies.

Racism in medicine

With the WMA Declaration of Geneva, the Physician’s Pledge, the physician vows to respect the dignity of all patients, to respect teachers, colleagues, and students, and to “not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between [the physician’s] duty and [the] patient.”

Nonetheless, racism in all its forms also exists in medicine throughout the world and has a direct impact on patients and their health. Systemic racial disparities in access to care and health resources at a global and local scale can translate to disparities in health outcomes.

At the interpersonal level, prejudice and stereotypes held and acted upon by medical professionals can lead them to be reluctant to see patients or dismissive of symptoms from patients from marginalized communities, which can result in suboptimal communication, as well as inappropriate or delayed treatment. Racism can hinder or undermine the foundation of trust that is essential to a successful patient-physician relationship. Physicians from marginalized communities also face racism from patients, other physicians, and health professionals. This can take the form of bullying, harassment, and professional undermining in the workplace. These distressing experiences may not only impact the physician’s health and well-being, but consequently the physician’s performance. They may also leave marginalized physicians less confident to raise concerns about patient safety for fear of being blamed or suffering adverse consequences. Large and growing racial disparities in adequate professional treatment and advancement opportunities can have an impact on physicians’ career trajectories.

Furthermore, systemic racism can create barriers to entry to the medical profession for certain historically excluded groups, leading to a lack of representation, which may contribute to adverse health outcomes for patients. These barriers are caused by a variety of factors, including implicit and explicit bias in admissions and hiring practices, a dearth in inclusive professional environments, and lifelong racial disparities in educational funding.

A medical profession that is representative of the population is crucial to addressing health disparities among patients.

Racism in medical education

In medical education, implicit and explicit bias not only impact the admissions process, but also the curriculum, faculty development, and how marginalized students are treated and assessed. Non-inclusive and harmful learning environments can leave minoritized students with an increased risk of anxiety and depression. In addition, learning materials and curricula often do not reflect a diversity of experiences, imagery, and disease presentations and fail to address the issue of racism in medicine head-on.

Racism in medical research / medical journals

Structural racism also influences participation and therefore inclusivity in medical research. Historical examples of unethical experimentation or research in the absence of informed consent on marginalized communities have led to a high level of mistrust of the medical establishment. On the other hand, exclusion of marginalized groups from clinical trials results in a lack of data about how certain drugs, treatments, or health conditions might impact individuals in those groups. A lack of racial data transparency can lead to a lack of understanding about how racial disparities lead to health inequities. It can also jeopardize the potential of artificial intelligence to reveal and override biases in medicine. Algorithms are only as inclusive as the health and technology professionals who create them.

Furthermore, medical journals – the gatekeepers of evidence-based research – have generally been remiss in addressing the issue of racism and its impact on health inequities, as well as in addressing underrepresentation among journal decision makers and authors.

DECLARATION

Therefore, the World Medical Association condemns unequivocally racism in

- all its forms and wherever and whenever it occurs; declares racism to be
- a public health threat;
- acknowledges that racism is structural and deeply engrained in health care;
- asserts that racism is based on a social construct with no basis in biological reality and that any effort to claim superiority by exploiting racist assumptions is unethical, unjust, and harmful;
- recognizes that the experience of racism is a social determinant of health and responsible for persistent health inequities;
- commits to actively promote equity and diversity in medicine and to strive for an inclusive and equitable health environment.

RECOMMENDATIONS

The WMA urges its members and all physicians to:

1. enact the above-mentioned declaration in their own organizations;
2. acknowledge the harmful impact of racism on the health and well-being of marginalized communities and act upon it;
3. promote equitable access to health and other societal resources locally, nationally and on a global scale;
4. commit to actively work to dismantle racist policies and practices in health care and advocate for antiracist policies and practices that support equity in health care and social justice;
5. implement organizational and institutional changes to foster diversity in the medical profession and the organizations that support it;

6. support and, where possible, implement admissions and curriculum changes in medical education that promote inclusivity and raise awareness about the harmful impact of racism on health;
7. promote just and safe learning environments in medical education;
8. promote equitable access to quality medical and public health education;
9. center the experiences of physicians from underrepresented communities to ensure the visibility of role models and foster a feeling of inclusivity and empowerment among prospective students from historically marginalized communities;
10. ensure safe, supportive, and respectful work environments for all physicians, including those from historically marginalized communities;
11. establish channels for physicians and students of medicine to safely report cases of racially motivated harassment or bias;
12. enact disciplinary measures against perpetrators of racial harassment or bias in the medical profession and implement measures to prevent such harassment and discrimination, to protect those who suffer from it and to eliminate it from the medical field;
13. take measures to identify research gaps and promote evidence-based research on the health impact of racism;
14. encourage medical journals to amplify the voices of medical researchers and health experts from underrepresented and historically excluded communities;
15. make all efforts to promote representation in ethically conducted clinical trials in accordance with the WMA Declaration of Helsinki as a means of advancing health equity;
16. promote further research on the impact of racism in the health system.

