



ALEJANDRO AURELIO AGUINAGA RECUENCO

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

PROYECTO DE LEY PARA EL ACOMPañAMIENTO Y TRATO DIGNO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y GESTANTES DURANTE LA ATENCIÓN SANITARIA

El señor Congresista que suscribe **ALEJANDRO AURELIO AGUINAGA RECUENCO**, integrante del Grupo Parlamentario **Fuerza Popular**, en uso de sus facultades que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, y de los artículos 22 inciso c), 74, 75 y 76 numeral 2 del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente propuesta legislativa:

FÓRMULA LEGAL

PROYECTO DE LEY PARA EL ACOMPañAMIENTO Y TRATO DIGNO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y GESTANTES DURANTE LA ATENCIÓN SANITARIA

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de las personas usuarias de los servicios de salud, en especial niños, niñas, adolescentes y gestantes, a recibir acompañamiento digno durante su atención sanitaria, tanto en la hospitalización como en la atención ambulatoria, asegurando condiciones que protejan su integridad física, emocional y moral.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

La presente Ley es aplicable a todas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, y sociedad en general.

Artículo 3. Acompañamiento de los familiares y cuidadores cercanos durante la atención sanitaria

El Poder Ejecutivo desarrolla e implementa, los estándares adecuados para el acompañamiento de los niños, niñas, adolescentes o gestantes durante la atención sanitaria; con el fin de velar por el acceso a una atención digna y humana. Promoviendo el acompañamiento de los familiares y/o cuidadores cercanos durante el proceso de atención sanitaria.

El Ministerio de Salud como ente Rector, planifica y desarrolla a nivel nacional, campañas de sensibilización dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, y sociedad en general; sobre la

importancia del acompañamiento y trato digno durante el proceso de atención sanitaria de los niños, niñas, adolescentes o gestantes.

Los Jefes o Directores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, velan por que los niños, niñas, adolescentes y gestantes, durante su hospitalización, reciban una atención oportuna y de calidad, acompañados por sus padres, tutores u otras personas de su confianza durante su estancia hospitalaria.

Artículo 4. Incorporación a la Ley General de Salud

Se incorpora el numeral 15.5 al artículo 15° de la Ley General de Salud, Decreto Legislativo N° 26842, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 29414, en los siguientes términos:

“Artículo 15°: Toda persona tiene derecho a lo siguiente: (...)”

15.5. A recibir un acompañamiento digno

- a) Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas, garantizarán la compañía de familiares o personas significativas de los pacientes durante su hospitalización y atención médica ambulatoria. Este derecho no puede ser restringido, salvo en los casos debidamente justificados por razones clínicas, epidemiológicas o de seguridad de los pacientes o de terceros.
- b) Cuando se trate del acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes, se permitirá en todo momento la compañía de su madre, padre, tutor legal o persona significativa.
- c) Cuando se trate del acompañamiento de gestantes durante el proceso de parto y puerperio, se permitirá en todo momento la compañía de una persona designada.
- d) En todos los casos, las personas acompañantes deberán recibir un trato digno que incluye:
 - d.1) Ser tratadas con respeto y consideración.
 - d.2) Acceder a la información de manera clara, oportuna y comprensible sobre el estado y atención del paciente, conforme a la normativa vigente.
 - d.3) Contar con condiciones básicas necesarias de permanencia, tales como acceso a alimentación, servicios higiénicos y un espacio adecuado para sentarse o descansar.



ALEJANDRO AURELIO AGUINAGA RECUEÑO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Desarrollo normativo para el acompañamiento de la madre, padre, tutor legal o persona significativa de los niños, niñas y adolescentes, durante la atención sanitaria, y a gestantes durante el proceso de parto y puerperio

El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en el marco de sus funciones, elaboran los documentos normativos necesarios para promover, implementar, supervisar y fiscalizar el trato digno y acompañamiento de los familiares o personas significativas de los niños, niñas, adolescentes y gestantes, durante la atención sanitaria; en un plazo máximo de noventa (90) días calendario desde la promulgación de la presente Ley.

SEGUNDA. Financiamiento e implementación de la Ley

La implementación de la hotelería hospitalaria en las IPRESS es progresiva, de acuerdo con la categorización, con cargo al presupuesto institucional de los pliegos involucrados y en el marco de la programación multianual, pudiendo recurrir a cooperación y alianzas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

TERCERA. Estándares y reglamento de la Ley

El MINSA aprueba en noventa (90) días calendario los estándares mínimos de acompañamiento como: aforo, bioseguridad, información, accesibilidad, entre otros, así como el reglamento de la presente Ley.

