

CONGRESO
de la
REPÚBLICACONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO

15 OCT 2024

RECIBIDO

Firma:

Hora:

11:29 AM

GARCÍA CORREA IDELSO MANUEL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"**PROYECTO DE LEY DE
CUIDADOS PALIATIVOS**

El congresista que suscribe, **Idelso Manuel García Correa**, integrante del **Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso**, en ejercicio de las facultades que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, y según lo estipulado en los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta a consideración del Congreso de la República el siguiente proyecto de ley:

El Congreso de la República; ha dado la ley siguiente:

FÓRMULA LEGAL**LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS****CAPÍTULO I****DISPOSICIONES GENERALES****Artículo 1.- Finalidad**

La finalidad de la presente ley consiste en mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades tributarias de cuidados paliativos y la de sus familiares.

Artículo 2.- Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer la respuesta del sistema nacional de salud ante la demanda de cuidados paliativos, integrando y fortaleciendo la atención en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las Redes Integrales de Salud y articulando los tres niveles de atención.

Artículo 3.- Ámbito de aplicación

Las disposiciones de la presente ley son de aplicación obligatoria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) según corresponda, e Instituciones Administrativas de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas o mixtas. Asimismo, se encuentran bajo el ámbito de aplicación todas las entidades estatales que conforman el Sistema Nacional de Salud.



Artículo 4.- Objetivos

Son objetivos de esta ley:

- a) Desarrollar una estrategia de atención integral de salud realizando intervenciones sanitarias considerando las dimensiones biopsicosociales y emocionales de los pacientes que padecen enfermedades tributarias de cuidados paliativos.
- b) Promover el acceso a tratamientos farmacológicos para disminuir el sufrimiento del paciente.
- c) Fortalecer las capacidades de los recursos humanos para la atención de cuidados paliativos.

Artículo 5.- Principios

La presente ley se sustenta en los siguientes principios:

- a) Respeto por la vida y bienestar de las personas.
- b) Equidad en el acceso oportuno y utilización de las prestaciones de cuidados paliativos.
- c) Intervenciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- d) Respeto a la dignidad y autonomía del paciente en las decisiones sobre tratamientos y cuidados que ha de recibir a lo largo de su tratamiento.
- e) Respeto a las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso salud-enfermedad, considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas.

Artículo 6.- Definiciones

Para efectos de lo dispuesto en la presente ley, se entenderá por:

- a) **Analgésicos opioides:** Es un tipo de alcaloide usado para tratar el dolor moderado a severo. Los opioides son derivados o compuestos sintéticos de los opiáceos, como la morfina. Los opioides solían llamarse narcóticos.
- b) **Atención domiciliaria:** Conjunto de prestaciones y/o actividades de cuidados paliativos que se brindan en el domicilio para apoyar a los pacientes, familiares y cuidadores mediante la asistencia programada en las actividades extramurales de los establecimientos de salud con población asignada.
- c) **Cuidador primario:** La persona que lidera el cuidado y asume el papel de enlace entre el paciente y el resto de la familia y, a la vez, coordina con el equipo de salud, la organización de los cuidados de la persona en fase



avanzada. Se debe diferenciar de las otras personas que ejecuten acciones de cuidado. Su identificación surge del consenso entre el paciente, la familia y el equipo de salud.

- d) **Cuidados Paliativos:** Es la atención que se ofrece a pacientes y familias, que sufren alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable, que limita o acorta la vida, y que se acompaña de una serie de síntomas y signos que requieren tratamiento. Los cuidados paliativos básicos no requieren especialistas, los cuidados paliativos especializados se brindan a pacientes de forma individualizada por especialistas y los cuidados paliativos intermedios son brindados a los pacientes con enfermedades limitantes.
- e) **Enfermedades no oncológicas:** Enfermedades de naturaleza variada que compromete a órganos y sistemas, se caracterizan principalmente por su cronicidad, ser incapacitantes, progresivas y afectar severamente la calidad de vida de las personas.
- f) **Enfermedades oncológicas:** Grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, cuya característica definitoria es la multiplicación rápida y descontrolada de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos.
- g) **Enfermedades tributarias de cuidados paliativos:** Enfermedad crónica incurable y evolutiva que se halle en fase avanzada o terminal. Se consideran a las enfermedades oncológicas y no oncológicas. El Ministerio de Salud mediante resolución ministerial determinará las condiciones de salud que tendrán la calidad de enfermedades tributarias de cuidados paliativos.
- h) **Equipos de salud de cuidados paliativos:** Lo constituyen equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, que incorporan a la familia y cuidadores. Pueden desempeñarse según su nivel de capacitación y especialización en cuidados paliativos de atención hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria.
- i) **Familiares:** Conjunto de personas vinculadas al paciente que padece la enfermedad tributaria de cuidados paliativos. por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos. El reglamento determinará características de los que sean considerados parte de la familia en los términos de la presente ley.
- j) **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son todos aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos que realizan atenciones en salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así



como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica.

- k) **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS):** Son instituciones que brindan seguros de salud sean del Estado o privados, cada uno con coberturas diferentes. Permite al asegurado estar protegido y cubierto ante cualquier accidente o eventualidad.
- l) **Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI):** Comprende un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad.
- m) **Niveles de atención:** Son una forma organizada de ordenar los recursos para brindar las prestaciones de los servicios de salud de acuerdo al grado de complejidad en cuanto al número de tareas diferenciadas de cada unidad asistencial. Relaciona la magnitud y severidad de las necesidades de salud con la capacidad resolutive, cualitativa y cuantitativa de la oferta.
- n) **Redes Integradas de Salud (RIS):** Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar, una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.
- o) **Sistema Nacional de Salud (SNS):** conjunto de instituciones vinculadas con la producción de todo tipo de servicios de salud, que contribuyen a la mejora de salud y calidad de vida de la población. Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector, las direcciones o gerencias regionales de salud, las IPRESS, las IAFAS y los usuarios de los servicios de salud.
- p) **Telemedicina:** Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de salud que utiliza las tecnologías de la información y las comunicaciones, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.