DTB TIPTA İRKÇİLİK BERLİN BİLDİRGESİ

73. DTB Genel Kurulunda kabul edilmiştir (Berlin, Almanya, Ekim 2022)

GİRİŞ

İrkçilik, insanların kalıtsal fiziksel özelliklerine göre üst ya da alt olarak sıralanabileceği gibi yanlış bir düşünceden temellenmektedir. Bu zararlı sosyal inşanın biyolojik gerçeklikte zemini yoktur, buna rağmen ırkçı politikalar ve düşünceler tarih boyunca kullanılmıştır ve hala eşitsiz tedavi uygulamalarını korumak, haklı göstermek ve sürdürmek için kullanılmaktadır.

İrkların genetik anlamda var olmadıkları olgusuna rağmen kimi kültürlerde ırksal kategoriler kültürel ifadenin ya da kimliğin bir biçimi veya ortak tarihsel deneyimlerin kurgulanmasının bir yolu olarak kullanılmaktadır. Bu durum “etnisite” ya da “soy” kavramlarının bir özelliğidir.

“İrk” ve “ırksal” sözcüklerinin farklı dilsel ve kültürel bağlamlarda farklı çağrışımları olduğunu kabul ederek, bu terimler bu bildirge boyunca biyolojik bir gerçekliği değil, sosyal olarak inşa edilmiş kategorileri ifade etmek için kullanılmıştır.

İrksal kategorilerin doğumdan gelen biyolojik ya da genetik özelliklerle hatalı olarak birbirine karıştırılmasının bilimsel bir temeli yokken ırk ayrımcılığının tarihsel olarak ötekileştirilmiş ve azınlık haline getirilmiş topluluklar üzerindeki zararlı etkisi çokça belgelenmiştir. İrkçiliğin her türlü biçimdeki deneyimi – örneğin kişilerarası, kurumsal ve sistematik – DTB'nin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Oslo Bildirgesinde belirtildiği gibi sağlıkta sosyal bir belirleyici ve süregelen sağlık eşitsizliklerinin arkasındaki asıl kuvvet olarak tanınmaktadır. Bu eşitsizlikler ulusal köken, yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, din, sosyoekonomik durum, engellilik ve daha fazla sayıda başka etkenle birleşmiş olabilir. İrkçiliğe maruz kalan bireyler genellikle sağlık üzerindeki başka sosyal belirleyiciler tarafından da olumsuz etkilenmektedir.

İrkçiliğe maruz kalanların deneyimlediği ırksal olarak güdülenmiş şiddet ve açık ön yargılar, barınma ve istihdam ayrımcılığı, eğitim ve sağlık hizmeti eşitsizliği, çevresel adaletsizlik, gündelik mikro-saldırganlıklar, ücret farklılıkları ve kuşaklar arası travmanın hafızası, sağlığa tesiri bulunan pek çok etkenden sadece bazılarıdır ve ırkçılığın neden toplum sağlığı için ciddi bir tehdit olduğunu ortaya serer. Tarihsel olarak ötekileştirilmiş toplulukların yüzleştiği bu gibi durumlar ve başka yapısal engeller yüksek oranlarda çocuk ve anne ölümüne ve kimi hastalıklara, ruh sağlığı sorunlarına, daha kötü sağlık sonuçları kadar daha kısa yaşam süresi beklentisine de yol açabilir.

Tıpta İrkçilik

DTB'nin Cenevre Bildirgesi ve Hekimlik Yemini ile hekim, tüm hastaların onuruna saygı duyacağını, eğitimcilere, iş arkadaşlarına ve öğrencilere saygılı davranacağını ve “yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, ulusal kimlik, siyasal görüş, ırk, cinsel yönelim, sosyal konum ya da başka herhangi bir etkenin hekimin görevi ile hasta arasına girmesine izin vermeyeceğini” beyan etmiştir.

Yine de ırkçılık tüm biçimleriyle hala dünya çapında tıp uygulamasında mevcuttur ve hastalar ve sağlıkları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Küresel ve yerel ölçekteki sağlık hizmetine ve kaynaklarına erişimde sistemik ırksal ayrımcılık sağlık sonuçlarında da ayrımcılık olarak görülebilir.