CUARTA. Accesibilidad.

El reglamento establecerá los ajustes razonables para personas con discapacidad y criterios de accesibilidad comunicacional e intercultural.

Lima, 02 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por:
BARBARAN REYES Rosangella
Andrea FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/10/2025 15:03:41-0500



Firmado digitalmente por:
AGUINAGA RECUEÑO
Alejandro Aurelio FAU 20161749126
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/10/2025 16:37:19-0500



Firmado digitalmente por:
ROSPIGLIOSI CAPURRO
Fernando Miguel FAU 20161749126
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/10/2025 12:24:25-0500

ALEJANDRO AGUINAGA RECUEÑO
Congresistas de la República



Firmado digitalmente por:
VENTURA ANGEL Hector Jose
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/10/2025 14:36:44-0500



Firmado digitalmente por:
MOYANO DELGADO Martha
Lupe FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/10/2025 11:35:12-0500



Firmado digitalmente por:
ZETA CHUNGA Cruz Maria
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/10/2025 12:05:58-0500



Firmado digitalmente por:
REVILLA MILLANUEVA Cesar
Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/10/2025 11:02:29-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

En el caso peruano, no hay una propuesta legislativa previa que haya sido presentada sobre el acompañamiento digno a los niños, niñas y adolescentes, ni tampoco a las mujeres en proceso de parto y puerperio. No obstante, es preciso señalar algunos avances que tienen relación con la protección de los pacientes.

En primer lugar, en Perú los derechos de los pacientes se encuentran comprendidos en la Ley General de Salud - Ley N° 26842; sin embargo, estos derechos no se encontraban explicados. Por ello, los derechos de los pacientes fueron desarrollados posteriormente mediante la Ley N° 29414, también conocida como la ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. No obstante, a pesar de que se cuenta con un listado de derechos reconocidos, los cuales no excluyen los demás contenidos en la ley o en la Constitución Política del Perú, no se encuentran comprendidos el derecho al trato digno ni el derecho a tener compañía.

En segundo lugar, se encuentra la Ley N° 30023, publicada el 22 de mayo de 2013, mediante la cual se estableció el día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente. De ese modo, se determinó el 13 de agosto de cada año como el día central, teniendo como objetivo que se promueva y se desarrollen actividades conmemorativas orientadas a la protección de la salud y la calidad de atención que se brinda a los pacientes y a sus familiares.

En tercer lugar, “el Seguro Social de Salud (EsSalud) lanzó a nivel nacional la campaña “Familiar Acompañante”, con el objetivo de beneficiar a 400 mil pacientes dependientes y vulnerables, quienes permanentemente tendrán la compañía de sus familiares en los servicios de hospitalización, consultorios externos, entre otros” (EsSalud, 2015). En ese sentido, y dado que se busca promover el valor y la importancia de la compañía y el cuidado de las y los pacientes vulnerables, EsSalud capta a los familiares acompañantes desde el primer día en que ingresa la/el asegurado al hospital. Posteriormente, y de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente, se capacita a los familiares mediante talleres y sesiones demostrativas individualizadas. Por último, realizan visitas domiciliarias como seguimiento tras el alta de las y los pacientes para fortalecer el cuidado en el hogar y evitar los reingresos.

En cuarto lugar, con lo que respecta al acceso, permanencia y salida a los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, en la Directiva Administrativa N° 005 - INSN-SB/UAD-2024 se establece que se permite a la madre, padre o tutor legal del paciente hospitalizado permanecer en las instalaciones del INSN-SB, en calidad de acompañante, durante las 24 horas. Ello deberá de ser consensuado y autorizado por la Jefatura de la Sub Unidad Asistencial y/o coordinador del Servicio, de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Asimismo, se establece que las personas acompañantes deberán realizar el registro correspondiente en la admisión de la hospitalización, debiendo tener presente las indicaciones del personal médico y de enfermería, limitándose a permanecer junto al paciente. Para finalizar, en el caso de niñas y niños muy graves o post quirúrgicos, excepcionalmente, se podrá permitir que ambos padres los acompañen fuera del horario de visita establecido. Ello solamente se podrá realizar previa coordinación con el médico jefe, con el coordinador o con la persona responsable del servicio.