CAPÍTULO II

PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES TRIBUTARIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Artículo 7.- Derechos de los pacientes

Se reconoce que toda persona que padece enfermedad tributaria de cuidados paliativos tiene derecho a:

- a) Los cuidados paliativos que permitan mejorar su calidad de vida.
- b) Recibir información oportuna y comprensible sobre su situación de salud y evolución.
- c) Mantener una comunicación plena y permanente con el profesional de la salud tratante.
- d) Ser acompañado por su familia o la persona que designe.
- e) El respeto a su autonomía.
- f) Provisión y acceso oportuno a tecnologías y medicamentos.
- g) Los demás derechos reconocidos por la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

Artículo 8.- Dignidad de los pacientes y su familia

Se reconoce, sin discriminación de raza, sexo, condición social, etnia, religión, la primacía de los derechos inalienables del paciente y su familia; respetando la interculturalidad, cosmovisión e ideologías que tienen frente a la enfermedad y la muerte. Recibiendo la mejor atención del equipo de salud y del establecimiento al que acude para que su bienestar sea posible.

Artículo 9.- Derecho de compañía

El paciente tiene derecho a que se le facilite la compañía de parientes o de la persona que designe durante su atención hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria, salvo indicación específica del médico tratante y de acuerdo a la reglamentación que, respecto a esta materia, tenga el establecimiento de que se trate. Las personas que brinden acompañamiento deberán recibir un trato digno y respetuoso en todo momento.

Artículo 10.- Asistencia espiritual

Los pacientes que padecen una enfermedad tributaria de cuidados paliativos que lo soliciten, tienen derecho a recibir oportunamente la consejería y asistencia espiritual en conformidad con sus creencias; asimismo, tienen el derecho de



mantener en el espacio donde se encuentren, determinados objetos o imágenes de contenido espiritual, siempre que no afecte el debido cuidado de la persona enferma.

Artículo 11.- Autonomía de la voluntad

El paciente que padece enfermedad tributaria de cuidados paliativos tiene derecho de manera libre, voluntaria y consciente a otorgar o denegar los tratamientos e intervenciones que se le proponga, incluyendo aquella que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, incluso en las atenciones domiciliarias, lo cual deberá registrarse en su historia clínica. En caso, su condición clínica impida manifestar su voluntad será mediante la designación de su apoderado. Este derecho no resulta aplicable cuando se ponga en riesgo la salud pública.

Los niños, niñas y adolescentes que padecen una enfermedad tributaria de cuidados paliativos, y sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud, tienen derecho a ser escuchados respecto de los tratamientos que se le aplican, dejando constancia por escrito que han sido informados y oídos.

Artículo 12.- Declaración anticipada de la voluntad

El paciente que padece enfermedad tributaria de cuidados paliativos podrá suscribir con el director del establecimiento de salud o el que haga sus veces, una declaración anticipada de voluntad respecto de sus decisiones de carácter vital para el evento en que no pueda expresar su voluntad o preferencias. En cualquier momento, el paciente podrá retractarse o modificar por escrito el contenido de la declaración anticipada de voluntad.

Artículo 13.- Designación del apoderado

Los pacientes que padecen una enfermedad tributaria de cuidados paliativos podrán designar a uno o más apoderados para la toma de decisiones que transmitirán su voluntad para la atención de salud cuando la persona enferma, por su condición clínica, no se encuentre en condiciones de manifestar su voluntad o preferencias.

Artículo 14.- Alta voluntaria

La persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades, con tal conocimiento de las implicancias que acarrea este derecho,



podrá solicitar su alta voluntaria; asimismo, podrá solicitarla el apoderado o el pariente acreditado en conformidad con las normas legales vigentes.

CAPÍTULO III

DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 15.- Funciones del ente rector

En materia de cuidados paliativos, son funciones del Ministerio de Salud:

- a) Diseñar, desarrollar e implementar acciones integradas en un modelo de atención de cuidados paliativos que contemple el acceso oportuno y continuo a los cuidados paliativos.
- b) Impulsar el desarrollo de dispositivos médicos en cuidados paliativos para pacientes.
- c) Propiciar la conformación de equipos de salud interdisciplinarios y multidisciplinarios para el área de cuidados paliativos.
- d) Propiciar el acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos, especialmente a los analgésicos opioides.
- e) Fomentar la capacitación y formación en cuidados paliativos básicos para profesionales y técnicos de la salud en todos los niveles de atención, con especial énfasis en la atención primaria de la salud.
- f) Promover y apoyar la investigación científica en cuidados paliativos.
- g) Elaborar y difundir materiales accesibles de comunicación y capacitación orientados a la sensibilización sobre los derechos de las personas a recibir cuidados paliativos y a instalar el enfoque integral que estos promueven.
- h) Proporcionar a la comunidad los conocimientos y herramientas necesarios para sostener el proceso de cuidado del paciente en el ámbito familiar y comunitario.
- i) Elaborar niveles de intervención, propiciando que los establecimientos de salud, adopten medidas que permitan el acceso equitativo a los cuidados paliativos.
- j) Promover la identificación de personas que por su diagnóstico médico requieran de atención en cuidados paliativos.
- k) Promover el diseño e implementación de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de la accesibilidad a los cuidados paliativos.



Artículo 16.- Aprobación del plan nacional

El Ministerio de Salud, cada cinco años, elabora y aprueba el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, con la finalidad de mejorar la respuesta del Sistema Nacional de Salud para la atención de cuidados paliativos de los pacientes que padecen enfermedades tributarias y de sus familiares.

Artículo 17.- Atención integral de salud

Las intervenciones sanitarias son personales, familiares y comunitarias enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo en cuenta las dimensiones biopsicosociales y emocionales, provistas de manera conjunta por la IPRESS en términos de calidad, equidad y oportunidad; de acuerdo a su nivel resolutivo y la capacidad de oferta de los servicios que brindan.

Artículo 18.- Acreditación de enfermedad tributaria

La acreditación de una enfermedad tributaria de cuidados paliativos, así como la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del paciente que lo padece, estará a cargo del Ministerio de Salud, haciéndolo efectivo mediante la emisión de la resolución ministerial correspondiente.

Artículo 19.- Prestaciones de cuidados paliativos

La oferta de atención en cuidados paliativos se estructura en torno a la organización de servicios en las IPRESS a nivel nacional, de acuerdo al nivel de atención y la complejidad del problema de salud de los pacientes que padecen alguna enfermedad tributaria. La implementación de la articulación de los procesos de coordinación en los establecimientos de salud con servicios en atención de cuidados paliativos se realizará integrando la infraestructura, la tecnología y las telecomunicaciones de las instituciones del sector.