Kişilerarası seviyede tıp çalışanları tarafından taşınan ve uygulanan ön yargılar ve basmakalıp düşünceler onları hasta görmek konusunda isteksizliğe ya da ötekileştirilmiş topluluklardan gelen hastaların semptomlarına karşı gereken önemi göstermemeye itebilir ve böylece vasat iletişim kadar tedavinin gecikmesi ya da yanlış tedavinin uygulanması sonucunu doğurabilir. İrkçilik, başarılı bir hasta hekim ilişkisi için elzem olan güvenin temelini zayıflatabilir ya da çökertebilir. Ötekileştirilmiş topluluklardan gelen hekimler de hastalar, diğer hekimler ve sağlık çalışanları tarafından ırkçılığa maruz bırakılmaktadır. Bu ırkçılık, taciz, iş ilişkilerinde zorluk çıkartmak ve zorbalık şeklini alabilir. Böylesi zor deneyimler sadece hekimin sağlığını ve iyiliğini değil, sonuç olarak hekimin performansını da etkileyebilir. Bu deneyimler ayrıca ötekileştirilmiş hekimleri hasta güvenliği ile ilgili kaygılarını dile getirme konusunda, suçlanma ya da kötü sonuçlara maruz kalma korkusuyla çekincede bırakabilir.

Düzcün mesleki uygulama ve gelişme fırsatlarındaki geniş ve büyümekte olan ayrımcılıklar hekimlerin mesleki gelişim seyirlerine etkide bulunabilir.

Dahası, sistemli ırkçılık dışlanmış belirli grupların tıp mesleğine girişlerinin önünde engeller yaratarak temsil eksikliğine yol açabilir ve bunun sonucunda hastalar için olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Bu engellerin başvuru ve işe alım uygulamalarında açık ve örtük ön yargılar, kapsayıcı mesleki ortamların kısıtlı kalması ve eğitim desteklerinde hayat boyu süren ırksal ayrımlar da dahil olmak üzere çeşitli sebepleri vardır.

Nüfusu temsil eden bir tıp mesleği hastalar arasındaki eşitsizlikleri tespit etmede hayati önemdedir.

Tıp Eğitiminde Irkçılık

Tıp eğitiminde örtük ve açık ön yargılar sadece kabul süreçleri değil, müfredat, fakülte gelişimi ve ötekileştirilmiş öğrencilere nasıl davranılıp onların nasıl değerlendirildiği üzerinde de etki sahibidir. Kapsayıcı olmayan ve zarar verici eğitim ortamları azınlıkta bırakılan öğrencileri artan riskte anksiyete ve depresyona itebilir. Buna ek olarak eğitim materyalleri ve müfredat genelde deneyimlerin, görselleştirmenin ve hastalık temsillerinin çeşitliliğini yansıtmaz ve tıptaki ırkçılık konusuna doğrudan işaret etmekte başarısız kalır.

Tıp Araştırmalarında ve Dergilerinde Irkçılık

Yapısal ırkçılık tıbbi araştırmaya katılımı ve böylece kapsayıcılığı da etkilemektedir. Ötekileştirilmiş topluluklar üzerinde yapılan etik dışı deneyler ya da aydınlatılmış onam olmadan yürütülen araştırmalar gibi tarihsel örnekler bu toplulukların tıbbi kuruluşlara karşı yüksek bir güvensizlik beslemesine yol açmıştır. Diğer taraftan ötekileştirilmiş grupların klinik deneylerin dışında tutulması kimi ilaçların, tedavilerin ya da sağlık durumlarının bu gruplardan bireylere nasıl etkide bulunabileceği hakkında veri eksikliği ile sonuçlanmaktadır. Irksal veriye dair şeffaflık eksikliği ırksal farkların nasıl sağlık eşitsizliklerine vesile olduğuna dair anlayış eksikliğine yol açabilir. Bu durum ayrıca yapay zekanın tıptaki ön yargıları ortaya çıkarma ve üzerinden gelme potansiyelini tehlikeye sokabilir. Algoritmalar ancak onları yaratan sağlık ve teknoloji uzmanları kadar kapsayıcıdır.

Dahası tıp dergileri – bulguya dayalı araştırmanın eşik bekçileri – genellikle ırkçılık ve ırkçılığın sağlık eşitsizliklerine etkisi konusuna işaret etmekte isteksiz davranmış buldukları gibi dergi yazarlarının ve karar alıcılarının arasında yeterli temsilin bulunmayışına parmak basmamışlardır.