Por último, en quinto lugar, el Seguro Social de Salud (EsSalud) elaboró la estrategia "Cuidando con el Corazón" con el objetivo de fomentar una cultura organizacional y asistencial centrada en la humanización. De ese modo, se busca fortalecer la cultura de la humanización en los centros asistenciales a nivel nacional, la cual se centra en la persona incluyendo a las personas usuarias internas, externas y familiares y acompañantes. En adición a ello, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 901-PE-ESSALUD 2024, de fecha 05 de noviembre de 2024, se resolvió aprobar los cinco (05) ejes de Trabajo de la Estrategia de Humanización Total "Cuidando con el Corazón" a nivel institucional, los cuales comprende los siguientes: 1) Comunicación efectiva; 2) Formando cuidadores; 3) volviendo a casa; 4) 24/7 sin dolor y 5) Mejorando tu entorno.

II. MARCO NORMATIVO

Existen diversas normativas nacionales e internacionales que protegen tanto la dignidad de las personas, como también el derecho a acceder a la salud. No obstante, no se encuentra establecido lo correspondiente al trato digno de las personas en el ámbito de la salud, ni tampoco una especial protección a la niñez, adolescencia ni mujeres gestantes a nivel de todo el país. En ese sentido, resulta importante que se señale cómo está regulado en la actualidad.

Ámbito nacional

La Constitución Política del Perú¹ establece en su artículo primero que "la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad

¹ Constitución Política del Perú, <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/informes-publicaciones/196158-constitucion-politica-del-peru>

y del Estado”. Asimismo, el artículo 7° del mismo cuerpo normativo determina que todos tienen derecho a la protección de la salud. En adición a ello, se encuentra el artículo 4°, el cual establece que “la comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono (...)”. De ese modo, se determina que se encuentra constitucionalmente protegido el derecho de las personas de ser tratadas digna y respetuosamente en todos los ámbitos de su vida, siendo uno de ellos el ámbito de la salud, teniendo en consideración que los niños y niñas, las madres y los ancianos y ancianas en situación de abandono tienen una especial protección.

En relación a la niñez y adolescencia, es preciso hacer mención al Código de los Niños y Adolescentes - Ley N° 27337², debido a que esta Ley contiene los derechos, obligaciones y protección específica que tienen por ser sujetos de derechos, todo ello en concordancia con su interés superior. En ese sentido, es importante señalar que a las niñas, niños y adolescentes también se les resguarda el derecho de la salud, siendo así que el artículo 21° establece que “el niño y el adolescente tienen derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas (...)”.

Es importante mencionar la Ley General de Salud - Ley N° 26842, dado que esta establece en su Título Preliminar que la salud es una condición indispensable para que el ser humano pueda desarrollarse, así como también es un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por ello, al ser tan importante la salud, se constituye como de interés público, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promoverla. De ese modo, en el artículo 15° de la Ley antes mencionada, se establecen los derechos que todas las personas tienen, tales como el derecho a acceder a los servicios de salud y el derecho a recibir información necesaria, teniendo en consideración que esos derechos no son excluyentes con los demás derechos que se establecen en la misma Ley ni tampoco los garantizados en la Constitución Política del Perú.

Ámbito internacional

Por un lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos³ establece en su artículo primero que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (...)”. Asimismo, en el artículo 25° se establece que “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”; además, también establece que

² Nuevo Código de los Niños y Adolescentes, Ley N° 27337, https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/Lectura_3_Nuevo_codigo_de_los_ni%C3%B1os_y_adolescentes.pdf

³ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

tanto la maternidad como la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

Por otro lado, la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁴ en su artículo 5° establece el derecho a la integridad personal, siendo así que en el numeral 1 se determina que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”. Asimismo, se encuentra el artículo 19°, el cual establece los derechos del niño, de la siguiente manera: “Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.

Por último, la Convención sobre los Derechos del Niño⁵ tiene como principios fundamentales el interés superior del niño y el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo. En ese sentido, el artículo 3°, inciso 2, establece que “los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán las medidas legislativas y administrativas adecuadas”. En adición a ello, se encuentra el artículo 24°, el cual establece en el numeral 1 que “los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.