El Ministerio de Salud fortalecerá el financiamiento para las prestaciones en la atención de cuidados paliativos a través del pliego del Sistema Integral de Salud (SIS), en el marco de la normatividad vigente y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

Artículo 20.- Tratamiento del dolor

Las personas que requieren cuidados paliativos recibirán los medicamentos, insumos y dispositivos médicos con acceso y oportunidad a nivel nacional. El Estado se asegurará la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos



esenciales en cuidados paliativos de acuerdo a estándares globales. Es obligación del Ministerio de Salud asegurar la cadena de suministros de productos farmacéuticos para la atención de pacientes en cuidados paliativos, así como elaborar un catálogo de dispositivos médicos en cuidados paliativos por cartera de servicios por establecimiento de salud para el manejo del dolor y otros síntomas en la atención de cuidados paliativos en todo nivel de atención.

Artículo 21.- Apoyo psicológico

Los pacientes que padecen enfermedades tributarias de cuidados paliativos y sus familiares podrán recibir el apoyo psicológico, tanto durante el otorgamiento de los cuidados paliativos como, en el caso de estos últimos, con posteridad a su muerte. El trabajo e intervención individualizada del psicólogo como responsable principal de los aspectos subjetivos y objetivos que repercuten en el paciente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, incluye estrategias y herramientas útiles que influirán positivamente en la salud mental del paciente y de las personas que le rodean.

Artículo 22.- Atención domiciliaria

Se promoverá el diseño de la atención domiciliaria para cada paciente identificado, con un plan terapéutico y de cuidados paliativos, basado en una valoración integral de todas sus necesidades y coordinado entre los miembros del equipo de salud multidisciplinario e interdisciplinario, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver no requiera hospitalización.

Las personas en la fase terminal de su enfermedad tienen derecho a que se les proporcionen los cuidados paliativos en el lugar que, teniendo en cuenta sus preferencias, sea más adecuado a sus circunstancias personales, familiares y sociales.

Artículo 23.- Observatorio nacional

Se crea e implementa el Observatorio Nacional de Cuidados Paliativos para la abogacía, vigilancia y seguimiento de indicadores con acceso libre a la población, a cargo del Ministerio de Salud.



CAPÍTULO IV

DEL CAPITAL HUMANO PARA LA ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Artículo 24.- Equipo de salud en cuidados paliativos

La atención de cuidados paliativos se realiza a través de un equipo de salud multidisciplinario e interdisciplinario especializado y específico; tomando en cuenta el nivel de atención, podrá estar conformado por médico, enfermero/a, trabajador/ora social, psicólogo/a, químico farmacéutico, nutricionista, terapeuta físico y técnico en enfermería. El reglamento establecerá los profesionales que formarán parte del equipo de salud en cada nivel de atención.

Artículo 25.- Desarrollo de capacidades

Las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud realizan capacitaciones para los profesionales y técnicos de salud dedicados a la atención de cuidados paliativos dentro de su Plan de Desarrollo de Personas (PDP), elaborando planes de sensibilización dirigidos a todo el personal de salud sobre cuidados paliativos, así como en el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones para brindar el servicio de telemedicina.

Artículo 26.- Programas curriculares

El Ministerio de Salud define el perfil laboral de los profesionales y técnicos de salud dedicados a la atención de cuidados paliativos y, en función a ellos, promueve la incorporación en los programas curriculares de las universidades e institutos que impartan carreras en las áreas de la salud, cursos orientados a fortalecer la formación de profesionales y técnicos de la salud en cuidados paliativos.

El ente rector de la salud otorgará incentivos a las universidades que incorporen especializaciones en cuidados paliativos en la formación universitaria de postgrado de los profesionales y técnicos de la salud.

Artículo 27.- Registro de profesionales de salud en cuidados paliativos

El Ministerio de Salud establecerá la brecha cuantitativa de la disponibilidad de los recursos humanos, y en base a ella, implementa el sistema de registro nominal único de profesionales de la salud que ejercen la atención de cuidados paliativos.



GARCÍA CORREA IDELSO MANUEL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

DISPOSICION COMPLEMENTARIA

Única. - Reglamento

El Poder Ejecutivo elabora el reglamento de la presente ley en el plazo de noventa (90) días calendario posteriores a su publicación.



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Eva Edhit
FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2024 11:14:58-0500



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/10/2024 14:26:03-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/10/2024 16:12:48-0500



Firmado digitalmente por:
HEIDINGER BALLESTEROS
Nelcy Lidia FAU 20161740126
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/10/2024 17:13:13-0500



Firmado digitalmente por:
RUIZ RODRIGUEZ Magaly
Rosmary FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/10/2024 16:38:58-0500



Firmado digitalmente por:
ACUÑA PERALTA Maria
Grimaneza FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2024 11:06:48-0500



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/10/2024 14:26:03-0500



Firmado digitalmente por:
CHIABRA LEON Roberto
Enrique FAU 20161740126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2024 10:28:54-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAJADES Eduardo
FAU 20161740126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2024 10:30:24-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **16** de **octubre** de **2024**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 9198/2024-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

1. **SALUD Y POBLACIÓN.**



.....
GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

a) Antecedentes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aplica actualmente el 13º Programa General de Trabajo (13º PGT) para ayudar a los países a alcanzar todos los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) relacionados con la salud. El 13º PGT está estructurado en torno a tres prioridades estratégicas interconectadas: lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), abordar las emergencias sanitarias y promover la mejora en la salud de las poblaciones. Los cuidados paliativos, que la Asamblea Mundial de la Salud ha calificado de «responsabilidad ética de los sistemas de salud» (resolución WHA67.19), forman parte de esta iniciativa global para lograr la cobertura universal de salud. Sin embargo, la gran mayoría de las personas, adultos y niños que los necesitan todavía no pueden acceder a ellos.

