



SISTEMATIZACIÓN DE NORMAS

NORMATIVA PERUANA RELACIONADA CON LA
PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

¡NO MÁS VIOLENCIA CONTRA
LA ASISTENCIA DE SALUD!

ES UNA
CUESTIÓN
DE **VIDA**
O MUERTE



CICR



CICR

Delegación Regional del CICR para Perú, Bolivia y Ecuador.

Av. Jorge Chávez 481, Miraflores, Lima – Perú

T +0051 1 241 9904 F +0051 1 241 9912

Email: lim_lima@icrc.org web: www.icrc.org

 [Facebook.com/ICRCespanol](https://www.facebook.com/ICRCespanol)

 [Twitter.com/cicr_es](https://twitter.com/cicr_es)

© CICR, diciembre de 2015

Portada: Dafne Martos/CICR y Boris Heger/CICR

SISTEMATIZACIÓN DE NORMAS

**NORMATIVA PERUANA RELACIONADA CON LA
PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. DEFINICIONES	8
3. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL	10
3.1. Protección de la asistencia de salud en el derecho internacional de los derechos humanos	10
3.1.1. Obligación general de atención a heridos y enfermos	10
3.1.2. Regulación relacionada con el personal de salud	11
3.1.3. Regulación relacionada con los transportes y los establecimientos sanitarios	12
3.2. Protección de la asistencia de salud en el derecho internacional humanitario	12
3.2.1. Obligación general de protección de los heridos y enfermos en conflictos armados	13
3.2.2. Regulación relacionada con el personal de salud	13
3.2.3. Regulación relacionada con los transportes de salud	14
3.2.4. Regulación relacionada con los establecimientos de salud	15
3.2.5. La protección del emblema de la cruz roja	16
4. MARCO JURÍDICO NACIONAL	17
4.1. Identificación	17
4.1.1. Regulación respecto al personal de salud	17
4.1.2. Regulación respecto a los transportes de salud	18
4.1.3. Regulación con respecto a los establecimientos de salud	18
4.2. Medidas de seguridad	18
4.2.1. Regulación con respecto al personal de salud	19
4.2.2. Regulación con respecto a los establecimientos de salud	21
4.3. Confidencialidad y ética médica	22
4.4. Sistema de reporte de incidentes	23
4.5. Condiciones laborales	25
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
Anexo 1	28
Bibliografía	29

1. INTRODUCCIÓN

El cometido del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) es prevenir y aliviar el sufrimiento de las personas afectadas por conflictos armados y otras situaciones de riesgo de manera neutral, imparcial e independiente. En este sentido, lleva a cabo iniciativas humanitarias de respuesta ante las consecuencias humanitarias que estos contextos generan. Ninguna actividad es más representativa de este cometido que la asistencia de salud efectiva e imparcial a los heridos y enfermos, a veces en las circunstancias más complicadas imaginables.

No obstante, es justamente en contextos de conflictos armados y otras situaciones de riesgo que los servicios de salud son más propensos a sufrir interferencias, interrupciones e incluso ataques. La violencia, tanto real como en forma de amenazas, afecta a la prestación de asistencia de salud de modos diversos. El personal de salud, los transportes y las instalaciones sanitarias –protegidos contra ataques mientras se dediquen exclusivamente a cuidar de los heridos y enfermos– son, no obstante, atacados o resultan “daño colateral” en el marco de conflictos armados. Además, pueden sufrir y sufren diversas afectaciones –ya sea intencionales o no– en otras situaciones de riesgo o violencia. Esto, por supuesto, merma su capacidad de brindar asistencia de salud a personas que lo necesitan.

Con el objetivo de promover una mejor protección para la asistencia de salud, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja lleva a cabo el Proyecto “Asistencia de salud en peligro”¹, en concordancia con la voluntad de los Estados Parte de los Convenios de Ginebra de 1949, entre los que se encuentra Perú².

En Perú, tanto el Ministerio de Salud (MINSa) como el CICR han identificado situaciones en las que, efectivamente, el personal de salud se encuentra especialmente en riesgo y ha experimentado afectaciones durante el ejercicio de su labor, dado su desenvolvimiento en contextos de violencia –por ejemplo, la existente en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) o la derivada de protestas sociales que se

tornan violentas o la violencia en ciertas zonas urbanas difíciles. Este especial riesgo puede deberse a diversos factores: desconocimiento por parte de la población de la naturaleza del servicio de salud, que debe ser siempre neutral; indebida utilización de los transportes e instalaciones desde donde se brinda asistencia de salud, lo cual deslegitima la neutralidad de la asistencia; falta de correcta identificación y medidas de seguridad apropiadas para el personal de salud; y/o falta de claridad del marco jurídico internacional y nacional existente para la protección de la asistencia de salud en general y, en específico, en situaciones de riesgo.

El presente documento tiene como objetivo analizar el elemento jurídico descrito: identificar los vacíos, concordancias y/o contradicciones entre los marcos jurídicos nacional e internacional previstos para regular esta problemática.

En primer lugar, describiremos el marco jurídico internacional y las disposiciones que garantizan el acceso y la prestación del servicio de salud en situaciones de riesgo. Este marco jurídico se extraerá tanto de los instrumentos y de la jurisprudencia del Derecho internacional de los derechos humanos (DIDH) –aplicable en todo tiempo y lugar–, como de tratados, normas consuetudinarias y jurisprudencia del Derecho internacional humanitario (DIH), aplicable en conflictos armados. Ello, porque el DIH contiene disposiciones mucho más específicas sobre la protección de la asistencia de salud en situaciones de riesgo que el DIDH y, en consecuencia, puede servir como guía para el análisis de la normativa peruana sobre la materia.

En segundo lugar, analizaremos el marco jurídico nacional peruano –medidas legislativas y administrativas– y la regulación que prevé para el personal, transportes e instalaciones sanitarias desde cinco ejes: (i) identificación; (ii) medidas de seguridad; (iii) confidencialidad y ética médica; (iv) sistema de reporte de incidentes; y (v) condiciones laborales. Todo ello, a la luz del marco jurídico internacional desarrollado.

Finalmente, presentaremos las conclusiones que se deriven del estudio y algunas recomendaciones ante autoridades nacionales relacionadas con la problemática, en especial el MINSa.

¹ Para información más detallada sobre el Proyecto, ver: <https://www.icrc.org/spa/what-we-do/safeguarding-health-care/>

² El Perú ratificó los 4 Convenios de Ginebra de 1949 el 15 de febrero de 1956 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977 el 14 de julio de 1989.



Dafne Martos / CICR

El personal de salud, los transportes y las instalaciones sanitarias –protegidos contra ataques mientras se dediquen exclusivamente a cuidar de los heridos y enfermos– son, no obstante, atacados o resultan “daño colateral” en el marco de conflictos armados. Además, pueden sufrir y sufren diversas afectaciones – ya sea intencionales o no– en otras situaciones de riesgo o violencia.

2. DEFINICIONES⁴



COSMO/Catalina Martín-Chico

a) Asistencia de salud: es la prevención, diagnóstico, tratamiento o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, así como las medidas para garantizar la salud de las madres y los hijos de corta edad. También incluye las actividades para que los servicios de asistencia de salud tengan acceso a los heridos y enfermos, o para apoyarlos en la búsqueda y transporte de heridos y pacientes, y en la administración de las instalaciones de salud⁵.

b) Actividades de salud: son actividades propias de la prestación de servicios de salud, tales como asistencia de salud, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de los servicios de salud, atención prehospitalaria, hospitalaria y extramural. También la búsqueda, rescate, transporte, diagnóstico, tratamiento, incluidos los primeros auxilios y rehabilitación de los heridos y enfermos, y la utilización de los transportes sanitarios. Además, incluye programas de vacunación,

la vigilancia de la calidad de agua y saneamiento, el control de zoonosis, y otras actividades que forman parte de la asistencia de salud.⁶

c) Ambulancia: Vehículo con equipos apropiados para el transporte asistido de pacientes⁷.

d) Conflicto armado internacional: se entiende por conflicto armado internacional todo conflicto en el que se enfrentan dos o más Estados. También serán conflictos armados internacionales los casos de ocupación total o parcial del territorio de un Estado, aunque tal ocupación no encuentre resistencia militar, y las situaciones en que los pueblos luchan contra la dominación colonial, la ocupación extranjera y los regímenes racistas, en el ejercicio del derecho de los pueblos a la libre determinación⁸.

4 Las definiciones contenidas en el presente acápite han sido extraídas de documentos nacionales e internacionales.

5 CICR. Asistencia de salud en peligro. Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias, pp. 13 y 14. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-002-4104.pdf>. Última visita: 9 de junio de 2015.

6 Extraído parcialmente del Manual de Misión Médica. Ministerio de Salud y Protección Social. Impreso en Colombia en febrero de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manual%20de%20Misi%C3%B3n%20M%C3%A9dica.pdf>

7 Norma Técnica de Salud N° 051-MINSA/OGDN-V.01, para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre, Resolución Ministerial 953-2006/MINSA.

8 Art. 2 común a los 4 Convenios de Ginebra de 1949 y Art. 1.4 del Protocolo Adicional

e) Conflicto armado no internacional: es el enfrentamiento armado entre fuerzas gubernamentales y las fuerzas de uno o más grupos armados organizados, o entre esos grupos⁹, con cierto grado de intensidad.

f) Establecimientos de salud: son aquellos locales que realizan, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas. Pueden ser establecimientos sin internamiento y con internamiento¹⁰. Para efectos del presente documento, comprenderán también los servicios médicos de apoyo y otras edificaciones utilizadas para actividades de salud, como edificios administrativos, almacenes de medicamentos y vacunas, entre otros. Pueden ser permanentes o temporales.

g) Incidente: Cualquier evento adverso, acción u omisión directa o indirecta que impida, retrase o limite el acceso de los heridos y pacientes a los servicios de asistencia de salud, o que atente contra la integridad del paciente, personal de salud, las instalaciones de salud y los transportes sanitarios¹¹.

h) Otras situaciones de riesgo: situaciones que no alcanzan el umbral de un conflicto armado, durante las cuales las medidas de seguridad o los incidentes relativos a la seguridad pueden tener consecuencias graves para las personas que necesitan asistencia eficaz e imparcial¹².

i) Personal de salud: Son todas las personas que desarrollan actividades de salud. Este personal comprende a las siguientes personas¹³:

- Profesionales de la salud.
- Personal técnico y auxiliar asistencial de la salud.
- Personas que trabajan en hospitales, clínicas, centros y puestos de salud, por ejemplo: personal administrativo, conductores de ambulancias y otros.

⁹ de 1977 a los Convenios de Ginebra de 1949.

¹⁰ CICR. Asistencia de salud en peligro, op. cit., p. 13. Ver también CICR ¿Cuál es la definición de “conflicto armado” según el derecho internacional humanitario? Documento de opinión, marzo de 2008. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-es.pdf>

¹¹ Artículo 17 del Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, D.S. 013-2006-SA de 25 de junio de 2006 y artículo 5.1. de la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”, Resolución Ministerial 045-2015/MINSA.

¹² Cfr. Manual de Misión Médica. Ministerio de Salud y Protección Social. op.cit., p. 13.

¹³ Cfr. CICR. Asistencia de salud en peligro, op. cit., p. 12. El CICR emplea el término “otras emergencias” para identificar dichos escenarios.

¹⁴ Ibid., 15. En concordancia con la Ley 23536 - “Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud”, Ley 28456 - “Ley del trabajo del profesional de la salud tecnólogo médico y sus modificatorias y Ley 28561 - “Ley que regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud”, precisada mediante el Decreto Supremo 012-2011-SA.