Para que los derechos reconocidos en una norma se traduzcan en cambios reales y sostenibles en la vida de las personas, es imprescindible que existan mecanismos eficaces de supervisión y fiscalización. En este caso, la efectividad del acompañamiento digno como un derecho reconocido exige que su cumplimiento no dependa únicamente de la voluntad institucional, ni tampoco de la interpretación discrecional de cada establecimiento de salud, sino que se encuentre respaldado por mecanismos claros de supervisión y fiscalización. Por ello, resulta fundamental asignar competencias claras a los órganos responsables de garantizar su cumplimiento y establecer canales accesibles para la recepción de quejas, denuncias y sugerencias.

En el marco del sistema de salud peruano, la Superintendencia Nacional de Salud (“SUSALUD”), como entidad encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano con potestad para actuar sobre todas las IPRESS, es la competente para

⁴ Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convencion%20Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

⁵ Convención sobre los Derechos del Niño, <https://www.plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/convencion-derechos-del-nino/convencion-sobre-los-derechos-del-nino-texto-oficial/>

vigilar el cumplimiento de lo establecido en esta norma. En tal sentido, esta entidad debe ser considerada como el ente fiscalizador principal del cumplimiento de la presente ley, tanto en establecimientos públicos como privados.

Asimismo, se recomienda que, en el reglamento correspondiente, el Ministerio de Salud incluya las siguientes disposiciones:

- 1) Supervisión periódica y aleatoria de las IPRESS a nivel nacional, ello para verificar que se estén garantizando las condiciones mínimas para el acompañamiento, tales como espacios adecuados y el trato digno.
- 2) Establecer un sistema de registro de las condiciones que ofrecen las IPRESS para el acompañamiento, así como también los casos en los que se restrinja el derecho por razones médicas justificadas, y el protocolo de comunicación con las familias.
- 3) Obligación de informar sobre el derecho al acompañamiento digno, a través de medios físicos y/o digitales, y las vías para denunciar su incumplimiento.
- 4) Sanciones, desde amonestaciones hasta multas, para aquellas IPRESS que vulneren el derecho al acompañamiento digno o incumplan con adecuar sus instalaciones.

De esa manera, se garantizará que el derecho al acompañamiento digno sea respetado de manera efectiva y progresiva en todo el país, fortaleciendo el rol protector del Estado en contextos del ámbito de salud.

III. PROBLEMÁTICA QUE SE PRETENDE SOLUCIONAR Y FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La situación de los niños, niñas y adolescentes en Perú es un tema complejo y preocupante desde el punto de vista de los derechos de la niñez y la mujer. Las y los pacientes hospitalizados, a menudo, se enfrentan a múltiples desafíos que pueden afectar su salud, su desarrollo, y su bienestar emocional. Por ende, se determina que la falta de estándares adecuados para el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados en la red sanitaria de nuestro país ha sido un problema público recurrente que ha afectado los derechos y la calidad de vida de las y los pacientes y de sus familiares.

La protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud se encuentra regulada por la Ley N° 29414, la cual modificó la Ley General de Salud, y es a través de ella que se estableció de manera más exhaustiva los derechos de los pacientes, tales como el acceso a los servicios de salud, el acceso a la información, la atención y recuperación de la salud y el consentimiento informado. No obstante, en Perú no existe hasta el momento una ley específica que garantice la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados, ni

tampoco una protección extendida a las mujeres gestantes durante el proceso de parto y puerperio, lo cual también se relaciona con el derecho que tienen que contar con la presencia de las madres, padres, tutores o personas significativas. Por ello, se determina que no se encuentra garantizado en su totalidad el derecho a la salud y dignidad humana de todas las personas, dado que, tratándose de la protección de la niñez y adolescencia, se requiere tener en consideración el acompañamiento digno en lo que dure la atención médica ambulatoria y/u hospitalización.

En relación con la niñez y adolescencia, se debe hacer mención al Código de los Niños y Adolescentes, el cual reconoce en su artículo 21° la atención integral de salud de la siguiente manera: “el niño y el adolescente tienen derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas (...)”. Dicho artículo tiene concordancia con el artículo 27° de la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, y se establece que los padres u otras personas encargadas de las y los niños tienen la responsabilidad de proporcionar las condiciones que sean necesarias para el desarrollo de las y los mismos. Por ende, el derecho de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran hospitalizados a recibir una atención médica adecuada y ser acompañados por sus padres, tutores u otras personas de su confianza durante su estancia en alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) se encuentra respaldado por diversas normativas que buscan garantizar su cumplimiento.