De acuerdo con la solicitud de la Declaración de Astaná, adoptada por los Estados Miembros en 2018, con el enfoque integral de la Atención Primaria de salud (APS) como estrategia, incorporan los cuidados paliativos, a través de tres componentes sinérgicos e interrelacionados:

- I. Satisfacer las necesidades de atención de salud de las personas a lo largo de la vida, desde la prevención, promoción, atención curativa y rehabilitación hasta los cuidados paliativos.
- II. Abordar los determinantes más amplios de la salud basados en políticas y acciones multisectoriales fundamentadas en datos contrastados.
- III. Empoderar a las personas y comunidades para que participen más activamente en la toma de decisiones sobre los servicios de salud y su propia salud.

Según el Primer Atlas Mundial de Cuidados Paliativos del año 2014, se calcula que todos los años más de 20 millones de pacientes necesitan cuidados paliativos al final de la vida, de los cuales cerca de un 6% son niños. Para el 2022 según el informe de evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo de la OMS, si se incluye a todas las personas que podrían recibir cuidados paliativos en una fase anterior de su enfermedad; por lo que, se estima que la cifra ascendería a más de 56,8 millones de



personas. Los cuidados paliativos y terminales a menudo abarcan algún tipo de apoyo a los familiares del paciente, lo que significa que las necesidades de atención se multiplicarían por más de dos. Además, para 2060 se prevé que la necesidad de cuidados paliativos se habrá casi duplicado.

En base a datos de OPS del 2021, a nivel mundial, menos de un 10% de las personas que requieren CP en el continuo de la atención, los reciben, y apenas un 7% lo recibe en Latinoamérica. Solo el 39% de los países declaran una disponibilidad general para la atención en CP, y el nivel de desarrollo de los Cuidados Paliativos en el Perú se mantiene dentro del grupo de países de provisión aislada.

Las personas afectadas por problemas de salud graves que amenazan su vida, muchas de ellas discapacitantes, experimentan sufrimiento que no se limita a los síntomas físicos, sino que comprende las esferas psicológica, social, emocional y espiritual. Ante esta problemática, surgen los CP como una propuesta humanizadora e integral centrada en la persona, ofreciendo un sistema de apoyo y ayuda de manera que las personas puedan vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte, incluso ofrecer un acompañamiento durante y después del duelo a la familia.

En la Ley N° 30846, Ley que Crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No oncológicas; se coloca como objetivo general asegurar la inclusión de los Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente, su entorno familiar y cuidadores. Por lo tanto, por cada persona que requiere CP se calcula que el número de cuidadores será el doble, lo que implica que el número total de beneficiarios de CP podría ser el triple.

En el Perú, en la política general de gobierno al 2021, la que se encuentra en concordancia con las políticas de Estado del Acuerdo Nacional, el Plan estratégico de desarrollo nacional y la propuesta de imagen de futuro del Perú al 2050, se establece en el cuarto eje "Desarrollo social y bienestar de la población" el lineamiento prioritario 4.2 "brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutive y con enfoque territorial".

El Ministerio de Salud ha iniciado el proceso de formulación de la Política Nacional Multisectorial de Salud "Perú país saludable al 2030" que responda efectivamente a las necesidades de la población.

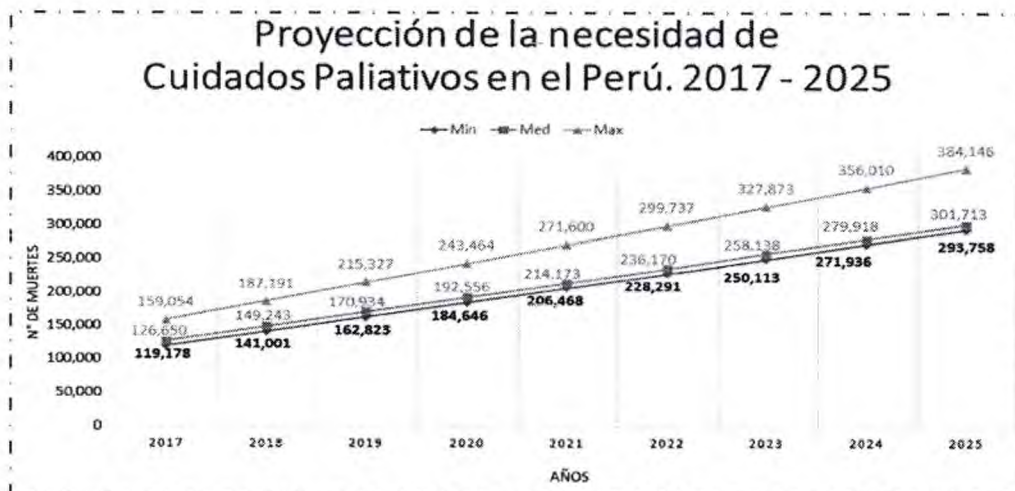


De acuerdo a ello la Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, aprobó el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), considerando la salud como derecho humano, por tanto es responsabilidad del Estado, garantizar el cuidado integral para las personas, familias y comunidad; la gestión sanitaria y gestión de recursos; la organización de las personas y servicios involucrados en el cuidado integral; el financiamiento de la salud y las estrategias para que los equipos de salud puedan brindar cuidados en los diferentes escenarios donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas, contribuyendo a un mejor nivel de salud de la población del País. El modelo prevé cuidados promocionales, preventivos, curativos, de rehabilitación y de cuidados paliativos.

En relación a los cuidados por daño mencionados en las políticas actuales, se brindan de acuerdo con la necesidad de la población, mediante intervenciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con el fin de reincorporar a la persona a la sociedad y esto implica que la cartera de servicios de la red integrada de salud (RIS), responda a los cuidados del daño con mayor carga de enfermedad y frecuencia de su territorio; estas intervenciones en respuesta a los cuidados de daño, se organizan en vías clínicas de cuidados integrados, por ellos, el trabajo coordinado y articulado entre los tres niveles de atención de salud, con las personas, familias y comunidades, contribuye a mejorar la calidad de la atención.