Se entiende por conflicto armado internacional todo conflicto en el que se enfrentan dos o más Estados. También serán conflictos armados internacionales los casos de ocupación total o parcial del territorio de un Estado, aunque tal ocupación no encuentre resistencia militar, y las situaciones en que los pueblos luchan contra la dominación colonial, la ocupación extranjera y los regímenes racistas, en el ejercicio del derecho de los pueblos a la libre determinación .

- Personal sanitario de las fuerzas armadas.
- Personal y voluntariado del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja que participan en tareas de asistencia de salud.
- Personal de organizaciones internacionales orientadas a la salud y de organizaciones no gubernamentales.
- Socorristas y voluntarios que participan en tareas de asistencia de salud.

j) Portadores de armas: son personas que portan armas, ya sean estatales o no estatales.

k) Servicio médico de apoyo: es la unidad productora de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con internamiento o sin internamiento, según corresponda, que brinda servicios complementarios o auxiliares de la atención médica y que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos¹⁴.

l) Transporte sanitario: son todos los medios de transportes terrestres, aéreos, fluviales y marítimos que se utilizan exclusivamente para el traslado de heridos o enfermos, del personal de salud y del equipo o material sanitario. Incluye a las ambulancias u otros medios como vehículos para transporte de personal, o camiones para el traslado de medicamentos, insumos médicos, equipos biomédicos y vacunas.

¹⁴ Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, op. cit., art. 85.

3. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

El Derecho internacional contiene diversas disposiciones sobre la protección de la asistencia de salud en situaciones regulares, así como en conflictos armados y otras situaciones de riesgo. A continuación, presentamos las disposiciones relacionadas con la materia de dos cuerpos normativos complementarios: el DIDH y el DIH.

3.1. Protección de la asistencia de salud en el derecho internacional de los derechos humanos

Como ya se ha señalado, los derechos humanos protegen a las personas en todas las circunstancias, es decir, en tiempos de paz (que incluyen situaciones de riesgo) y en conflictos armados, cuando se mantiene el núcleo inderogable de derechos humanos. Estos derechos se encuentran en diversos instrumentos de derechos humanos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)¹⁵, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)¹⁶, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)¹⁷, la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH)¹⁸, entre otros.

3.1.1. Obligación general de atención a heridos y enfermos

Toda persona tiene derecho a la vida, derecho a no ser objeto de tratos crueles, inhumanos o degradantes y derecho a no ser objeto de ninguna forma de discriminación. Naturalmente, estos derechos se aplican a los heridos, enfermos y a los profesionales de la salud.

Asimismo, otro derecho humano importante en cualquier contexto debido a que es indispensable para ejercer los demás derechos es el “derecho a la salud”, el cual se encuentra regulado en el artículo 12 del PIDESC, el párrafo 1 del artículo 25 de la DUDH, Art.5, e) iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación

Racial de 1965, los artículos 11 y 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 10 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otras disposiciones.

Por ello, con el fin de garantizar el derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de asegurar, como mínimo, la atención primaria básica de la salud, garantizando el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sin discriminación y con respeto a los grupos vulnerables¹⁹. En esa línea, cuando el empleo de las armas de fuego es inevitable –de acuerdo a los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad–, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben proceder de modo tal que se preste lo antes posible asistencia y servicios médicos a las personas heridas o afectadas según la disposición 5 c) de los Principios Básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

(...) el derecho a la salud impone a las autoridades la obligación de respetar y proteger la prestación de asistencia de salud. Por ello, con el fin de que el personal de salud pueda cumplir con su labor de prestar asistencia a los heridos y enfermos, éste no debe ser atacado ni se le debe causar daño.

Además, según el artículo 6 del PIDCP y el artículo 4.1 de la CADH, los heridos y enfermos –al igual que toda persona–, se encuentran protegidos contra cualquier atentado a su vida o violencia y tienen derecho a la seguridad (artículo 9 PIDCP y artículo 7.1 de la CADH). Asimismo, tienen derecho a gozar de acceso a la atención médica sin ningún tipo de discriminación²⁰. Por consiguiente, los Estados tienen la obligación de no realizar ejecuciones extrajudiciales o arbitrarias según lo previsto en el artículo 6 del PIDCP y el artículo 4.1 de la CADH. También existe la prohibición de tortura de acuerdo con la Convención contra la Tortura y otros tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes²¹, la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la Tortura²², el artículo 7 del PIDCP y el artículo 5 de la CADH.

15 Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948, Resolución 217 de la Asamblea General de la ONU, Anexo.

16 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptada el 16 de diciembre de 1966, Resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General de la ONU.

17 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptada el 16 de diciembre de 1966, Resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General de la ONU.

18 Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), suscrita en la Conferencia especializada Interamericana sobre Derechos Humanos en San José del 7 al 22 de noviembre de 1969.

19 Observación General (OG) 14 del Comité de Derechos Humanos (CDH), §43.

20 DUDH, art. 26 del PIDCP, art. 24 de la CADH y la OG 14 del CDH, §12.

21 Resolución 39/49 de la Asamblea General de Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1984. También véase: Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, Resolución 3452 (XXX) de la Asamblea General de Naciones Unidas, 9 de diciembre de 1975.

22 Adoptada en Cartagena de Indias, Colombia, 9 de Diciembre de 1985.

A continuación, se esboza el marco jurídico internacional correspondiente para el personal de salud, los transportes e instalaciones sanitarias:

3.1.2. Regulación relacionada con el personal de salud

Como se mencionó líneas arriba, el personal de salud posee los mismos derechos que cualquier persona bajo la jurisdicción de un Estado. En ese sentido, tienen el derecho de estar protegidos contra las ejecuciones arbitrarias y tienen el mismo derecho a la seguridad descrito para los heridos y enfermos.

Por otro lado, el personal de salud tiene la obligación de prestar atención en salud de forma eficaz e imparcial a todas aquellas personas que resulten heridas o que se encuentren enfermas. Igualmente, debe brindar un trato humano a los heridos y enfermos, asegurándose de que sus prácticas sean compatibles con el DIDH. En ese sentido, el personal de salud no debe practicar ningún tipo de experimento con los heridos y los enfermos sin su consentimiento válido y auténtico²³. Además, no debe crear una amenaza inmediata para la vida o la integridad de terceros y debe respetar los deseos, la confianza y la dignidad de sus pacientes, protegiendo a los heridos y los enfermos de la curiosidad pública y la atención de los medios de comunicación²⁴.

Asimismo, de acuerdo a la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente (1981-1985), la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial²⁵, la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial²⁶, el Código Internacional de Ética Médica y las Regulaciones de la Asociación Médica Mundial en Tiempos de Conflicto Armado y Otras Situaciones de Violencia, es deber del personal de salud guardar el secreto médico, lo cual implica mantener en reserva toda la información de la persona incluyendo la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento.

Al respecto, el Comité de Derechos Humanos ha recomendado la modificación de leyes nacionales para que las mismas protejan la confidencialidad de la información médica²⁷ y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso *De la Cruz vs. Perú*, estableció que los médicos tienen el derecho y el deber de guardar la confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso por su condición²⁸.

23 OG 14 del CDH, §8.

24 CICR. Asistencia de Salud en Peligro, Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias. Ginebra: CICR, Mayo 2013, pp. 26 - 27.

25 Adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia. Ha sido revisada y enmendada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000. También ha sido clarificada en el 2002, 2004 y 2008.

26 Adoptada en setiembre de 1948, enmendada en 1968, 1983 y 1994.

27 Ver: Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile, U.N.Doc. CCRPR/C/79/Add.104 (1999).

28 Corte IDH. Caso *De la Cruz Vs. Perú*. Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, 18

Por otro lado, el derecho a la salud impone a las autoridades la obligación de respetar y proteger la prestación de asistencia de salud. Por ello, con el fin de que el personal de salud pueda cumplir con su labor de prestar asistencia a los heridos y enfermos, éste no debe ser atacado ni se le debe causar daño. Asimismo, arrestar al personal de salud por cumplir con las actividades de salud de manera imparcial puede constituir una violación de su derecho a la libertad, el cual lo protege de la detención o prisión arbitrarias, según lo estipulado en el artículo 9 del PIDCP y artículo 7.3. de la CADH. Además, de acuerdo a las Regulaciones de la Asociación Médica Mundial (AMM) en tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia, no se debe obstaculizar la labor del personal de salud²⁹ ni obligarles a realizar actividades contrarias a su deontología³⁰, como exigirles dar prioridad al tratamiento de una persona sobre otra sobre la base de criterios arbitrarios, ya que se vulneraría el derecho a la no discriminación. La única excepción para hacer distinción entre pacientes es la necesidad médica³¹.

Con este mismo sentido, la Organización Internacional para el Trabajo (OIT) elaboró recomendaciones para la recopilación, registro y notificación de datos fidedignos sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, recomendaciones aplicables a toda actividad económica, lo que incluye al personal de salud³². Estas recomendaciones son importantes en el ámbito del personal de salud que brinda servicios en situaciones de riesgo ya que ayudan a la identificación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

Por último, es importante destacar que, de acuerdo al Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, matar a las personas heridas y enfermas o personal de salud, así como la comisión de otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental puede considerarse como un crimen de lesa humanidad cuando dicho ataque se realice de manera sistemática o generalizada³³.

de Noviembre de 2004, §97.

29 OG 14 del CDH, §34.

30 Regulaciones de la Asociación Médica Mundial (AMM) en tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia, Enmendada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, Octubre 2012.

31 OG 14 del CDH, §18 -19.

32 OIT. Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Ginebra, 1996.

33 Artículo 7 del Estatuto de Roma, Res. A/CONF.183/9, adoptada el 17 de julio de 1998. Entró en vigor el 1ro de julio de 2002. Ver también: ICRC. Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflicts and in Situations Not Covered by International Humanitarian Law, Advisory Service on International Humanitarian Law, march 2012.

3.1.3. Regulación relacionada con los transportes y los establecimientos sanitarios

Debido a la naturaleza y el fin humanitario que tienen las actividades de salud en situaciones de riesgo, su protección alcanza a las unidades de transporte sanitario y los establecimientos de salud. Es por ello que con el fin de asegurar el acceso a los servicios de salud, es necesario respetar y proteger los transportes sanitarios y los establecimientos de salud de ataques directos o el mal uso de los mismos por parte de terceros³⁴ para que, de esa manera, exista disponibilidad de los transportes e instalaciones de salud, tal y como lo ha señalado el Comité de Derechos Humanos en la Observación General N° 14³⁵.

Además, el artículo 12.2 literal d) del PIDCP señala la obligación de los Estados de asegurar el acceso igual y oportuno a los servicios de salud. En ese sentido, el Comité de Derechos Humanos ha señalado que dicha obligación abarca los siguientes servicios de salud: (i) básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; (ii) programas de reconocimientos periódicos; (iii) tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; (iv) el suministro de medicamentos esenciales y (v) el tratamiento y atención apropiados de la salud mental³⁶.

3.2 Protección de la asistencia de salud en el derecho internacional humanitario

El DIH es el derecho aplicable a todas las partes en un conflicto armado, ya sea internacional o no internacional. Se compone de normas internacionales, de origen convencional y consuetudinario, que tienen la finalidad humanitaria de proteger a las personas afectadas por los conflictos armados, en especial a aquellas que no participan o que han dejado de participar en las hostilidades; asimismo, busca limitar los medios y métodos de combate a disposición de las partes. Por su especialidad, las normas de DIH son aplicables únicamente en caso de conflicto armado; por su finalidad, el incumplimiento de las obligaciones de DIH por una de las partes en conflicto, no exime a la parte contraria de cumplir con ellas.