Es preciso establecer una conexión entre el acompañamiento digno de los niños, niñas y adolescentes, así como de las mujeres gestantes, con el Sistema Nacional de Cuidados (SNC), ello en virtud de que el SNC busca garantizar el derecho de todas las personas a cuidar, ser cuidadas y cuidarse a lo largo del ciclo de la vida. En ese sentido, se presenta el proyecto de ley de acompañamiento digno como un componente habilitante del SNC porque reconoce al cuidado hospitalario como parte del ecosistema nacional de cuidados. Asimismo, porque institucionaliza la labor de las cuidadoras familiares como actrices de cuidado no remunerado, impulsa la corresponsabilidad del Estado en garantizar condiciones mínimas de dignidad para él y la acompañante y contribuye a la desmercantilización del acceso al acompañamiento, actualmente condicionado a la capacidad económica.

Asimismo, dentro de esta iniciativa, se recogen las recomendaciones derivadas de:

1. III Conferencia del Cuidado Centrado en la Familia, llevada a cabo en el Auditorio del Colegio Médico del Perú, en febrero 2025; en la que se presentó la experiencia de los albergues temporales de la Fundación Casa Ronald McDonald de Curacao y Brasil.
2. Mesa de trabajo “Avances de los Comités de Fundaciones en el marco de la iniciativa mundial contra el cáncer infantil en el Perú 2019-2025”,

llevado a cabo el 08 de agosto del 2025. En la que se presentan los avances del Comité de Fundaciones de la Iniciativa Mundial contra el cáncer en el Perú, propuesta de estandarización del modelo de albergues en el Perú y propuesta técnica de colaboración, y se discute sobre los aspectos a considerar, durante la formulación de iniciativas legislativas.

3. Mesa de trabajo “Experiencia internacional en el desarrollo de albergues”, llevado a cabo el 12 de septiembre del 2025. En la que el Director Global de Operaciones de Ronald McDonald House Charities presentó la experiencia del trabajo articulado con los principales hospitales de atención pediátrica del mundo, la experiencia brasileña de las Casas de Acogida en el manejo del Cáncer Infantil y la experiencia de Chile con respecto a la arquitectura hospitalaria para la atención integral de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

ASPECTOS TÉCNICOS:

1. Desarrollo del Sistema de Cuidados

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) establece que “los cuidados son actividades que permiten satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria de las personas, asegurando el bienestar físico y emocional de estas”⁶. Por consiguiente, el PNUD determina que los cuidados se constituyen como “(...) labores fundamentales a favor de niños y niñas, personas con discapacidad y personas adultas mayores en situación de dependencia, por lo que es esencial visibilizar, valorar, retribuir y entender a los cuidados como un trabajo, una necesidad y un derecho”⁷. En ese sentido, los cuidados aluden a una variedad de dimensiones que incluyen el cuidado en el ámbito de la salud, las tareas domésticas, la atención a personas en situación de dependencia, el acompañamiento a quienes brindan cuidado y el autocuidado.

Asimismo, como señala Picchio respecto a los cuidados:

Se trata de un trabajo que, en cuanto a su cantidad, medida en unidades físicas de tiempo, supera ligeramente el total del trabajo remunerado de los hombres y las mujeres, mientras que, en lo que respecta a su calidad, tiene unas características que son fundamentales para mantener las condiciones de

⁶ Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, *Por un Perú que construye un sistema integral de cuidados con redes locales*, (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2023), párr. 1, <https://www.undp.org/es/peru/noticias/por-un-peru-que-construye-un-sistema-integral-de-cuidados-con-redes-locales>

⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Por un Perú que construye un sistema integral de cuidados con redes locales*, párr. 1.

sostenibilidad del sistema en su conjunto y que connotan al sistema en un sentido institucional.⁸

Por ello, se puede afirmar que el cuidado abarca dos elementos fundamentales: primero, se reconoce como un derecho universal que todas las personas deberían poder ejercer, y segundo, es una responsabilidad que recae sobre ciertos individuos, cuyo trabajo es indispensable para el funcionamiento de la sociedad. En este contexto, las políticas públicas deben asegurar que tanto las personas que reciben cuidado como quienes lo ofrecen tengan acceso a condiciones dignas, justas y de calidad.