Según el documento técnico aprobado con RM 939-2021/MINSA, Plan Nacional de Cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos 2021-2023, registra que las enfermedades no oncológicas con necesidad de CP constituyen el mayor porcentaje, en un 68% y las enfermedades oncológicas con necesidad de CP constituyen el 32%. Así mismo, se realizó una necesidad proyectada, basado en estimaciones según las defunciones de pacientes con enfermedad tributaria de Atención de Cuidados Paliativos (ACP), con el método Mc Namara, estima que las defunciones por enfermedad terminal, se duplicarían al 2025, significando la pronta respuesta a esta necesidad mediante el desarrollo de la ACP en el Sistema Nacional de Salud (SNS). (Gráfico N°1)

Gráfico N° 1: Proyección de la necesidad de Cuidados Paliativos en el Perú. 2017- 2025



Fuente: Base de datos de defunciones 2016-OGTI-MINSA
Elaborado: Por estadística DPCAN- MINSA

Referente a la población infantil con necesidades de cuidados paliativos, el documento técnico aprobado con RM 939-2021/MINSA, menciona que, en el Perú no hay cifras oficiales con respecto a esta población, sin embargo, un estudio realizado en el INSN de Breña entre los años 2008-2012 determinó que 1 de cada 6 egresos hospitalarios, era de niños con necesidades complejas de atención, siendo esta población asociada a mayores estancias hospitalarias, y mayor mortalidad, por lo tanto, tributarios de recibir CP.

En relación a pacientes oncológicos con necesidades paliativas, el documento de Estrategias para la integración de los CP a pacientes oncológicos en la RIS, INEN-2019, menciona el último censo poblacional del 2017, que, de 45294 pacientes oncológicos con necesidad de cuidados paliativos, aproximadamente el 30% pertenecen a Lima y 70% a regiones.

En el Concurso de Buenas Prácticas de Atención Primaria de Salud publicado en el año 2020, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha reconocido la experiencia del Modelo de Cuidados Paliativos ejecutado por el Hospital Nacional Cayetano Heredia, considerado un hospital de referencia nacional y con zona principal de influencia de los distritos del cono Norte de Lima, con más de 3 097 593 habitantes que de acuerdo a las políticas nacionales actuales, pertenecen a las redes integradas de salud (RIS) conformadas de la DIRIS Lima Norte: RIS Los Olivos, RIS Rímac, RIS



Comas, RIS Carabayllo, RIS Puente Piedra - Santa Rosa - Ancón, RIS San Martín de Porres, RIS Independencia.

En relación a pacientes oncológicos y no oncológicos con necesidades paliativas, según la estadística del periodo 2014-2018 del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), las enfermedades No Transmisibles concentran el 80% de toda la data de las defunciones de los últimos 5 años, siendo las tres primeras causas de mortalidad seleccionadas en esta institución: cáncer (45.5%), Neurológicas (29.3%), VIH-SIDA (15.6%) y otros (9.6%). La Unidad de Estadística - HNCH, reporta como dentro de las causas frecuentes de defunciones oncológicas: El Cáncer de Pulmón ocupa el 1er lugar (7.9%), Estómago (4.9%), Hígado (2.3%), Colon (2.2%), Mama (2%), y de las causas frecuentes de defunciones No oncológicas: La Hipertensión Endocraneana (15.4%), SIDA (15.65%), Insuficiencia Cardíaca (6.4%), Insuficiencia Hepática (3.1%), las Encefalopatías (2%). Otras causas como: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Esclerosis Lateral Amiotrófica y Enfermedades de la Motoneurona, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer, son también causas reportadas de mortalidad. Por otro lado, desde marzo de 2020 hasta junio 2022 la pandemia COVID-19 ha generado 37948 atenciones a personas afectadas, de las cuales 8576 requirieron hospitalización y 4191 fallecieron. Es así que, observamos la necesidad de cuidados paliativos aumenta exponencialmente más aún ahora en época post pandemia COVID 19.

Medicamentos con los que se quiere alcanzar una mayor cobertura en el acceso de medicamentos esenciales, se detallan en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME). (Tabla N°1).

Tabla N° 1: Medicamentos Paliativos (PNUME)

DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL / PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN	CONSIDERACIONES ESPECIALES DE USO	GRUPO DE ANTIBIÓTICOS	AUTORIZACIÓN DE USO
Etilefrina	10mg/ml	INY				
Atropina sulfato	1mg/ml	INY				
Diazepam	5mg/ml	INY	2mL			
Diazepam	5mg	TAB				



Diazepam	10mg	TAB				
Fentanilo (como citrato)	50mcg/mL (0.05mg/mL)	INY	2mL y 10 mL	3		
Midazolam (como clorhidrato)	1mg/mL	INY	5mL			
Midazolam (como clorhidrato)	5mg/mL	INY	10mL			
Morfina clorhidrato	10mg/mL	INY	1mL	3		
2. MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS						
2.1 Analgésicos no opiáceos y antiinflamatorios no esteroides (AINES)						
Ácido acetilsalicílico	500mg	TAB				
Diclofenaco sódico	25mg/mL	INY	3mL			
Ibuprofeno	100mg/5mL	LIQ ORAL				
Ibuprofeno	200mg	TAB				
Ibuprofeno	400mg	TAB				
Metamizol sódico	500mg/mL	INY	2mL			
Naproxeno (como base o sal sódico)	250mg	TAB				
Naproxeno (como base o sal sódico)	500mg	TAB				
Paracetamol	100mg/mL	LIQ ORAL	gotas			
Paracetamol	120mg/mL	LIQ ORAL				
Paracetamol	100-300mg	SUP				
Paracetamol	500mg	TAB				
2.2 Analgésicos opiáceos						
Buprenorfina	35mcg/h	PARCHE TRANS		3,6 y 12		Tratamiento de pacientes adultos con dolor oncológico o severo
Codeína fosfato	10-15mg/5mL	LIQ ORAL				



Codeína fosfato	30mg	TAB				
Codeína fosfato	30mg/mL	INY				
Codeína fosfato	60mg	TAB				
Metadona (como clorhidrato)	10mg	TAB		3, 6, 7 y 12		
Morfina clorhidrato	10mg/mL	INY	1mL	3		
Morfina clorhidrato	20mg/mL	INY	1mL	3		
Morfina sulfato	10mg/5mL	LIQ ORAL		3		
Morfina sulfato	10mg	TAB		3		
Morfina sulfato	30mg	TAB		3		
Morfina sulfato	30mg	TAB LIB MODIF		3		
Oxicodona clorhidrato	5mg	TAB		3 y 6		
Oxicodona clorhidrato	10mg	TAB LIB MODIF		3 y 6		
Oxicodona clorhidrato	20mg	TAB LIB MODIF		3 y 6		
Petidina clorhidrato	50mg/mL	INY	2mL	3, 5 y 7		
Tramadol clorhidrato	100mg/mL	LIQ ORAL	gotas			
Tramadol clorhidrato	50mg/mL	INY				
Tramadol clorhidrato	50mg	TAB				
2.3 Medicamentos para otros síntomas en cuidados paliativos						
Amitriptilina clorhidrato	25mg	TAB				
Dexametasona fosfato (como sal sódica)	4mg/mL	INY	1mL			
Dexametasona (como base o dexametasona)	2mg/5mL	LIQ ORAL				



fosfato sódico)						
Dexameta sona	4mg	TAB				

Fuente: Documento Técnico. Resolución Ministerial N° 633-2023-MINSA.

ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO: FODA ADI ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

DEBILIDADES	FORTALEZAS
D1-Precaria e insuficiente infraestructura y equipamiento. D2-Insuficiente stock de medicamentos y material biomédico. D3-Procesos burocráticos complejos. D4-Recurso humano reducido a menos del 50% e insuficiente para la demanda existente de otros servicios. D5-Ausencia de otras especialidades/disciplinas (p.e, terapia física, servicio social, terapia ocupacional, anestesiología) en equipo interdisciplinar ADI D6-Personal médico de familia paliativista con contratación en otra área.	F1-Trabajo en equipo F2-Trabajo articulado con el primer nivel de atención F3-Perfil idóneo del recurso humano F4-Docencia y Capacitación F5-Material y recursos disponibles para investigación y conocimiento del área de trabajo de Cuidados Paliativos. F6-Ser un modelo elegido por MINSA para replicar en otras instituciones F7-Movilidad donada para visitas domiciliarias F8-Capacidad de gestión F9-Atención centrada en la persona, familia y entorno; congruente con Modelo de cuidados integrales por curso de vida para la persona, familia y comunidad F10-Aliados estratégicos en la Unidad de Telemedicina, Capacitación y la Oficina de comunicaciones F11-Coordinación con el área de seguridad interna F12-Alianzas y convenios para la interacción entre instituciones
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
A1-Desconocimiento de la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes, personal de salud, autoridades locales.	O1-Interacción fluida con centros de primer nivel de atención



A2-Escaso conocimiento de cuidados paliativos en el personal de salud del hospital

A3-Poca atención a cuidados paliativos por parte de autoridades locales y funcionarios.

A4-Inseguridad por hurtos.

A5-Normatividad insuficiente a nivel nacional, ejemplo: tiempo de consulta, implementación de unidades o servicios de cuidados paliativos, urgencias paliativas, incluso en CP no oncológicos, no hay presupuesto específico.

A6-Falta de cultura paliativa

A7-Alta demanda de pacientes que requieren cuidados paliativos

O2-Convenios interinstitucionales (UPCH, CEFOSA)

O3-Fondos para promover investigación

O4-Financiamiento por SIS Y PPR 024 para CP oncológicos: presupuesto aprobado para año fiscal 2023

O5-Reconocimiento por parte del paciente y familia, instituciones externas (OPS, SPCP, AMPCP, CEFOSA, etc.).

O6-Nuevas autoridades de municipios

O7-Alianzas con MINSA, DIRIS Lima Norte, OPS, UPCH, Centro de formación en salud de los religiosos CAMILOS PERU

O8-Recurso humano del primer nivel de atención y de hospitales interesado en capacitarse en cuidados paliativos

O9-Voluntariado en Cuidados Paliativos

O10-Centralizar y fortalecer las atenciones vía web: Telemedicina

O11-Mejor interacción entre áreas administrativas y asistenciales

O12-Contratación de recurso humano con financiamiento PPR 024

O13-Reasignación de personal médico de familia paliativista recientemente contratado

Fuente: informe del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Los recursos humanos del Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos - ADI 2024 de Hospital Nacional Cayetano Heredia está conformado por profesionales de médico de familia paliativista, enfermería, psicología, trabajo social, químico



farmacéutico, tecnólogo médico, médico rehabilitador, nutrición, técnico de enfermería y administrativo con un presupuesto anual de 369000. (Tabla N°2).

Tabla N°2: Recursos humanos de Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos-ADI 2024

PROFESIONALES	RRRHH ACTUAL				RRHH OPTIMIZADO				BRECHA	SALARIO INDIVIDUAL			PRESUPUESTO
										ACTUAL POR MES		OPTIMIZADO	ACTUAL ANUAL
	2026	CAS	P9	TOTAL	2026	CAS	P9	TOTAL		2026	CAS		
MÉDICO DE FAMILIA PALIATIVISTA	-	4	1	5		7	-	7	6		7300		72000
ENFERMERÍA	2	1	2	5	3	2	-	5	2	4000	2900	-	189000
PSICOLOGÍA	1	1	-	2	1	1	-	2	1	-1800	2900	-	324000
TRABAJO SOCIAL	-	-	-	0		1	-	1	1	-	3500	-	0
QUÍMICO FARMACÉUTICO	-	-	-	0		1	-	1	1	-	2900	-	0
TECNÓLOGO MÉDICO	-	-	-	0		1	-	1	1	-	2900	-	0
M. REHABILITADOR	-	-	-	0			-						
NUTRICIÓN	-	1	-	1	1	1	-	2	1	-1800	2900	-	32400
TÉC. DE ENFERMERÍA	1	1	-	2	1	1	-	2	1	2400		-	43200
ADMINISTRATIVO	-	-	-	0		1	-	1	1	-1500	2000	-	0
TOTAL	4	8	3	15	6	16	-	22	15				369000

Fuente: informe del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Las actividades que realiza el Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos - ADI del Hospital Nacional Cayetano Heredia son realizados por el profesional de acuerdo a sus competencias. (Tabla N°3).

Tabla N°3: Actividades que realiza cada disciplina.