Ahora bien, la protección que el DIH otorga a las personas afectadas por conflictos armados está reflejada en una gran cantidad de disposiciones. Para efectos de este documento, nos enfocaremos en las referidas a la protección de las personas que no participan o ya no participan en las hostilidades, que se encuentran recogidas, principalmente, en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977³⁷. La mayor parte de ellas está referida a conflictos armados internacionales y, una sección más reducida, a conflictos armados no internacionales. Sin embargo, existen normas consuetudinarias –resultado de una práctica general aceptada como derecho- que se aplican a ambos contextos³⁸.

A continuación, presentamos un resumen de las normas generales aplicables a conflictos armados internacionales y no internacionales:

CONFLICTO ARMADO INTERNACIONAL	CONFLICTO ARMADO NO INTERNACIONAL
<p>Cuatro convenios de Ginebra de 1949</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenio I para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campañas. • Convenio II para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar. • Convenio III relativo al trato debido a los prisioneros de guerra. • Convenio IV relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra. 	<p>Artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 1949</p>
<p>Protocolo Adicional I de 1977 a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales</p>	<p>Protocolo Adicional II de 1977 a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional</p>
<p>161 normas consuetudinarias del estudio de DIH consuetudinario del Comité Internacional de la Cruz Roja</p>	<p>149 de las 161 normas consuetudinarias del estudio de DIH consuetudinario del Comité Internacional de la Cruz Roja</p>

34 OG 14 del CDH, §33.

35 Ibid., §12 a).

36 Ibid., §17.

En conflictos armados, dada la excepcionalidad de la situación y constante violencia, los heridos, enfermos y el personal de salud se encuentran en una mayor situación de riesgo. El DIH, consciente de esta realidad y de la importancia de la asistencia de salud, contiene normas que se refieren a la protección específica del personal de salud, de los transportes e instalaciones sanitarias.

3.2.1. Obligación general de protección de los heridos y enfermos en conflictos armados

Claramente, y en igual sentido que en el DIDH, la protección del personal, transportes y establecimientos de salud encuentra su principal fundamento en la obligación que tienen todas las partes involucradas en un conflicto de proteger a los heridos y enfermos. Es así que el artículo 12 del Convenio I de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña (Convenio I) establece que las personas que estén heridas o enfermas deben ser tratadas y asistidas con humanidad. De igual manera sucede con los heridos y enfermos caídos en el mar, conforme al artículo 12 del Convenio II de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar (Convenio II). Este deber de asistencia también está regulado en el Protocolo Adicional I a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo Adicional I)³⁹.

En caso de conflictos armados no internacionales, el artículo 3 común a los Convenios de Ginebra (artículo 3 común) también señala que se debe brindar atención con humanidad a toda persona fuera de combate por enfermedad o que se encuentre herida. Por su parte, el Protocolo Adicional II a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II) regula este ámbito de manera más extensa, indicando que los heridos, enfermos y náufragos deben ser respetados y protegidos, tratados humanamente y recibir en el plazo más breve los cuidados médicos que requieran⁴⁰. Asimismo, deberán ser buscados y recogidos del campo de batalla lo antes posible para protegerlos de posibles afectaciones producto de la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran⁴¹. Este deber de asistencia tiene carácter consuetudinario, tanto para situaciones de conflictos armados internacionales, como de conflictos armados no internacionales⁴².

El deber de proteger a los heridos y enfermos cobra sentido solamente si se protege también a quienes brindan la asistencia de sa-

lud en conflictos armados y a los medios que utilizan para hacerlo. Para ello, además del marco general reseñado, existe un conjunto de normas más precisas tanto para el personal como para los transportes y las instalaciones de salud, que se desarrolla a continuación.

3.2.2. Regulación relacionada con el personal de salud

La principal norma de protección para el personal de salud en conflictos armados, tanto internacionales como no internacionales, es aquella que señala que el personal de salud exclusivamente destinado a tareas médicas será respetado y protegido en todas las circunstancias contra ataques directos. Solo perderán su protección contra los ataques si, al margen de su función humanitaria, cometen actos perjudiciales para el enemigo⁴³.

En el caso de conflictos armados internacionales, el artículo 24 del Convenio I establece el derecho del personal de salud a ser respetado y protegido en toda circunstancia en la que desarrolle sus labores; en este sentido, incluso el personal de salud de las fuerzas armadas se encuentra protegido contra los ataques⁴⁴, así realice esta labor de manera temporal⁴⁵.

Por su parte, el personal de salud o administrativo de los hospitales civiles será respetado y protegido contra los ataques, incluyendo a aquellos que tienen como función la búsqueda, recojo, asistencia y traslado de los enfermos civiles⁴⁶. Similar disposición se puede advertir en el artículo 15 (1) del Protocolo Adicional I, que establece el respeto y protección del personal de salud civil. Esta protección también comprende al personal de las sociedades de socorro, como las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, siempre que se desempeñen en las mismas tareas que el personal de salud⁴⁷. En el marco de los conflictos armados no internacionales, el artículo 9 del Protocolo Adicional II indica que el personal sanitario será respetado y protegido, proporcionándole toda la ayuda posible para que desempeñe sus funciones.

Como el DIDH, el DIH también establece que la persona que ejerza una actividad médica no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de haber ejercido dicha actividad conforme a la deontología, cualesquiera que hubieran sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad, tanto en conflictos armados internacionales⁴⁸ como en no internacionales⁴⁹. Además, dicha disposición tiene carácter consuetudinario⁵⁰.

39 Protocolo Adicional I, art. 16.

40 Protocolo Adicional II, art. 7.

41 Protocolo Adicional II, art. 8.

42 HENCKAERTS, J.M., op. cit., normas consuetudinarias 109 - 111.

43 HENCKAERTS, J.M., op. cit., norma consuetudinaria 25.

44 *Ibid.*, norma consuetudinaria 3.

45 Primer Convenio de Ginebra de 1949, art. 25.

46 Cuarto Convenio de Ginebra de 1949, art. 20.

47 Primer Convenio de Ginebra de 1949, art. 26.

48 Protocolo Adicional I, art. 16(1).

49 Protocolo Adicional II, art.10 (1).

50 HENCKAERTS, J.M., op. cit., Norma consuetudinaria 26.



A. Liohn / CICR

De igual manera, no se podrá exigir al personal de salud que priorice arbitrariamente el tratamiento de unas personas sobre otras; la única diferenciación permitida para la atención de un herido será la urgencia que su condición de salud demande^{51 52}.

De manera complementaria, el Protocolo Adicional II señala que "(a) reserva de lo dispuesto en la legislación nacional, se respetarán las obligaciones profesionales de las personas que ejerzan una actividad médica, en cuanto a la información que puedan adquirir sobre los heridos y los enfermos por ella asistidos"⁵³. La exigencia de este respeto básico para el desarrollo óptimo de la asistencia de salud se encuentra también en el marco de conflictos armados internacionales⁵⁴. En este sentido, las disposiciones que las legislaciones nacionales puedan adoptar al respecto deben ser coherentes con la finalidad humanitaria de la labor del personal de salud.

51 Primer Convenio de Ginebra de 1949, art. 12. Segundo Convenio de Ginebra de 1949, art. 12.

52 Protocolo Adicional II, art. 9(2).

53 *Ibid.*, arts. 10(3) y 10(4).

54 Protocolo Adicional I, art. 16(3).

3.2.3. Regulación relacionada con los transportes de salud

Como sucede con el personal de salud, la protección del transporte destinado únicamente para uso sanitario frente a ataques del enemigo en un conflicto armado tiene carácter consuetudinario tanto en conflictos armados internacionales como no internacionales, por lo que será respetado y protegido contra los ataques directos en toda circunstancia. Solo perderá dicha protección si es utilizado para cometer actos perjudiciales para el enemigo⁵⁵.

En el marco convencional que regula los conflictos armados internacionales, el Convenio I recoge la protección que los medios de transporte de las fuerzas armadas de heridos y enfermos deben tener en todo momento contra ataques directos. Esta protección se extiende a los vehículos que transportan el material sanitario, por lo que también

55 HENCKAERTS, J.M., *op. cit.*, norma consuetudinaria 29.

(...) el personal sanitario civil puede desplazarse a los lugares donde sus servicios sean necesarios. De esta manera, el DIH busca proteger el derecho del personal de salud a desplazarse para cumplir sus funciones, sin ser víctimas de amenazas (...)

deberán ser respetados y protegidos⁵⁶. De igual manera, el Convenio II regula la protección especial que tienen las embarcaciones costeras de salvamento, ya sean del Estado o de las sociedades de socorro; indica que estas embarcaciones también deberán ser respetadas y protegidas, en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan⁵⁷.

Por otro lado, también se encuentran protegidos los transportes terrestres y marítimos que trasladan heridos y enfermos civiles, ya sea en convoyes o por vía marítima, siempre que se encuentren con el emblema distintivo⁵⁸. Similar protección existe para los transportes aéreos, siempre que los vuelos se efectúen a altitudes, horas y según itinerarios convenidos por las partes en conflicto⁵⁹.

La protección del transporte de salud en conflictos armados internacionales se ve reforzada por las disposiciones del Protocolo Adicional I, entre sus artículos 21 al 31. Dichas disposiciones no solo reiteran el reconocimiento de la protección general que dichos transportes ostentan⁶⁰, sino que especifican algunas otras regulaciones, principalmente para el caso del transporte marítimo y aéreo, como las restricciones para el uso de aeronaves sanitarias⁶¹ o las reglas para el aterrizaje e inspección de las mismas⁶².

Si bien menos numerosas, las disposiciones que regulan la protección del transporte sanitario en conflictos armados no internacionales mantienen el deber general de protección contra los ataques, que, como se indicó, tiene carácter consuetudinario para todo tipo de conflicto armado. Es así que el artículo 11 del Protocolo Adicional II señala que el transporte sanitario será protegido en todo momento y no será objeto de ataques, a menos que sea usado para actos hostiles.

Asimismo, en caso de conflictos armados no internacionales, el Protocolo Adicional II establece que el personal sanitario civil puede desplazarse a los lugares donde sus servicios sean necesarios. De esta manera, el DIH

busca proteger el derecho del personal de salud a desplazarse para cumplir sus funciones, sin ser víctimas de amenazas como podrían ser, por ejemplo, amedrentamientos por parte de las autoridades o de grupos armados. Sin embargo, este derecho no impide que puedan estar sujetos a las medidas de control y seguridad que las normas internas indiquen⁶³.

(...) no se podrá exigir al personal de salud que priorice arbitrariamente el tratamiento de unas personas sobre otras; la única diferenciación permitida para la atención de un herido será la urgencia que su condición de salud demande.

3.2.4. Regulación relacionada con los establecimientos de salud

La protección de las instalaciones contra los ataques directos también es una norma consuetudinaria de DIH aplicable a conflictos armados internacionales y no internacionales⁶⁴. El Convenio I establece con claridad que los establecimientos fijos y las unidades sanitarias móviles del servicio de salud de las fuerzas armadas no podrán, en ningún caso, ser objeto de ataques, sino que serán en todo tiempo respetadas y protegidas⁶⁵. Similar protección tienen los barcos hospitales, tanto en el artículo 20 del Convenio I, como en el artículo 22 del Convenio II.

En atención a esta disposición, resaltamos la necesidad de adoptar medidas de precaución frente a los ataques que deben tener todas las partes en conflicto. El Convenio I indica que las autoridades competentes velarán, en la medida de lo posible, para que las instalaciones de salud estén situadas en lugares en donde posibles ataques a objetivos militares no las pongan en peligro⁶⁶. La protección a las instalaciones de salud de las fuerzas armadas solo cesará si son utilizadas para fines distintos de los humanitarios⁶⁷.