2. Sistema Integral de Cuidados

La ONU Mujeres y la CEPAL, en un estudio elaborado sobre la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe en el año 2022, estableció en relación con el tema lo siguiente:

Un Sistema Integral de Cuidados puede definirse como el conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados -que hoy realizan mayoritariamente las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural. Dichas políticas han de implementarse en base a la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado, sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social – con la sociedad civil, el sector privado y las familias- y de género.⁹

Es preciso establecer que se busca incluir como poblaciones objetivo a todas las personas que, por un lado, puedan requerir los cuidados acordes a sus necesidades a lo largo de su vida y, por el otro lado, a todas las personas que realizan las tareas de cuidado, ya sean remuneradas o no remuneradas. Por ello, las poblaciones objetivo son las niñas y los niños, las personas en situación de dependencia -como las personas con discapacidad o adultos mayores-, y las y los trabajadores de cuidado.

2.1. Principios de los Sistemas Integrales de Cuidados

⁸ Antonella Picchio, Un enfoque macroeconómico “ampliado” de las condiciones de vida, *Tiempos, trabajos y género*, (2001): 2, <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/economia-de-la-seguridad-social/picchio-2001-un-enfoque-macro-ampliado-de-las-condiciones-de-vida/35546786>

⁹ Julio Bango y Patricia Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, (ONU Mujeres y CEPAL, 2022), 23, <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>

Los principios que orientan la creación de Sistemas Integrales de Cuidados, acorde con la ONU Mujeres y CEPAL se constituyen en cinco. En primer lugar, se concibe al cuidado como un derecho, siendo así que, en base a sucesivos instrumentos internacionales -como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW), la Convención Internacional de Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana para la protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores-, “(...) se trata de concebir a todas las personas destinatarias de las políticas como sujetos de derechos activos y no como personas pasivas beneficiarias de una política”¹⁰. De ese modo, las personas podrán participar, respetando su opinión en las diversas etapas de las políticas públicas que se vayan a proponer. Los principios que serán relevantes serán el de progresividad y no regresividad por parte del Estado, dado que este es el garante del derecho al cuidado, y el principio de igualdad y no discriminación de todas las personas.

En segundo lugar, la universalidad, entendida tanto por su dimensión de acceso como de calidad. En ese sentido, se establece que “es tan importante el que todas las personas accedan al derecho al cuidado como que todos los servicios de cuidados tengan igual calidad”¹¹. De ese modo, no habrá una diferenciación entre los servicios públicos y privados, y todas las personas podrán acceder a dichos servicios independientemente de los recursos económicos que tengan.

En tercer lugar, la corresponsabilidad, la cual tiene dos dimensiones: la corresponsabilidad social y la corresponsabilidad de género en el cuidado. Por un lado, la corresponsabilidad social “(...) implica que dicha política es el resultado de una conjunción de esfuerzos entre todos los actores de la sociedad que tienen la capacidad de ser proveedores de bienestar: el Estado (...), el mercado, las familias y la comunidad”¹². Por otro lado, la corresponsabilidad de género, la cual implica impulsar la equidad entre hombres y mujeres, cuestionando la división desigual del trabajo que recae principalmente sobre las mujeres, quienes realizan tareas no remuneradas que limitan su desarrollo y participación social. Esta situación genera una desigualdad estructural que también perjudica al conjunto de la sociedad al desaprovechar el potencial femenino en distintos ámbitos. Para revertir esto, es fundamental fomentar una masculinidad orientada al cuidado y al respeto, en contraposición a una masculinidad basada en la fuerza y el control. Involucrar a los hombres en las tareas de cuidado fortalece las relaciones familiares y puede

¹⁰ Bango y Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, 26.

¹¹ Bango y Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, 27.

¹² Bango y Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, 27.

disminuir la violencia, por lo que se requieren acciones educativas, comunicativas y de sensibilización para promover estos cambios¹³.

En cuarto lugar, la promoción de la autonomía, de modo en que los sistemas de cuidados deben garantizar que las personas puedan desarrollarse y cumplir sus planes de vida, reconociendo que la autonomía está vinculada a las relaciones con los demás. Por lo tanto, la autonomía no solo se busca a nivel individual, sino como una capacidad para influir en el cambio social y comunitario. Además, la promoción de autonomía también involucra la autodeterminación, que es la facultad de tomar decisiones sobre el propio camino en la vida y las condiciones para acceder a los servicios de cuidado y apoyo¹⁴.