ACTIVIDADES	MED	ENFER	NUTR	PSIC	TC. ENF	ADMISIÓN
TRIAJE		X				
ENTREGA DE TICKET ADICIONAL					X	
ENTREGA DE FUA						X
TOMA DE FUNCIONES VITALES		X				
CONSULTA AMBULATORIA	X		X	X		
PROCEDIMIENTOS	X	X	X	X		
ATENCIÓN DOMICILIARIA	X	X	X	X		
ATENCIÓN REMOTA	X	X	X	X		
ATENCIÓN HOSPITALARIA (INTERCONSULTAS)	X	X	X	X		
ATENCIÓN DE URGENCIAS PALIATIVAS (PRIORIDAD 3)	X	X				
CAPACITACIÓN A CUIDADOR PRINCIPAL		X	X			
TALLERES DE SOPORTE A CUIDADOR Y FAMILIAR				X		
DOCENCIA Y CAPACITACIÓN A RRHH EN SALUD	X	X	X	X		
GESTIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	X	X	X	X		
SENSIBILIZACIÓN A ACTORES SOCIALES	X			X		
INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	X	X	X	X		

Fuente: informes equipo ADI del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

El personal de la salud realiza una intervención de cuidados paliativos que debe estar orientada a resolver los problemas físicos del paciente que padece la enfermedad en etapa avanzada y progresiva; haciendo transferencia de los



conocimientos sobre los cuidados paliativos a la familia que se convierte en el cuidador primario.

El perfil del cuidador de cuidados paliativos en su mayoría predomina el género femenino, en edades productivas, a cargo del cuidado del enfermo desde el momento del diagnóstico y su ocupación es el de trabajo independiente o el hogar, aspectos que implican analizar la carga adicional que se debe asumir y que constituyen en factores potenciales de frustración e impotencia, por la limitación de las metas proyectadas.

Por lo tanto, la intervención psicosocioeducativa participativa es de gran importancia para aliviar la sobrecarga de los cuidadores en cuidados paliativos, con impacto sobre la competencia para el cuidado en el domicilio que abarca los procedimientos, manejo, intervenciones, recuperación de la enfermedad y toma de decisiones; y la sobrecarga para el cuidado experimentado por el cuidador sea familiar u otro designado por el paciente. Las actividades desarrolladas durante las diversas sesiones de aprendizaje programadas están encaminadas a brindar e impartir los conocimientos de la enfermedad a los familiares y al cuidado, con el fin de lograr la satisfacción de sus necesidades y obtener un desenvolvimiento en el cuidado

El Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos - ADI del Hospital Nacional Cayetano Heredia realiza actividades asistenciales desde el año 2015 se muestra un incremento anual en los casos nuevos, atenciones y urgencias. Es así que en pandemia COVID19 la necesidad de cuidados paliativos aumenta exponencialmente y a la fecha es mucho mayor. (Tabla N°4).

Tabla N°4: Actividades asistenciales 2015-2023.

ACTIVIDADES/INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
CASOS NUEVOS	172	190	200	304	513	346	302	377	598	3002
ATENCIONES AMBULATORIAS	1412	2079	2260	3740	9950	5965	9159	7433	11218	53216
ATENCIONES DOMICILIARIAS	284	256	258	365	426	370	214	216	559	2948
ATENCIONES REMOTAS						1896	527	701	1108	4232
URGENCIAS PALIATIVAS						864	1303	1718	2254	6139
TALLERES MULTIDISCIPLINARIOS	44	45	34	39	44	29	37	54	29	355
TALLERES DE SOPORTE A EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	19	28	12	7	3	19	0	6	8	102



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	2321	2293	1967	3815	12918	9647	14225	20858	20858	88902
------------------------------	------	------	------	------	-------	------	-------	-------	-------	-------

Fuente: Informes ADI del Hospital Nacional Cayetano Heredia de enero 2015 a diciembre 2023.

El lugar del fallecimiento de una persona se ha relacionado con características sociodemográficas como la edad, el sexo, nivel educativo, estado civil, lugar de residencia, la disponibilidad de apoyo familiar y recursos de atención domiciliaria, las propias preferencias del paciente u otras más generales relacionadas o derivadas de las políticas sanitarias o de la jurisdicción a la que pertenece. Además, el tipo de patología que sufre el paciente parece ser un factor determinante en el lugar del fallecimiento, en función de que la causa de la muerte haya sido derivada de una patología oncológica o no oncológica.

Las defunciones domiciliarias y hospitalarias en pacientes intervenidos en ADI Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el año 2015 al 2023, siendo el 81% de defunciones reportadas en sus domicilios; lo que muestra la finalidad de los Cuidados Paliativos bajo el modelo de atención integral basado en familia y comunidad, garantizando la calidad de vida de los pacientes oncológicos. (Tabla N°5).

Tabla N°5: Defunciones domiciliarias y hospitalarias en pacientes intervenidos ADI Oncológica, 2015 – 2023

Lugar de Defunción	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Hospital	24	14	19	28	43	32	22	32	24	238	19%
Domicilio	64	75	71	122	166	134	106	153	156	1047	81%
Total	88	89	90	150	209	166	128	185	180	1285	100%

Fuente: Informes ADI del HNCH de enero 2015 a diciembre 2023.

Al tener planes efectivos de atención a la muerte en el domicilio en nuestro país con CP sean por causa oncológicas o no oncológicas, disminuye las defunciones en hospitales y fallecerían en su domicilio con una muerte digna acompañándolo en este proceso y después en el duelo a sus familiares y cuidador.

En el Hospital Nacional Cayetano Heria realiza actividades de docencia y de gestión en cuidados paliativos desde el año 2015 al 2023. (Tabla N°6).

**Tabla N°6: Actividades de Docencia, Capacitación y Articulación 2015-2023**

ACTIVIDADES/INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
REUNIONES CON PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	8	21	13	11	16	9	0	0	2	78
CAPACITACIÓN A PERSONAL DE SALUD	1	1	0	1	4	4	1	1	1	13
ASISTENCIA TÉCNICA A EESS PILOTO	-	20	11	9	19	14	0	0	3	73
ROTACIÓN DE MÉDICOS/ENFERMEROS RESIDENTES	7	15	21	15	13	11	18	9	7	109
ROTACIÓN DE INTERNOS DE MEDICINA							6	6	0	12

Fuente: Informes ADI del Hospital Nacional Cayetano Heredia de enero 2015 a diciembre 2023.

b) Fundamentos de la propuesta:

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud establece que los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

En Latinoamérica tenemos que el mayor desarrollo de cuidados paliativos ha sido en el ámbito de cáncer, por lo que los pacientes no oncológicos no tienen acceso a los Cuidados Paliativos, ni a los medicamentos necesarios para el control sintomático. La mayoría de los programas no tienen financiamiento exclusivo para CP, por lo que no es posible el desarrollo adecuado, persisten las regulaciones excesivas, burocracia y falta de continuidad en la toma de decisiones como en su plan de trabajo.