El establecimiento de salud no perderá su protección contra los ataques directos incluso si el personal de salud portara armas ligeras y debiera utilizarlas para defensa propia o de las personas heridas o enfermas bajo su responsabilidad; si, a falta de personal de salud armado dentro del establecimiento, éste estuviera custodiado por centinelas; o, si existieran armas pertenecientes a los heridos y enfermos dentro del establecimiento de salud⁶⁸. Esta protección solo cesa si son utilizados para fines distintos a los humanitarios⁶⁹.

56 Primer Convenio de Ginebra de 1949, art. 35.

57 Segundo Convenio de Ginebra de 1949, art. 27.

58 Cuarto Convenio de Ginebra de 1949, art. 21.

59 Ibid, art. 22.

60 Protocolo Adicional I, art. 21.

61 Ibid, art. 28.

62 Ibid, art. 30.

63 Protocolo Adicional II, art. 15.

64 HENCKAERTS, J.M., op. cit., norma consuetudinaria 30.

65 Primer Convenio de Ginebra de 1949, art. 19.

66 Ibid., art. 19.

67 Ibid., art. 21.

68 Ibid., art. 22.

69 Cuarto Convenio de Ginebra de 1949, art. 18.

Tanto el artículo 19 del Convenio IV como el artículo 13 del Protocolo Adicional I indican que las instalaciones civiles no pierden su protección contra ataques directos por alguna de las acciones señaladas en el párrafo anterior; añaden, además, que tampoco pierden la protección por la presencia en la instalación de salud, por motivos médicos, de miembros de las fuerzas armadas u otros portadores de armas. Esta protección también está contenida en el artículo 11 del Protocolo Adicional II y recogida como norma consuetudinaria.

3.2.5. La protección del emblema de la cruz roja

El emblema de la cruz roja⁷⁰ es un signo universal de socorro y protección para los servicios sanitarios, militares y civiles responsables de la asistencia a víctimas de los conflictos armados⁷¹. Además, en todo momento, es el signo distintivo de la acción independiente, neutral e imparcial realizada por los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Si bien muchas veces es relacionado únicamente con la asistencia de salud, su significado, en realidad, está íntimamente vinculado con la protección y asistencia humanitaria neutral –tanto de salud como de otra índole– a personas afectadas por conflictos armados y otras situaciones de riesgo. Por ello, su uso adecuado es vital para evitar la disminución de su valor protector y no menoscabar la eficacia de la ayuda humanitaria, de acuerdo a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949, sus Protocolos Adicionales de 1977 y normas consuetudinarias aplicables a conflictos armados⁷².

La cruz roja sobre fondo blanco tiene dos usos: protector e indicativo⁷³.

De forma protectora, previene ataques directos contra ciertas categorías de personas y edificaciones, como los colaboradores humanitarios, al personal de salud, los establecimientos y los transportes de salud. De hecho, el Estatuto de la Corte Penal Internacional tipifica como un crimen de guerra el “dirigir intencionalmente ataques contra edificios, material, unidades y medios de transporte sanitarios, y contra personal que utilice los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra de conformidad con el derecho internacional”, tanto en conflictos armados internacionales⁷⁴ como no internacionales.⁷⁵

En conflictos armados, tienen derecho a utilizar el emblema a título

protector: (a) los servicios sanitarios y el personal religioso de las fuerzas armadas⁷⁶; (b) el personal médico, las unidades y los medios de transporte sanitarios de las Sociedades Nacionales, cuando se ponen a disposición de los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, con sujeción a las leyes y reglamentos militares⁷⁷; (c) los hospitales⁷⁸ y las unidades sanitarias civiles⁷⁹, las sociedades de ayuda voluntaria⁸⁰, las instalaciones médicas y su personal, así como los medios de transporte sanitarios civiles asignados a la atención y transporte de los heridos, enfermos y náufragos, con la expresa autorización del Gobierno y bajo su control. En tiempos de paz, tienen derecho a utilizar el emblema a título protector: (a) el personal de los servicios sanitarios y religiosos de las fuerzas armadas⁸¹; y (b) las instalaciones sanitarias y medios de transporte de las Sociedades Nacionales que deban funcionar como tales en caso de conflicto armado con el consentimiento de las autoridades⁸².

De forma indicativa, el emblema es utilizado para señalar que una persona o bien está vinculado con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. En este caso, tienen derecho a utilizar los emblemas en tiempo de conflicto armado las Sociedades Nacionales⁸³, la Federación Internacional y el CICR⁸⁴.

En cambio, en tiempos de paz, tienen derecho a utilizar los emblemas los organismos, personas y bienes vinculados con uno de los componentes del Movimiento: las Sociedades Nacionales, el CICR, y la Federación Internacional; y, las ambulancias y los puestos de primeros auxilios exclusivamente reservados para la asistencia gratuita de los heridos y enfermos, como medida excepcional, de conformidad con la legislación nacional y con expresa autorización de la Sociedad Nacional⁸⁵.

70 Los emblemas de la media luna roja y del cristal rojo cumplen el mismo rol pero no formarán parte del desarrollo del presente documento por no ser utilizados en Perú.

71 Artículo 38 del I CG I.

72 HENCKAERTS, J.M., op. cit., norma consuetudinaria 59.

73 Artículo 44 del I CG.

74 Estatuto de la Corte Penal Internacional, art. 8(2.b) (xxiv).

75 Ibid., art. 8(2.3) (ii).

76 Primer Convenio de Ginebra, art. 39-44; Segundo Convenio de Ginebra II, art. 22-23, 26-28, 34-37, 39 y 41-44; Protocolo Adicional I, art. 18(1) y (4); y Protocolo Adicional II, art. 12. Los servicios sanitarios y el personal religioso de las fuerzas armadas de los Estados que gozan de protección se definen en los artículos 19, 25, y 35-36 del Primer Convenio de Ginebra, art. 22-23, 26-28, 34-37 y 39 del Segundo Convenio de Ginebra, art. 8(c)-(m), 9(2), 12, 13, 15, 21-31 del Protocolo Adicional I, y art. 9 y 11 del Protocolo Adicional II.

77 Primer Convenio de Ginebra, art. 40 y 42-44. El personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios de las Sociedades Nacionales que gozan de protección se definen en los artículos 24, 26-27 y 34 del Primer Convenio de Ginebra, art. 24-25, 27 del Segundo Convenio de Ginebra y art. 8(c), (e) y (g)-(j), y artículo 9(2) del Protocolo Adicional I.

78 Protocolo Adicional I, art. 18(4). Las unidades y los medios de transporte sanitarios civiles que gozan de protección se definen en los artículos 8(e) y (g), 12 y 13 del Protocolo Adicional I.

79 Cuarto Convenio de Ginebra, art. 18, párr. 3. Extiende el derecho de utilizar el emblema a los medios de transporte terrestres, aéreos y marítimos según lo que se define en los artículos 21 y 22. En el anexo I, artículo 6, del mismo convenio, se dispone que “las zonas únicamente reservadas para los heridos y los enfermos podrán ser señaladas con cruces rojas (medias lunas rojas, y leones y soles rojos) sobre fondo blanco.”

80 Primer Convenio de Ginebra, art. 44, párr. 1. Las sociedades de socorro voluntarias se definen en los artículos 26-27 del Primer Convenio de Ginebra y del artículo 9(2) (b) del Protocolo Adicional I.

81 Primer Convenio de Ginebra, art. 44, párr. 1.

82 Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja por las sociedades nacionales, aprobado por la XX Conferencia Internacional (Viena, 1965) y revisado por el Consejo de Delegados (Budapest, 1991), art. 13.

83 Primer Convenio de Ginebra, art. 44, párr. 2.

84 Ibid., párr. 3.

85 Ibid., párr. 4.

4. MARCO JURÍDICO NACIONAL

Así como en el marco internacional se cuenta con diferentes instrumentos que regulan la asistencia de salud, a nivel nacional, el Estado peruano cuenta con disposiciones que protegen dicha labor, como el artículo 7 de la Constitución o el título I de la Ley general de salud⁸⁶. A continuación, se analizará el marco normativo para las siguientes temáticas: identificación, confidencialidad y ética médica, sistema de reporte de incidentes y condiciones laborales.

4.1. Identificación

El respeto y la protección que tiene el personal de salud, los medios de transporte de salud y los establecimientos de salud, podrán ser garantizados en la medida en que se les pueda reconocer claramente como tales. Por ello, la identificación del personal y de los bienes antes mencionados es indispensable.

En esa línea, el Perú cuenta con cierta regulación respecto a la identificación del personal de salud, transportes y establecimientos en el Reglamento de Establecimientos de Salud Nacional, entre otros instrumentos, los cuales se detallan a continuación.

4.1.1. Regulación respecto al personal de salud

De acuerdo con el artículo 40 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el D.S. 013-2006-SA, el personal que labora en los establecimientos de salud tiene la obligación de portar de manera visible una credencial o identificación con fotografía (fotocheck), que exhiba con caracteres legibles para el interlocutor lo siguiente: (i) nombre del establecimiento; (ii) nombre del titular; (iii) profesión u ocupación; (iv) área de trabajo y (v) periodo de vigencia del contrato⁸⁷. Asimismo, la Identificación Estándar de Dato en Salud N° 007 respecto al Personal de Salud en el Sector Salud⁸⁸ establece el marco normativo para la denominación y codificación estándar de personal de salud, los cuales se identifican con un código único de 11 dígitos⁸⁹.

86 Ley General de Salud N° 26842. 15 de julio de 1997.

87 Artículo 38° del Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, 25 de junio de 2006: "El personal del establecimiento, independientemente de la modalidad del vínculo laboral que lo relacione con éste, debe de portar de manera visible, mientras éste se encuentre en el establecimiento, una credencial con fotografía, que exhiba con caracteres legibles, para el interlocutor: el nombre del establecimiento, del titular, su profesión u ocupación, área de trabajo y periodo de vigencia".

88 Aprobada por el Decreto Supremo 024-2005-SA, publicada el 2 de enero de 2006.

89 El artículo 4.2.2. de la Identificación estándar de Personal de Salud en el Sector Salud señala que el código único del personal de salud se compone de la siguiente

Además, en 2004, se aprobaron las Especificaciones Técnicas de la Ropa de Trabajo a utilizarse por los Médicos asistentes de las Unidades de Emergencia de los Hospitales e Institutos especializados de salud del Ministerio de Salud, norma por la cual se dispone el uso de una camisa y pantalón azul marino que tenga los logos del Ministerio de Salud, el nombre del Establecimiento de Salud y el distintivo de emergencias y desastres (Cruz de Vida)⁹⁰. Asimismo, para el personal del SELICA (Sistema de Emergencia de Lima y Callao), de acuerdo a la Directiva Administrativa N° 074-2006-MINSA/OGDN-V.01, se establece que el uniforme el personal médico será de color azul ron, para el personal de enfermería se establece el color azul acero y para el personal técnico el color blanco⁹¹. No obstante, ninguna de las dos normas abarca a todo el personal de salud (contratados y nombrados) de todos los establecimientos de Salud como el Ministerio de Salud, Essalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y los establecimientos de salud privados. Ello ocasiona un problema de uniformidad, ya que cada región e institución podría adoptar una norma de vestimenta distinta.

Por otro lado, la Resolución Ministerial N° 194-2005/MINSA que aprueba la Directiva 053-2005-MINSA/OGDN-V.01: Organización y Funciones de las Brigadas del Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que las brigadas deben portar en su vestuario lo siguiente: (i) la bandera peruana; (ii) los logos del MINSA; (iii) logos de la Oficina General de Defensa Nacional y (iv) logos de la Dirección de Salud (DISA) o Dirección Regional de Salud (DIRESA) a la cual dicha brigada pertenece⁹².

Como se puede apreciar, existe la obligación del personal de salud de identificarse con una credencial o identificación con fotografía mas no una norma a nivel nacional que establezca una estandarización de uniformes para todo el personal de salud o la utilización de un emblema que ayude a la identificación del personal de salud y por tanto a su protección.