En quinto lugar, la solidaridad en el financiamiento, la cual implica que los instrumentos diseñados se deben ajustar a la capacidad económica de las familias para asegurar el acceso universal. Por consiguiente, se necesitará un sistema progresivo y criterios adaptados a cada situación.

2.2. Componentes de los Sistemas Integrales de Cuidados

Acorde con la ONU Mujeres y CEPAL se presentan cinco componentes¹⁵:

- 1) Creación y ampliación de servicios: se plantea ampliar servicios de cuidado diversos y accesibles, incluyendo atención domiciliaria, institucional y teleasistencia, con subsidios, licencias y programas para fomentar autonomía y prevenir la dependencia.
- 2) Regulación de los servicios de las condiciones laborales: la regulación tiene dos dimensiones principales. La primera busca que los servicios de cuidados, tanto públicos como privados, sean universales y de calidad, incorporando un enfoque de derechos humanos y equidad de género. La segunda se enfoca en mejorar las condiciones laborales de quienes trabajan en cuidados, promoviendo su formalización y organización como colectivo.
- 3) Formación de las personas que cuidan: es esencial para que ofrezcan un cuidado de calidad y avancen en sus carreras con condiciones laborales justas y derecho al autocuidado. Esto implica desarrollar cursos especializados y certificar las competencias adquiridas anteriormente.

¹³ Bango y Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, 28.

¹⁴ Bango y Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, 28.

¹⁵ Bango y Cossani, *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*, 29-30.

- 4) Gestión de la información y del conocimiento: es crucial para asegurar la cohesión de los sistemas y respaldar decisiones políticas informadas. Esto implica recopilar datos estadísticos, como el uso del tiempo, y evaluar el impacto de la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado.
- 5) Comunicación para promover el cambio cultural: es fundamental para que impulse la distribución igualitaria de las tareas de cuidado entre hombres y mujeres, promoviendo la corresponsabilidad social, en la que todos los sectores (gobierno, mercado, comunidad y familias) contribuyan al bienestar de la sociedad.

3. Sistema Nacional de Cuidados en Perú

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), realizó un taller en materia de cuidados en octubre del año 2024, donde estableció que los cuidados conforman un derecho de todas las personas. Asimismo, señala que “(...) implican actividades o servicios que se reciben y que se proveen a lo largo de la vida, en especial en etapas o situaciones de dependencia, que permiten satisfacer necesidades para su sostenimiento físico y emocional”¹⁶. No obstante, a pesar de la importancia que reviste la realización de los cuidados, en el caso de niños, niñas y adolescentes y poblaciones vulnerables, debido a los estereotipos de género que se encuentran latentes en nuestra sociedad, “son las mujeres quienes asumen principalmente estas labores, lo que limita el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de su autonomía, lo que conlleva a grandes desigualdades que se traducen en brechas para el ejercicio de sus derechos”¹⁷.

El marco normativo del Sistema Nacional de Cuidados se basa en diversas políticas nacionales que vienen siendo implementadas, las cuales serán mencionadas a continuación.

- 1) Política Nacional de Igualdad de Género¹⁸: por medio del lineamiento 4.1. se dispone implementar el Sistema Nacional de Cuidado con enfoque de género para personas en situación de dependencia.

¹⁶ Dirección General de Promoción y Desarrollo de la Autonomía Económica de las Mujeres - DGPDAEM, *Sistema Nacional de Cuidados*, (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2025), párr. 2, <https://www.gob.pe/56395-direccion-general-de-promocion-y-desarrollo-de-la-autonomia-economica-de-las-mujeres-dgpdaem-sistema-nacional-de-cuidados>

¹⁷ Dirección General de Promoción y Desarrollo de la Autonomía Económica de las Mujeres - DGPDAEM, *Sistema Nacional de Cuidados*, párr. 3.

¹⁸ Política Nacional de Igualdad de Género, aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP, con fecha 4 de abril de 2019.