BİLDİRGE

Bu sebeplerle Dünya Tabipler Birliği

- Her nerede ve ne zaman gerçekleşirse gerçekleşsin ırkçılığın her biçimini şiddetle kınar;
- ırkçılığın bir toplum sağlığı sorunu olduğunu beyan eder;
- ırkçılığın sağlık hizmetlerinde yapısal ve derinlere kök salmış bir biçimde bulunduğunu kabul eder;
- ırkçılığın biyolojik gerçekliği olmayan sosyal bir inşa üzerine kurulduğunu ve ırkçı varsayımlara dayanarak herhangi bir üstünlük iddiasının etik dışı, adaletsiz ve zararlı olduğunu kabul eder;
- ırkçılık deneyiminin bir sağlık belirleyeni ve kalıcı sağlık eşitsizliklerinden sorumlu olduğunu kabul eder;
- Tıpta eşitlik ve çeşitliliği etkin bir şekilde geliştirmeye kararlı olduğunu ve kapsayıcı ve eşitleyebilen bir sağlık ortamı için mücadele edeceğini bildirir.

Öneriler

DTB üyelerine ve tüm hekimlere çağrıda bulunmaktadır:

1. Yukarıda bahsedilen bildirgeyi kendi kurumlarında yürürlüğü koymaları;
2. Irkçılığın sağlık ve ötekileştirilmiş toplulukların iyi hali üzerindeki zararlı etkisini kabul etmeleri ve buna karşı harekete geçmeleri;
3. Sağlığa ve diğer toplumsal kaynaklara eşit erişimi yerel, ulusal ve küresel ölçekte teşvik etmeleri;
4. Sağlık hizmetlerinde ırkçı politikaların ve uygulamaların devre dışı bırakılması için etkin bir şekilde çabalamaları ve sağlık hizmeti ile toplumsal adalette ırkçılık karşıtı politikalar ile uygulamaları savunmaları;
5. Tıp mesleğindeki çeşitliliği desteklemek için örgütsel ve kurumsal değişiklikler ile bunu destekleyen etkinlikleri yürürlüğe koymaları;
6. Tıp eğitiminde kapsayıcılığı ve ırkçılığın sağlık üzerindeki zararlı etkisine dair farkındalığı destekleyecek olan kabul işlemleri ve müfredat değişikliklerini desteklemeleri ve uygun olduğu durumlarda yürürlüğe koymaları;
7. Tıp eğitiminde adil ve güvenli öğrenme ortamlarını desteklemeleri;
8. İyi bir tıp ve toplum sağlığı eğitimine adil erişimi desteklemeleri;
9. Tarihsel olarak ötekileştirilmiş topluluklardan gelecek öğrencilerin güçlendirilmesi ve kapsayıcılık duygusunun desteklenmesi amacıyla ve rol modellerinin görünürlüğü teminat altına almak için yeterince temsil edilmeyen topluluklardan gelen hekimlerin deneyimlerini merkeze almaları;
10. Tarihsel olarak ötekileştirilmiş topluluklardan gelenler dâhil tüm hekimler için güvenli, destekleyici ve saygılı bir çalışma ortamını teminat altına almaları;
11. Hekimlerin ve tıp öğrencilerinin ırkçı güdülerle yapılan taciz olaylarını ve ön yargıları güven içinde bildirmeleri için kanallar kurmaları;
12. Tıp mesleğinde ön yargılı ya da ırkçı tacizlerin faillerine karşı cezalandırıcı tedbirler almaları ve böylesi taciz ve ayrımcılıkları engellemek, bunlardan zarar görenleri desteklemek ve böylesi eylemleri tıp alanından kaldırmak için gerekli önlemleri yürürlüğe koymaları;
13. Irkçılığın sağlık üzerindeki etkilerine dair bulguya araştırmaları desteklemeleri ve araştırma süreçlerindeki toplumsal eşitsizlikleri tanımlamak için gerekli önlemleri almaları;
14. Yeterince temsil edilmeyen ve tarihsel olarak dışlanmış topluluklardan gelen tıbbi araştırmacıların ve sağlık uzmanlarının seslerinin duyulmasını arttırmaları için tıp dergilerini cesaretlendirmeleri;
15. Sağlıkta eşitliği ileri taşımanın bir yolu olarak DTB Helsinki Bildirgesi ile uyumlu olarak etik ilkeler içinde gerçekleştirilen klinik deneylerdeki temsilin desteklenmesine dair tüm çabaları göstermeleri;
16. Sağlık sisteminde ırkçılığın etkisine dair gelecekteki araştırmaları desteklemeleri için DTB, üyelerine ve tüm hekimlere çağrıda bulunmaktadır.