En ese sentido, cabe destacar que el personal de salud únicamente podrá utilizar los emblemas de la Cruz Roja, de la Media Luna Roja y del Cristal Rojo sobre fondo blanco cuando se encuentren en tiempos de guerra y cuenten con la autorización expresa del Gobierno⁹³.

manera: tipo de documento de identidad (01 dígito), número de documento de identidad (08 dígitos) y el número que identifica a cada colegio profesional (02 dígitos).

90 Resolución Ministerial N° 940-2004/MINSA, 15 de setiembre de 2004.

91 Estos colores son aplicados para el personal del Sistema de Emergencia de Lima y Callao (SELICA), los cuales atienden a pacientes y heridos en situaciones de emergencia y desastres. Ver: Resolución Ministerial N°043-2006/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 74-2006-MINSA/OGDN-V.01, 18 de enero de 2006.

92 Directiva N° 053-2005-MINSA/OGDN-V.01, artículo 5.2. inciso 4.

93 Respecto al emblema de la cruz roja, media luna roja y el cristal rojo, aunque el Perú no cuenta con normativa acerca del tema, existe un proyecto denominado "Ley que

4.1.2. Regulación respecto a los transportes de salud

Respecto a los transportes de salud, el Perú cuenta con normativa que regula la identificación de los transportes de salud por vía terrestre, vía área y vía acuática.

Es así que para la regulación del transporte en la vía terrestre se cuenta con la Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre⁹⁴ en donde se precisa que todas las ambulancias deben llevar, en la parte frontal, la palabra “AMBULANCIA”, escrita en reversa de tal forma que sea fácilmente leída a través del retrovisor de los vehículos automotores. Además, según el artículo 6.1 de dicho cuerpo normativo, las ambulancias deben portar en sus puertas laterales, posteriores y en el techo, la identificación del tipo de ambulancia de acuerdo a la clasificación por nivel de complejidad. Esta identificación se efectuará en base a números romanos (I, II o III) y mediante una cruz azul con una serpiente celeste o blanca (Cruz de Vida)⁹⁵.

Respecto a la regulación del transporte en la vía aérea, la Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de Pacientes por Vía Aérea – Ambulancias aéreas⁹⁶ señala, en el artículo 6.2., la obligación de la ambulancia aérea de contar con el símbolo de la Cruz de la Vida en color azul. De forma similar, la Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática⁹⁷ señala, en su artículo 6.1.3., que la embarcación (ambulancia de transporte asistencial básico o medicalizado) deberá ser de un color que permita su rápida identificación (de preferencia de color blanco) y deberá llevar en un lugar visible la Cruz de la Vida.

Por lo anteriormente expuesto, se puede señalar que sí existe una regulación que obliga a las ambulancias (terrestres, aéreas y acuáticas) a portar la Cruz de la Vida como forma de identificación.

4.1.3. Regulación con respecto a los establecimientos de salud

El artículo 29 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servi-

regula el uso y protección de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y el cristal rojo y sus denominaciones protegidas por los cuatro Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977 y 2005”. Para mayor información véase infra sección 3.2.2.

94 Aprobado por la Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA de 10 de octubre de 2006.

95 Ver anexo I de la Norma técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre.

96 NTS N° 065-MINSA/DGSP V.01, aprobada por la Resolución Ministerial N° 336-2008/MINSA del 20 de mayo del 2008.

97 NTS N° 065-MINSA/DGSP V.01, aprobada por la Resolución Ministerial N° 337-2008/MINSA del 20 de mayo de 2008.

cios Médicos de Apoyo señala que las instalaciones de salud deben contar con una señalización externa que los identifique de acuerdo con la clasificación que le corresponda (establecimiento con o sin internamiento⁹⁸).

Además, la Directiva Administrativa N° 08-DGIEM/MINSA, la cual regula la identificación y señalización de los establecimientos de salud en el ámbito del Ministerio de Salud⁹⁹ señala que todo establecimiento de salud debe de contar con una señalización en el exterior que identifique al establecimiento de salud y los servicios que tienen relación directa con el público exterior¹⁰⁰.

Asimismo, la Norma Técnica de Salud N° 113¹⁰¹ señala que la identificación externa de los establecimientos de salud se rige por la Resolución Ministerial N° 861-95-SA/DM, en la cual, se indica que estos establecimientos deben portar un logograma para identificarlos como tales.

4.2. Medidas de seguridad

En el marco del ordenamiento jurídico peruano, existe un conjunto de normas que velan por la seguridad del personal, así como por las instalaciones de salud. Debemos recalcar, sin embargo, que estas normas no se encuentran en un sistema coordinado de alerta frente a situaciones de riesgo para salvaguardar los derechos y la seguridad del personal de salud, así como para garantizar el servicio brindado a la población. Además, cuando las disposiciones se refieren a situaciones específicas, usualmente se trata de desastres.

En ese sentido, al no existir normativa especializada para la acción del personal de salud frente a situaciones de riesgo, alcancen o no el umbral de un conflicto armado, se hará referencia a la normativa general para situaciones de emergencia, que puede ser tomada como referente para contextos de conflictos armados u otras situaciones de riesgo. Asimismo, no se ha encontrado normativa que regule específicamente los lineamientos de comunicación interna para el personal de salud que de existir permitiría un intercambio de información sobre la situación de la seguridad tanto de manera interna como externa.

98 Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, op. cit., artículo 18.

99 Aprobada por la Resolución Ministerial 015-2015-DGIEM, 19 de marzo de 2015.

100 Artículo 6.2.1.A de la Directiva Administrativa N° 08 DGIEM/MINSA, Resolución Ministerial 015-2015-DGIEM.

101 NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”, Resolución Ministerial 045-2015/MINSA.



(...) las ambulancias deben llevar, en la parte frontal, la palabra “AMBULANCIA”, escrita en reversa de tal forma que sea fácilmente leída a través del retrovisor de los vehículos automotores. Además, según el artículo 6.1 de dicho cuerpo normativo, las ambulancias deben portar en sus puertas laterales, posteriores y en el techo (...) una cruz azul con una serpiente celeste o blanca (Cruz de Vida).

4.2.1. Regulación con respecto al personal de salud

En el ordenamiento jurídico peruano existe la Ley N° 29783 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo”, la cual es una norma marco que tiene como finalidad promover una cultura de prevención de riesgos laborales para los trabajadores en el Perú, tanto en el sector público como en el privado. Conforme a dicha ley, los empleadores tienen la responsabilidad

de adoptar un enfoque de sistema de gestión en el área de seguridad y salud en el trabajo, el cual debe velar por la protección de todos los trabajadores, por medio de la prevención de lesiones, dolencias, enfermedades e incidentes relacionados con el trabajo¹⁰². Este deber de prevención del empleador abarca a todas las actividades en las que el trabajador se encuentre bajo las órdenes o autoridad del empleador, así como en el desplazamiento para realizar las mismas, incluso si se trata de actividades fuera del lugar o de las horas de trabajo¹⁰³.

Asimismo, todo empleador debe controlar que solo los trabajadores que se encuentren adecuadamente capacitados y protegidos sean aquellos que accedan a los ambientes o zonas de riesgo grave¹⁰⁴. De igual manera, todo empleador también tiene la obligación de proporcionar a sus trabajadores los equipos de protección personal adecuados al trabajo y a los riesgos específicos de sus funciones¹⁰⁵.

Para el caso de los colaboradores del sector salud, la normativa vigente señala que tienen derecho a desarrollar su labor en un ambiente ade-

¹⁰² “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo”. Ley N° 29783 de 20 de agosto de 2011, art. 17 y 21(a).

¹⁰³ *Ibid.*, art. 54.

¹⁰⁴ *Ibid.*, art. 55.

¹⁰⁵ *Ibid.*, art. 60.

cuado para su salud física, mental y para su integridad personal; para ello, deben contar con los recursos humanos y materiales necesarios. Ello se encuentra regulado tanto para el trabajo de los enfermeros¹⁰⁶ como de los obstetras y obstetras¹⁰⁷, médicos tecnólogos¹⁰⁸ y el personal administrativo¹⁰⁹.

En 2004, el Ministerio de Salud elaboró el Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud¹¹⁰ (Plan Sectorial). En el mismo, se realizó un diagnóstico de las situaciones de emergencia que tuvo que afrontar el sector salud entre 1995 y 2003. Entre ellas, se pueden señalar sismos, inundaciones y atentados (terrorismo), según la propia terminología empleada por el estudio. Por situaciones como las mencionadas, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, señala que el profesional médico debe exigir a las autoridades o responsables de las instituciones en las que presta servicios, que provean los medios físicos que sean necesarios y apropiados para la realización del acto médico en condiciones de calidad¹¹¹.

En este mismo sentido, está regulada la obligación de los establecimientos de salud de garantizar la seguridad de la atención de los pacientes frente a riesgos que puedan surgir y afectarles¹¹². De manera complementaria, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo señala que el director médico o el responsable de la atención de salud tienen la responsabilidad de disponer la elaboración del plan de contingencia o respuesta ante situaciones de emergencias y desastres¹¹³.

En el marco del Ministerio de Salud, la Oficina General de Defensa Nacional es el órgano encargado de, entre otras funciones, conducir el proceso de estudio y planeamiento de la defensa nacional, y de la gestión del riesgo y manejo de las emergencias y desastres en el sector salud, así como coordinar con los integrantes del Sistema de Seguridad y Defensa Nacional, y, Defensa Civil¹¹⁴. En este mismo sentido, la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, la cual es la encargada de velar por regular y supervisar el cumplimiento de los derechos del personal a nivel institucional¹¹⁵.

106 "Ley del Trabajo de la Enfermera(o)". Ley N° 27669 de 16 de febrero de 2002, art. 9(c).

107 "Ley del Trabajo de la Obstetrix". Ley N° 27853 de 23 de octubre de 2002, art. 7(b).

108 "Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico". Ley N° 28456 de 4 de enero de 2005, art. 11(b).

109 "Ley del Servicio Civil", art. 35 (i). Ley N° 30057 de 2 de julio de 2013.

110 Resolución Suprema N° 009-2004-SA de 2 de julio de 2004.

111 Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, art. 56.

112 Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, op cit., art. 9.

113 *Ibid.*, art. 37(v).

114 Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 023-2005-SA de 1 de enero de 2006, art. 24(a) y 24(d).

115 *Ibid.*, art. 31-A (e).

En relación con situaciones concretas de emergencias, la Oficina General de Defensa Nacional y los Centros de Prevención y Control de Emergencias y Desastres de las DISAS/DIRESAS son responsables de organizar, capacitar, implementar y movilizar las brigadas del Ministerio de Salud¹¹⁶. Las brigadas están compuestas por personal que se moviliza de forma inmediata hacia zonas en las que ocurren situaciones de riesgo. Su función es complementar las acciones de respuesta y control de las emergencias, desastres y epidemias a nivel local, regional o nacional. Las brigadas están compuestas por al menos seis personas y pueden tener diversas funciones, de acuerdo a si se trata de una de intervención inicial, asistencial, especializada u hospitalaria.

En cuanto a su equipamiento, deberá corresponder a las necesidades propias de sus funciones y será otorgado por la dependencia a la que pertenecen. Dentro del equipamiento que cada brigada deberá tener para desarrollar sus labores en situaciones de emergencia se encuentran los siguientes elementos: casacas y pantalones azules marinos con cintas reflectoras plomas; botas de jebe negras; guantes de lona o cuero; depósitos de agua portátil; alimentos secos o deshidratados para el desayuno, almuerzo y cena; kit de primeros auxilios con distintos medicamentos (como paracetamol, ibuprofeno o clorfetamina), soluciones (como alcohol o agua oxigenada) y otros insumos (como jeringas, vendas o mascarillas); carpas y bolsas de dormir; linternas con luz halógena; radios portátiles VHF con 8 canales y una radio portátil HF tipo mochila; entre otros accesorios y utensilios especificados en la norma respectiva¹¹⁷.