El programa ADI Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia es pionero en nuestro país, siendo además el primero en su tipo en brindar atención domiciliaria a pacientes oncológicos y no oncológicos. El impacto del programa ha hecho que la Dirección de Prevención y Control del Cáncer del MINSA haya elegido el modelo de atención del



Hospital Nacional Cayetano Heredia para ser replicado en Lima Metropolitana y extenderse a lo largo del país.

Asimismo, se podrá garantizar con los cuidados paliativos mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades tributarias, a fin de evitar o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento lo antes posible, además de tratar cualquier problema psicológico, social y espiritual relacionado. Por otro lado, al aplicarse en territorio nacional contribuiría a una distribución más equitativa de los recursos y una mejor atención general en el Sistema Nacional de Salud en los pacientes que requieren cuidados paliativos.

c) Marco Normativo:

La presente propuesta legislativa se sustenta en la normativa siguiente:

- Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 2,3 y 25.
- Constitución Política del Perú, Artículo 7.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Asamblea Mundial de Salud párrafo OP.7.7, incluye los Cuidados Paliativos en la atención de pacientes con condiciones preexistentes, adultos mayores u otros en padecimiento por esta enfermedad.
- Ley N° 30846: Ley que Crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. 24 de agosto 2018.
- Decreto Supremo N° 085-2023-PCM. Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Transformación digital al 2030.
- Resolución Ministerial N°030-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, familia y Comunidad (MCI)".



- Resolución Ministerial N° 327-2022-MINSA, que aprueba la directiva administrativa N°329-Minsa/DGAIN-2022 "Directiva Administrativa de Conformación de Redes Integradas de Salud-RIS".
- Resolución Ministerial N° 939-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021-2023.
- Presupuesto por Resultados 0024 desde 2018 incluye productos y subproductos de Atención de Cuidados Paliativos en el establecimiento de salud y en el domicilio.
- Resolución Directoral N° 228-2014/II-HNCH/DG, ADI Oncológica del 11 de noviembre 2014 que aprueba el "Convenio de Gestión en Atención Primaria Integral Domiciliaria Oncológica (ADI Oncológica) entre el Hospital Nacional Cayetano Heredia, la Red de Salud Lima Norte VI y la Red de Salud Lima Norte".
- Resolución Directoral N° 308-2017-HCH/DG "Convenio de Gestión en Atención Domiciliaria Integral Oncológica (ADI Oncológica) entre el Hospital Cayetano Heredia y la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte". 7 de agosto de 2017.
- Resolución Directoral N° 349-2020-HCH/DG. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento farmacológico del dolor oncológico en adultos. 30 de diciembre 2020.
- Resolución Directoral N.º 005-2015-HCH/DG aprueba la conformación del equipo multidisciplinar ADI oncológico.
- Resolución Directoral N.º 007-2019-HCH/DG aprueba la reconfiguración del equipo multidisciplinar ADI oncológico.
- Resolución Directoral N°044 -2024-HCH/DG aprueba guía de procedimiento asistencial de enfermería en visita domiciliaria.
- Resolución Directoral N.º 042-2024-HCH/DG aprueba guía de procedimiento asistencial de enfermería en inserción de catéter Subcutáneo.



- Documento Técnico. Resolución Ministerial N° 633-2023-MINSA. (PNUME)

I. IMPACTO DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se encuentra en concordancia a la Constitución Política del Perú y a la ley general de salud; reconoce el derecho constitucional de la salud, no vulnera o infringe ninguna norma en el marco jurídico vigente ni el ordenamiento constitucional. Esta propuesta normativa aspira a establecer un marco normativo en favor de las personas con enfermedades graves que limitan y/o amenazan su vida, sus familias y cuidadores; en todo el territorio nacional.

La vigencia de esta norma permitirá que el Ministerio de Salud fortalezca el financiamiento para las prestaciones en la atención de cuidados paliativos. El cuidado no solo será brindado al paciente sino a su cuidador y familiares con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Cabe señalar que, el Estado Peruano deberá destinar los fondos necesarios a fin de garantizar que se cuente con los recursos adecuados para brindar una atención integral de calidad.

II. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

El Gobierno Central, Gobiernos Regionales y Locales aunarán esfuerzos económicos para que esta iniciativa legislativa de bien social para los pacientes que padecen enfermedades tributarias con necesidad de cuidados paliativos, puedan recibir y ser atendidos por especialistas y de esta manera ser incluidos en una sociedad de igual de oportunidades que brinda para todos.

El Ministerio de Salud fortalecerá el financiamiento para las prestaciones en la atención de cuidados paliativos a través del pliego del Sistema Integral de Salud de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y normativa vigente.

La población, al contar con un servicio adecuado de atención de su salud, no solo verá garantizados de mejor manera sus derechos como la salud, la vida o la integridad; sino que, además, legitimará a sus



autoridades estatales al comprobar que estas trabajan en atención de los intereses de la ciudadanía; es decir, del interés público.

III. RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO EXPRESADO EN EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se enmarca en la misma dirección que la política de Estado del Acuerdo Nacional:

Política N° 11: "Igualdad de oportunidades sin discriminación", tiene por objetivo combatir toda forma de discriminación, promoviendo la igualdad de oportunidades, asimismo dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de oportunidades, reconociendo que en nuestro país existen diversas expresiones de discriminación e inequidad social.

Política N° 13: "Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social" tiene como objeto asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Asimismo, promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Política N° 16: "Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud" garantiza el bienestar, el desarrollo integral y una vida digna para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en especial de aquellos que se encuentran en situación de riesgo, pobreza y exclusión.

Política N° 24: "Afirmación de un Estado eficiente y transparente" con el compromiso que el Estado atienda las demandas de la población y asegure su participación en la gestión de políticas públicas y sociales, así como en la regulación de los servicios públicos en los tres niveles de gobierno. Garantizará una adecuada representación y defensa de los usuarios de estos servicios, la protección a los consumidores y la autonomía de los organismos reguladores.