Con respecto a la gestión de riesgo, el Plan Sectorial consideró tanto las actividades de prevención, mitigación y preparación, como las acciones en el momento de la emergencia, durante las cuales se busca garantizar la provisión sostenible del servicio de salud. Para ello señala que se debe asegurar "personal entrenado en el manejo de víctimas en masa, almacenes de medicamentos e insumos médicos, sistemas alternos de energía y de agua potable, procesos en la atención pre y hospitalaria de víctimas, protección y evacuación en los establecimientos de salud, entre otros"¹¹⁸. Finalmente, también indica que, en situaciones de emergencias, es necesario "integrar la atención pre-hospitalaria que articule y complemente las capacidades institucionales y posibilite la ampliación de la cobertura hacia los sectores sociales ubicados en zonas alejadas de las grandes ciudades y a los de menores recursos económicos"¹¹⁹.

Por último, es importante rescatar lo indicado en la "Norma Técnica

116 Resolución Ministerial 194-2005/MINSA que aprueba la Directiva 053-05-MINSA/OGDN-V.01: Organización y funciones de las brigadas del Ministerio de Salud y servicios médicos de apoyo de 9 de marzo de 2005.

117 *Ibid.*, anexos 1, 2 y 3.

118 Resolución Suprema N° 009-2004-SA. 2 de julio de 2004 (3.2.5.- Gestión del riesgo y de la respuesta).

119 *Ibidem*.

de Salud Para Transporte Asistido de Pacientes por la Vía Acuática¹²⁰. En dicha norma se establece el equipamiento que las embarcaciones de transporte acuático de pacientes deben tener como mínimo para garantizar la seguridad del personal, como son los chalecos salvavidas para todos los tripulantes, botiquín de primeros auxilios, extintor, bengalas, bocina de niebla, compás magnético, bandera de señales con el emblema de protección de la misión médica¹²¹, espejo de señales, tanque de agua, entre otros¹²².

No existe un marco jurídico que regulen las medidas de seguridad de casos en los que el personal de salud deba enfrentar situaciones de riesgo por actos de violencia, sean o no contextos de conflictos armados, puesto que la mayoría de las normas vigentes se centran en circunstancias de riesgo producto de emergencias frente a desastres. Entre las medidas conducentes para salvaguardar su seguridad, puede preverse la preparación física y psicológica, el entrenamiento, el equipamiento adecuado, sistemas de comunicación operativos y la coordinación con otros sectores para una reacción oportuna y adecuada, entre otras medidas.

4.2.2. Regulación con respecto a los establecimientos de salud

En el marco de la normativa nacional, todo empleador tiene la obligación de identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar a la salud de los trabajadores, así como mantener una vigilancia constante de los factores del medio ambiente de trabajo¹²³.

En cuanto a las medidas de seguridad para las instalaciones de salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo indica que estos establecimientos deben “contar con medidas para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional, que garanticen condiciones de seguridad frente a los desastres, para los usuarios, pacientes, visitantes y personal; (asimismo), desarrollar acciones de organización y preparación ante situaciones de emergencia”¹²⁴.

De otro lado, las “Normas Técnicas para proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de los Estableci-

mientos de Salud”¹²⁵ presentan ciertos criterios para la reducción de los riesgos de vulnerabilidad de los establecimientos de salud. Al respecto, dicho documento indica que cada hospital debe definir su programa médico-arquitectónico de acuerdo a sus propias necesidades dependiendo de su demanda, ubicación y accesibilidad. En consecuencia, el diseño de un hospital debe buscar, entre otros objetivos, la reducción de la vulnerabilidad frente a su entorno.

Además, frente a casos de desastre, las unidades de emergencia deben seguir funcionando, por lo que se debe minimizar la posibilidad de que las instalaciones puedan sufrir daños estructurales o no estructurales, teniendo especial cuidado en el diseño de las fachadas, ventanas, instalaciones eléctricas, inmobiliario, entre otros elementos.

En este mismo sentido, en 2010, el Ministerio de Salud promulgó la “Política Nacional de Hospitales Seguros Frente a los Desastres”. Esta política presenta un diagnóstico que determinó la vulnerabilidad estructural de los hospitales en el Perú e indica que la mayoría de los hospitales, incluyendo aquellos de las fuerzas armadas, tienen un promedio que supera los 40 años de existencia y, por ello, están contruidos bajo normas de calidad menos exigentes que las actuales. Por último, dicho estudio presentó un plan 2010-2015 para mejorar la situación actual de la infraestructura del servicio hospitalario en el Perú.

Al respecto, el “Comité Nacional de Hospitales Seguros frente a Desastres Naturales”¹²⁶ (Comité Nacional), que estuvo encargado de la elaboración del plan, tiene la función de coordinar con los gobiernos regionales las estrategias para su implementación. El Comité Nacional está compuesto por un representante de la alta dirección del MINSa; un representante de las Direcciones de Salud y de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento; y un representante de las Oficinas de Planeamiento y Presupuesto y de Defensa Nacional. Varios gobiernos regionales han constituido su “Comité Regional de Hospitales Seguros frente a Desastres Naturales”, como es el caso de Callao¹²⁷, Tumbes¹²⁸, Moquegua¹²⁹, Madre de Dios¹³⁰ y Huancavelica¹³¹.

Finalmente, la “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergen-

120 Norma Técnica de Salud N° 066 - MINSa / DGSP V.01 “Norma Técnica de Salud Para Transporte Asistido de Pacientes por la Vía Acuática” aprobada por la Resolución Ministerial 337-2008/MINSa de 20 de mayo de 2008, art. 6.1.2.

121 Se debe indicar que la “Norma Técnica de Salud Para Transporte Asistido de Pacientes por la Vía Acuática” hace mención textual al término “emblema de protección de la misión médica” en su artículo 6.1.2, aunque no desarrolla la definición de dicho emblema.

122 Decreto Supremo N° 009-2010-SA. Se aprueba la “Política Nacional de Hospitales Seguros Frente a los Desastres” de 24 de abril de 2010.

123 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo”, op. cit., art. 36.

124 Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, op. cit., art. 14.

125 Resolución Ministerial 064-2001-SA/DM de 29 de enero de 2001.

126 Resolución Ministerial N° 623-2009-MINSa de 18 de septiembre de 2009.

127 Resolución Ejecutiva Regional N° 00175 de 6 de febrero 2012.

128 Resolución Ejecutiva Regional N° 714-2012/GOB.REG.TUMBES.PR de 31 de diciembre de 2012.

129 Resolución Ejecutiva Regional N° 429-2012-GR/MOQ de 16 de abril de 2012.

130 Resolución Ejecutiva Regional N° 730-2013/GOREMADG/PR de 4 de noviembre de 2013.

131 Resolución Ejecutiva Regional N° 160-2015/GOB.REG.HVCA/PR de 10 de marzo de 2015.



Dafne Martos / CICR

cia¹³² señala que los establecimientos de salud deben coordinar el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú en sus servicios de emergencia.

4.3. Confidencialidad y ética médica

En Perú, el secreto profesional tiene protección constitucional y además, se encuentra reconocido expresamente en el listado de derechos fundamentales del artículo 2 de la Constitución¹³³. De igual manera, todo funcionario público tiene la obligación de actuar con

neutralidad, transparencia, discreción y responsabilidad¹³⁴, así como de guardar secreto o reserva de la información calificada como tal por las normas sobre la materia¹³⁵.

Dada la labor del personal de salud y la especial vulnerabilidad en la que tanto ellos como sus pacientes se encuentran en situaciones de riesgo, el respeto y garantía de este derecho –a la vez, una obligación para el personal– tiene una gran relevancia para su trabajo. La Ley General de Salud establece que toda persona tiene derecho a que los servicios de salud brindados cumplan estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales¹³⁶. La misma ley señala, en su artículo 25, que la información relativa al acto médico es de carácter reservado, por lo que todo personal de salud

132 Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA que aprueba la “Norma Técnica de los Servicios de Emergencia” de 20 de abril de 2006.

133 Constitución Política del Perú de 29 de diciembre de 1993 (en vigor desde 1 enero de 1994), art. 2(18).

134 Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública de 13 de agosto de 2002, art. 6.

135 Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil. 4 de julio de 2013, art. 39(j).

136 Ley N° 26842, Ley General de Salud, op. cit., art 2.

que proporciona o divulga información relacionada al acto médico puede incurrir en responsabilidad penal, civil o administrativa.

En el marco del Ministerio de Salud, la “Directiva para la implementación de los Principios, Deberes y Prohibiciones Éticas en el Ministerio de Salud” indica las medidas que todo servidor público de dicho ministerio debe seguir. Entre ellas, que todo funcionario del Ministerio de Salud debe desempeñar sus funciones con aptitud técnica, legal y moral, así como con absoluta imparcialidad en el desempeño de sus funciones. Además, ningún funcionario del Ministerio de Salud deberá adoptar represalias o ejercer coacción contra otros servidores públicos o cualquier otra persona en general, ni divulgar la información que obtenga por su actividad o función¹³⁷.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú señala que el médico debe mantener el secreto profesional, salvo expresa autorización del paciente. Esta obligación se mantiene también frente a la información otorgada por familiares del mismo e incluso, en caso de suceder la muerte de la persona atendida. La única excepción que plantea dicho Código es que la condición patológica pueda generar daños a terceros¹³⁸. Similares disposiciones existen para el resto de los profesionales de la salud, incluso con reconocimiento de rango legal, como en el caso de los enfermeros¹³⁹ u obstetrices¹⁴⁰.

(...) la persona que brinda asistencia de salud no podrá ser sancionada incluso si la persona que atiende hubiere cometido algún ilícito.

Siguiendo este camino, la legislación nacional también reconoce que el médico cirujano no puede ser privado de libertad por el ejercicio del acto médico, salvo por mandato judicial expreso o si es capturado en flagrante delito. Esta disposición debe entenderse conjuntamente con lo dispuesto en la Ley General de Salud, que señala que “toda persona tiene derecho a la protección de su salud”¹⁴¹ y a recibir atención médica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite. Por ello, todos los establecimientos de salud están obligados a prestar esta atención mientras persista el grave riesgo para la vida y salud de la persona¹⁴².

En ese sentido, todo médico cirujano tiene la obligación de brindar

137 Directiva Administrativa N° 195 MINS/DST-OGGRH-V.01, Directiva para la Implementación de los Principios, Deberes y Prohibiciones Éticas en el Ministerio de Salud, aprobada por Resolución Ministerial 300-2013/MINSA. 24 de mayo de 2013, disposiciones (5.2.4), (5.3.1), (5.3.4) y (5.4.4).

138 Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, art. 89 al 91.

139 Ley del Trabajo de la Enfermera(o), op. cit., art. 10(a), en relación con el art. 25 del Código de Ética y Deontología profesional del Colegio de Enfermeros del Perú.

140 Ley de Trabajo de la Obstetrix, op. cit., art. 8(b), en relación con los artículos 76 y 77 del Código de Ética y Deontología profesional del Colegio de Obstetrix del Perú.

141 Ley N° 26842, Ley General de Salud, op. cit., art. III del Título Preliminar.

142 Ibid., art. 3.

atención quirúrgica cuando una persona lo requiere, sin excepción. Como contraparte de esta obligación, la persona que brinda asistencia de salud no podrá ser sancionada incluso si la persona que atiende hubiere cometido algún ilícito. Lo señalado guarda relación con la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos recaída sobre el caso De la Cruz vs. Perú, ya mencionada en este documento.

Es necesario indicar que existe, dentro de la propia Ley General de Salud, una excepción contemplada a este derecho/obligación. Al respecto, cuando un médico brinda atención a “una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente”¹⁴³. De la misma manera, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo indica que es obligación del médico o del responsable de la atención de salud “denunciar a la autoridad competente todo hecho o acto de carácter delictuoso previsto en el Artículo 30 de la Ley General de Salud”¹⁴⁴.

Si bien esta excepción encuentra cabida, de manera general, en el derecho internacional, puede perjudicar la provisión de la asistencia de salud, especialmente en situaciones de riesgo. Ello, porque una persona herida que haya cometido algún delito tipificado en el ordenamiento interno, podría decidir no acercarse al personal de salud o a un establecimiento de salud o, aún peor, coaccionar al personal de salud para que le brinde asistencia y no realice la respectiva comunicación. A ello se suma que el personal de salud se ve obligado, tanto desde el derecho internacional como el nacional, como hemos visto, a cumplir en todo momento con brindar asistencia de salud a quienes lo requieran, especialmente personas heridas o enfermas.

4.4. Sistema de reporte de incidentes

Como podemos apreciar, diversas son las afectaciones que pueden sufrir tanto el personal de salud como los pacientes a su cargo. Uno de los elementos que permite prevenir y reaccionar oportunamente a cada fenómeno y/o incidente es contar con un sistema de reporte adecuado. Tal como lo señaló la OIT, “(...) la recopilación, el registro y la notificación de datos relativos a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales (son) instrumentos para la prevención y (destaca) la importancia de identificar y analizar las causas de dichos

143 Ibid., art.30.

144 Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, op. cit., art. 37(m).

accidentes y enfermedades con el fin de establecer las medidas preventivas correspondientes¹⁴⁵.

En Perú, la mayor parte de normas previstas están destinadas a reaccionar frente a situaciones de emergencias y desastres. Existe, por ejemplo, la Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01, que regula la Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres y cuya finalidad es normar “los lineamientos generales y específicos para la aplicación de la Declaratoria de Alertas ante los casos de emergencias y desastres, en las direcciones regionales de salud, hospitales e institutos especializados a nivel nacional, a fin de disminuir / evitar el nivel del daño y preparar la respuesta”. La Directiva establece un sistema de alertas diferenciadas –amarilla, verde o roja– de acuerdo a si se trata de la posible ocurrencia de un evento, de su inminente o alta probabilidad de ocurrencia o de si ya se han producido daños debido a un evento adverso o destructivo. De acuerdo a la extensión de la zona comprometida y el nivel de daño del evento, la Declaración de Alertas corresponderá a la Alta Dirección del MINSA, al Director General de la DISA o DIRESA, o al Director de la Red de Salud, siempre en coordinación con la Oficina General de Defensa Nacional.

En caso de Alerta Roja, se activará el Centro de Operaciones de Emergencias (COE), se realizará la evaluación de daños y análisis de necesidades inmediatamente, se suspenderán otras actividades programadas, se incrementará el número de camas hospitalarias operativas y se mantendrá el control de las líneas vitales y servicios básicos para asegurar el abastecimiento de agua, energía eléctrica, alimentos y combustible, así como la operatividad de la casa de fuerza y del grupo electrógeno durante la emergencia. La declaratoria de alerta tendrá vigencia hasta que existan nuevos conocimientos que permitan concluir el cese de la amenaza, hasta que una alerta posterior anule la anterior o hasta que se controle la situación o los daños producidos.

En este mismo sentido, existe también la Directiva N° 044-MINSA/OGDN-V.01, que regula la “Organización y funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencia del sector salud (COE-Salud)”. Esta norma tiene como objetivo coordinar las acciones de control y atención ante las emergencias y desastres, en el marco del Sistema Nacional de Defensa Civil (SINADECI). El COE-Salud, que se activa ante la declaración de Alerta Amarilla o Roja, tiene como funciones la centralización de información sobre daños a la salud de la población y a los servicios de salud; el procesamiento de la información sobre daños y necesidades de salud; la toma de decisiones para el control y atención de emergencias

y desastres; las acciones para el control y atención de las emergencias y desastres; la comunicación al MINSA sobre la situación presentada y las acciones tomadas; y el mantenimiento de la operación conjunta entre las instituciones del Sector Salud y el SINADECI.

Con respecto a la centralización y procesamiento de la información sobre daños a la salud de la población y a los servicios de salud en emergencias y desastres, existe la Directiva N° 035-2004-OGND/MINSA-V.01, que determina el procedimiento de aplicación del formulario preliminar de evaluación en estas situaciones. La Evaluación de Daños y el Análisis de Necesidades de Salud – EDAN, implica la identificación, registro cuantitativo y cualitativamente, localización, extensión y gravedad de los efectos adversos que comprometan la vida, la salud de las personas y el funcionamiento de los servicios de salud generados por un suceso destructor, así como la determinación de las acciones prioritarias de intervención y control, como los recursos requeridos para ello. Nuevamente, será la Oficina General de Defensa Nacional la encargada de organizar y coordinar la respuesta sectorial en situaciones de emergencias masivas y desastres.

Como podemos ver, el sistema de alertas y funcionamiento de los sistemas generales de respuesta están diseñados para reaccionar frente a grandes emergencias y desastres, y serán modulados de acuerdo a la magnitud y daños que cada emergencia o desastre genere. De hecho, la Directiva Administrativa N° 074-2006-MINSA/OGDN-V.01, que determina la Organización del Sistema de Emergencia para Lima y Callao (SELICA), contiene disposiciones similares¹⁴⁶. Sin embargo, no existe un sistema que reporte afectaciones individuales, independientes o esporádicas a la asistencia de salud (personal, transportes, instalaciones) en situaciones que no necesariamente configuran como una gran emergencia como los contextos de violencia derivada de la protesta social o cuya ocurrencia es tan sostenida que no activa los mecanismos descritos, como puede suceder en el VRAEM.

Tal vez uno de los ámbitos en que un sistema análogo ha sido instaurado es aquel otorgado al personal del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud –SERUMS–, de la Dirección General de Gestión del Desarrollo Humano, quienes cuentan con el Sistema de Alerta Serums (SAS), la cual es una plataforma a través de la cual este personal, puede comunicar de eventos o incidentes ocurridos con respecto a sus funciones en los lugares a donde son destacados. No obstante, este sistema está enfocado en un público específico y no en todos los trabajadores de salud.

¹⁴⁵ OIT, Registro y Notificación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, op. cit., p. VI.

¹⁴⁶ Aprobado por Resolución Ministerial N° 043-2006/MINSA.



4.5. Condiciones laborales

Como fue mencionado en el acápite referido a las Medidas de Seguridad (ver 4.2. supra), es necesario que el personal de salud cuente con las condiciones adecuadas para desarrollar su labor. Estas condiciones están dadas, especialmente en situaciones de riesgo, por las medidas de prevención instauradas para garantizar la seguridad en el trabajo y por la respuesta que el Estado brinde ante afectaciones que el personal de salud pueda sufrir en el desarrollo de sus funciones.

Con respecto a las medidas de prevención, la “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo”¹⁴⁷ tiene también como objetivo promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país. Para ello, instauró la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, para combatir los riesgos profesionales; controlar y evaluar los riesgos y peligros de trabajo; promover la formación adecuada del personal, entre otras cosas, en seguridad e higiene; garantizar la compensación o reparación de los daños sufridos por el trabajador en casos de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, y establecer los procedimientos para la rehabilitación integral, readaptación, reinserción y reubicación laboral por discapacidad temporal o permanente.

La norma estableció una estructura para la implementación y supervisión de la política, así como lineamientos generales que seguir con respecto

a la evaluación de riesgos, investigación y respuesta frente a los daños y la adopción de medidas de prevención adecuadas. Si bien estas disposiciones pueden ser aplicadas por interpretación a contextos de conflictos armados y otras situaciones de riesgo, el razonamiento detrás de la norma no está específicamente destinado a éstas, sino a trabajos que, por su naturaleza o por la maquinaria y equipos que requieren, son riesgosos. La asistencia de salud no es per se riesgosa, pero las circunstancias en que es brindada pueden convertirla en riesgosa.

En este mismo sentido, debemos mencionar que existe la Ley N° 26790, “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud”¹⁴⁸ que creó el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR que, a su vez, se rige por el Decreto Supremo N° 003-98-SA, “Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”. Estas Normas Técnicas ampliaron el Decreto Supremo N° 009-97-S.A., Reglamento de la Ley N° 26790. La referida Ley creó el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)¹⁴⁹.

El SCTR otorga prestaciones de salud y económicas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores (empleados dependientes o independientes y obrero) que tienen la condición de afiliados regulares del Seguro Social de Salud y que laboran en un centro de trabajo en el que se desarrollan las actividades de riesgo

¹⁴⁷ Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ley N° 29783, op. cit., art. 2.

¹⁴⁸ Ley N° 26790, “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud”, de 17 de mayo de 1997.

¹⁴⁹ El SCTR que reemplazó al seguro por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (SEGATEP) de la derogada Ley 18846.

que la ley prevé¹⁵⁰, entre las que se encuentran los “(s)ervicios odontológicos, sanitarios y veterinaria”¹⁵¹. Se consideran incluidos dentro de la cobertura a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción, exponen al personal al riesgo de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

El art. 2 del Reglamento de la Ley considera que un accidente de trabajo es “toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo”.

Ahora bien, existen supuestos que serán considerados como accidentes de trabajo:

El que sobrevenga al trabajador durante la ejecución de órdenes de la “Entidad Empleadora” o bajo su autoridad, aun cuando el hecho se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.

El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral, o en las interrupciones del trabajo, si el trabajador se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo de la entidad empleadora, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.

El que sobrevenga por acción de la entidad empleadora o sus representantes o de terceras personas, durante la ejecución del trabajo.

El listado previo excluye, por lo tanto, de la cobertura del SCTR, que el daño se produzca por participación en riñas u acción ilegal; por incumplimiento del trabajador de una orden estricta específica del empleador; en ocasión de actividades recreativas, deportivas, culturales; durante permisos, licencias o vacaciones; por uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes; la convulsión de la naturaleza (terremoto, maremoto, etc.) y fusión nuclear; y, lesiones voluntariamente auto-infligidas.

Dos supuestos adicionales llaman la atención por la desprotección que pueden generar para los trabajadores que sufran un accidente en el marco de sus labores: el SCTR no cubre los daños por accidentes que se produzcan en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo ni los que sean consecuencia de “guerra civil o internacional, conmoción civil o terrorismo y similares”. Por lo tanto, el personal de salud que cumple

funciones en una zona declarada en estado de emergencia, por ejemplo, contratada, nombrada o destacada, por una entidad ejecutora de salud adscrita al MINSA, no estaría cubierta por el SCTR si sufriera una afectación motivo de “conmoción civil” en ningún caso. Además, tampoco recibiría la cobertura del SCTR si sufriera un ataque de alguna parte en conflicto o fuera víctima de una explosión relacionada con el mismo, por ejemplo, en su trayecto diario hacia su centro de trabajo.

La cobertura del SCTR es importante, pues prevé prestaciones adicionales a las del aseguramiento general. Entre las prestaciones de salud que contempla, se encuentran las siguientes: (i) asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional al empleador y los asegurados, desarrollado a través de los Centros de Prevención de Riesgos de Trabajo; (ii) atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad, hasta su total recuperación o declaración de invalidez o muerte en los centros asistenciales de EsSalud; (iii) rehabilitación y readaptación laboral al asegurado inválido bajo este seguro, desarrollado a través de los Centros Especializados de Rehabilitación Profesional; (iv) aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios para el trabajador asegurado con discapacidad.

Adicionalmente, el SCTR contempla prestaciones económicas en caso de invalidez o muerte por accidente de trabajo: (i) en el caso de invalidez, se pagará al trabajador las pensiones que corresponda según el grado de discapacidad para el trabajo; (ii) en caso de fallecimiento, se otorgará una pensión de sobrevivencia; (iii) también en caso de fallecimiento, la aseguradora reembolsará a la persona que haya sufragado este gasto, hasta un monto igual al señalado por la Superintendencia de AFP.

Podemos ver, entonces, que al no considerarse los dos puntos señalados como accidentes de trabajo, las personas a las que les hayan ocurrido en situaciones de riesgo como zonas declaradas en emergencia con conmoción civil o conflicto armado, no estarían cubiertas por el SCTR, sino por el régimen general del Seguro Social en Salud, que no contempla los rubros ya descritos.

Como tema complementario, la existencia de diversos tipos de contratos del personal (Contrato Administrativo de Servicios (CAS), personal nombrado, SERUMS, entre otros) que se encuentra en zonas de riesgo hace que los beneficios para cada uno sean dispares, incluso cuando se encuentran expuestos a las mismas amenazas. Ello puede generar que el personal no cuente con motivación para ser destinado a estas misiones, que esté descontento durante su estadía en el lugar y que se produzca una gran (y rápida) rotación, dadas las condiciones en las que deben desempeñar sus funciones.

150 Cabe agregar que las prestaciones de salud pueden ser otorgadas por EsSalud o por una Entidad Prestadora de Salud – EPS. A su vez, la norma determina que las prestaciones económicas pueden ser contratadas, a elección de la institución empleadora, con una compañía de seguros o con la Oficina de Normalización Previsional (ONP).

151 Anexo N° 5 del Decreto Supremo 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La obligación de brindar asistencia de salud a la población en general y a los heridos y enfermos, en particular, es la base sobre la que se erige el sistema de salud. La protección de estas personas no es posible sin, a su vez, brindar protección a quienes proveen la asistencia de salud, así como al transporte y edificaciones que se utilizan para tal fin.
 - El derecho internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario cuentan con una amplia gama de disposiciones en materia de protección de la asistencia de salud en conflictos armados y otras situaciones de riesgo. Estas disposiciones son de obligatorio cumplimiento para el Estado peruano y, por lo tanto, deben servir como referentes para la implementación de medidas de implementación nacional en materia de protección de la asistencia de salud.
 - Si bien el Perú cuenta con disposiciones que protegen la asistencia de salud de manera general y ha previsto mecanismos de emergencia, éstos no son uniformes y no están dirigidos a proteger adecuadamente al personal, transportes y edificaciones de salud en situaciones de conflictos armados u otras situaciones de riesgo.
- Por ello, se presentan las siguientes recomendaciones:
- Es necesario ampliar las medidas de seguridad para que contemplen no solamente desastres, sino situaciones de riesgo producidas por violencia. Entre ellas pueden contemplarse la preparación física y psicológica, el entrenamiento, el equipamiento adecuado, sistemas de comunicación operativos y la coordinación con otros sectores para una reacción oportuna y adecuada, entre otras.
 - Se recomienda adoptar una política o directiva de comunicación, tanto interna como externa, para el personal de salud para así poder garantizar el intercambio adecuado de información operacional en situaciones de riesgo o conflicto armado y permita la toma de decisiones y gestión a las autoridades de salud.
 - Con respecto a la identificación, se recomienda la adopción de normativa que uniformice la vestimenta para el personal de salud en todo el territorio nacional¹⁵².
 - Aunque existe la obligación de identificar a los establecimientos de salud mediante una señalización externa, se recomienda adoptar un emblema único tanto para los servicios de salud (transporte e instalaciones) como para el uso de identificación del personal de salud. Una opción podría ser el símbolo de la Cruz de Vida, el cual, ya se encuentra indicado para el transporte sanitario.
 - Con respecto a la confidencialidad y a la ética médica, hemos visto que el derecho internacional permite excepciones a la confidencialidad. Sin embargo, es necesario priorizar la asistencia de salud antes que los reportes exigidos por la legislación nacional, en la medida en que la vida de la persona enferma o herida pueda estar en riesgo.
 - Asimismo, se recomienda adoptar protocolos que comuniquen claramente que el personal de salud no será punible por brindar asistencia médica a quien la necesite, así sea una persona de quien se alegue haya cometido un delito.
 - En cuanto al sistema de reporte de incidentes, se recomienda establecer un sistema general de reporte interno por vías accesibles para todo el personal y que se contemple la posibilidad de que los reportes de incidentes de seguridad sean confidenciales y protejan la identidad del personal de salud. Esto permitiría incluir temas como incidentes con actores armados (tanto estatales como no estatales), que pueden incluir amenazas verbales, afectación de transportes o instalaciones (incluyendo hurto, robo o requisitorias a medicinas). Incluimos, en el Anexo 1 de este documento, un posible modelo de Formulario de Reporte de Incidentes de Seguridad.
 - De manera complementaria, son respecto a las condiciones laborales y los accidentes de trabajo, se recomienda incluir los daños por accidentes que se produzcan en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo en zonas de especial riesgo –como zonas declaradas en estados de emergencia– o los que sean consecuencia de “guerra civil o internacional, conmoción civil o terrorismo y similares” dentro de la cobertura del SCTR o un seguro análogo.
 - En adición, se recomienda uniformizar la remuneración, seguros (como por ejemplo el seguro complementario de trabajo de riesgo) y bonificaciones de los trabajadores de salud para que estén sujetos a las mismas condiciones laborales en las mismas zonas de trabajo, en especial cuando se trata de zonas de especial riesgo, como el VRAEM.

¹⁵² En ese sentido, se tiene Norma Técnica sobre el Uso y Especificaciones de Ropa de Trabajo para Personal Asistencial en los Establecimientos del Sector Salud, de Octubre del 2005, la cual se encuentra como una pre-publicación del MINSA y podría ser revisada para su posterior adopción a fin de uniformizar la regulación del uniforme del personal de salud.

ANEXO 1

FORMULARIO DE REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

DATOS GENERALES			
Tipo de incidente	<input type="checkbox"/> Amenaza verbal <input type="checkbox"/> Agresión física <input type="checkbox"/> Lesiones personales		
	<input type="checkbox"/> Desaparición <input type="checkbox"/> Secuestro <input type="checkbox"/> Tortura		
	<input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Daño o hurto de medicinas o equipos		
	<input type="checkbox"/> Daño a instalaciones <input type="checkbox"/> Daño o hurto a vehículos <input type="checkbox"/> Otros		
Día del reporte	dd/mm/aa	Hora del reporte	xx:yy am/pm
Lugar del reporte	Localidad o comunidad Distrito Provincia Región		
Persona que reporta	Nombre y apellidos completos Cargo Organización		
Datos del evento			
Día del evento	dd/mm/aa	Hora del reporte:	xx:yy am/pm
Lugar del evento	Red de salud Micro red de salud Establecimiento de salud Institución: MINSA/DIRESA () EsSalud () FFAA () PNP () Privado () Otro: _____		
Descripción del evento			
Apoyo recibido			
Otros datos			
El personal de salud utilizaba ID distintiva		Si () No () No sabe ()	
La instalación de salud tenía ID distintiva		Si () No () No sabe ()	
El transporte sanitario tenía ID distintiva		Si () No () No sabe ()	

BIBLIOGRAFÍA

• **HENCKAERTS, J.M.** Estudio sobre el Derecho internacional Humanitario. Anexo: Lista de normas consuetudinarias de Derecho Internacional Humanitario. Disponible en: <<http://www.icrc.org/spa/assets/files/other/customary-law-rules-spa.pdf>>

Instrumentos internacionales

• **Primer Convenio de Ginebra de 1949** para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campañas.

• **Segundo Convenio de Ginebra de 1949** para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar.

• **Tercer Convenio de Ginebra de 1949** relativo al trato debido a los prisioneros de guerra

• **Cuarto Convenio de Ginebra de 1949** relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra

• **Protocolo Adicional I de 1977** a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales

• **Protocolo Adicional II de 1977** a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional

• **Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja** por las sociedades nacionales. Aprobado por la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, Viena 1965. Revisado por el Consejo de Delegados, Budapest 1991.

Normativa Peruana

• **Ley N° 26790**, "Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud". 17 de mayo de 1997.

• **Ley N° 26842**, "Ley General de Salud". 15 de julio de 1997.

• **Ley N° 27669**, "Ley del Trabajo de la Enfermera(o)". 16 de febrero de 2002

• **Ley N° 27853**, "Ley de Trabajo de la Obstetriz". 23 de octubre de 2002.

• **Ley N° 28456**, "Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico". 4 de enero de 2005.

• **Ley N° 29414**, "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud". 30 de setiembre de 2009.

• **Ley N° 29783**, "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo". 20 de agosto de 2011.

• **Ley N° 30057**, "Ley del Servicio Civil". 2 de julio de 2013.

• **Decreto Legislativo N° 559**, "Ley del Trabajo Médico". 29 de marzo de 1990.

• **Decreto Supremo N° 023-2005-SA**. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. 1 de enero de 2006.

• **Decreto Supremo N° 013-2006-SA** que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. 23 de junio de 2006.

• **Decreto Supremo 012-2011-SA**, precisan alcances de la Ley N° 28561. 23 de julio de 2011.

• **Resolución Suprema N° 009-2004-SA**. 2 de julio de 2004.

• **Resolución Ministerial 861-95-SA/DM**, Normas de Identificación y Señalización de los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.

• **Resolución Ministerial 064-2001-SA/DM**. 29 de enero de 2001.

• **Resolución Ministerial N° 940-2004/MINSA**. 15 de setiembre de 2004.

• **Resolución Ministerial N° 194-2005/MINSA** que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 053-MINSA/OGDN-V.01 Norma técnica de organización y funcionamiento de las brigadas del Ministerio de Salud para atención y control de situaciones de emergencias y desastres.

• **Resolución Ministerial N° 043-2006/MINSA** que aprueba la Directiva N° 074-2006-MINSA/OGDN-V.01 para la Organización del Sistema de Emergencia de Lima y Callao (SELICA).

• **Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA** que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica de salud de los servicios de emergencia.

• **Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA** que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 051-MINSA/OGDN-V.01, Norma técnica de salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre.

• **Resolución Ministerial N° 336-2008/MINSA** que aprueba la Norma Técnica NTS N° 065-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para el transporte asistido de pacientes por vía aérea – ambulancias aéreas.

• **Resolución Ministerial N° 337-2008/MINSA** que aprueba la Norma Técnica NTS N° 066-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para el transporte asistido de pacientes por vía acuática.

• **Resolución Ministerial N° 623-2009-MINSA**. 18 de setiembre de 2009.

• **Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA** que aprueba Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.

• **Resolución Ministerial N° 300-2013/MINSA** que aprueba la Directiva Administrativa N° 5-MINSA/DST-OGGRH-V.01-Directiva para la Implementación de los Principios, Deberes y Prohibiciones Éticas en el MINSA.

• **Resolución Ministerial 015-2015-DGIEM** que aprueba la Directiva Administrativa que regula la identificación y señalización de los Establecimientos de salud en el ámbito del Ministerio de Salud.

• **Resolución Ministerial 045-2015/MINSA** que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".

Otros instrumentos

• Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

• Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial.

• Declaración sobre la protección del personal de salud en situaciones de violencia. Asociación Médica Mundial.

MISIÓN

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), organización imparcial, neutral e independiente, tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de los conflictos armados y de otras situaciones de violencia, así como de prestarles asistencia. El CICR se esfuerza asimismo en prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Fundado en 1863, el CICR dio origen a los Convenios de Ginebra y al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, cuyas actividades internacionales en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia dirige y coordina.



CICR