- 2) Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030¹⁹: es el primer instrumento del Estado que coordina sus intervenciones en función de una visión futura, fijando objetivos, metas, indicadores y servicios para resolver los problemas que enfrentan las personas en situación de pobreza. A su vez, establece las responsabilidades de los diversos sectores y gobiernos, e impulsa la participación activa de la sociedad civil a nivel nacional, regional y local.
- 3) Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030²⁰: compromete a los tres niveles de gobierno y aborda de forma integral la discriminación estructural que enfrentan las personas con discapacidad.
- 4) Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030²¹: se constituye como el instrumento marco de políticas públicas en temas de niñez y adolescencia que orientará la acción del Estado en sus tres niveles de gobierno al desarrollo de intervenciones articuladas, a fin de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (art. 1).
- 5) Plan Nacional de Acción sobre Empresas y Derechos Humanos 2021-2025²²: tiene como objetivo garantizar la protección y el respeto de los derechos humanos en el ámbito de las actividades empresariales.
- 6) Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026²³: en el artículo 4 se establecen los lineamientos prioritarios, siendo uno de los ejes el fortalecimiento del sistema democrático, donde se determina como línea de intervención en el 6.1.9 “impulsa la creación y puesta en marcha del Sistema Nacional de Cuidados.

En adición a ello, es preciso mencionar que tras la sustentación del Proyecto de Ley N° 2735 (Ley de reconocimiento del derecho al cuidado y la creación del Sistema Nacional de Cuidados), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, señaló

¹⁹ Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030, aprobada mediante Decreto Supremo N° 006-2021-MIMP, con fecha 4 de junio de 2021.

²⁰ Política Nacional Multisectorial en Discapacidad, aprobada mediante Decreto Supremo N° 007-2021-MIMP, con fecha 5 de junio de 2021.

²¹ Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030, aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2021-MIMP, con fecha 11 de diciembre de 2024.

²² Plan Nacional de Acción sobre Empresas y Derechos Humanos 2021-2025, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2021-JUS, con fecha 11 de junio de 2021.

²³ Política General de Gobierno para el periodo 2021-2023, aprobada mediante Decreto N° 164-2021-PCM, con fecha 16 de octubre de 2021.

el porqué era necesario un Sistema de Cuidados. De ese modo, concluyó lo siguiente²⁴:

- 72% de las personas que cuidan lo realiza de forma no remunerada y un millón y medio lo hace de forma remunerada.
- El 81% de las personas cuidadoras no remuneradas y el 70% de las remuneradas son mujeres.
- 56 % de mujeres cuidadoras interrumpieron su trayectoria educativa y 88 % su trayectoria laboral.
- 45 % de hombres cuidadores interrumpieron su trayectoria educativa y 71 % su trayectoria laboral.
- 45 % de hombres cuidadores interrumpieron su trayectoria educativa y 71 % su trayectoria laboral.
- Solo el 1 % de personas adultas mayores reciben servicios de cuidados.
- No existen servicios de cuidados para personas con discapacidad.

En complemento, el MIMP estableció algunos de los beneficios que podría conllevar la implementación del SNC, siendo ellos los siguientes: 1) asegurar cuidados integrales, oportunos y de calidad; 2) fortalecer las capacidades parentales; 3) profesionalizar y acreditar a las personas cuidadoras; 4) promover que las mujeres dispongan de más tiempo diferente al tiempo que emplean como cuidadoras y 5) contribuir a reducir la violencia²⁵.

La Dirección General de Igualdad de Género y No Discriminación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables elaboró en 2021 un documento mediante el cual estableció los propósitos de la construcción de un Sistema de Cuidados, los cuales son los siguientes:

- Contribuir al bienestar de las personas que requieren de cuidados y de las cuidadoras (sobre todo mujeres) mediante el pleno ejercicio de su derecho a dar, recibir cuidados y autocuidarse.
- Contribuir a la reducción de las desigualdades de género, específicamente en la distribución del trabajo no remunerado.
- Contribuir a la reducción de las desigualdades sociales que afectan el ejercicio de los derechos de ciudadanía, limitando sus capacidades, potencialidades y la posibilidad de alcanzar el pleno desarrollo.²⁶

²⁴ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, *Sistema Nacional de Cuidados: Avances y desafíos en materia de cuidados en el Perú*, (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 2023), 6, <https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2023-04/Sistema%20nacional%20de%20cuidados-Silvia%20Loli-Dialogos%20Proteccion%20Social.pdf>

²⁵ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, *Sistema Nacional de Cuidados: Avances y desafíos en materia de cuidados en el Perú*, 17.

²⁶ Dirección General de Igualdad de Género y No Discriminación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, *Hacia un Sistema Nacional de Cuidados con enfoque de género*,

Para finalizar, es preciso hacer mención que en la región se observan avances significativos. De manera particular, un ejemplo reciente es la Ley N.º 431 de Panamá, del año 2024, la cual crea el Sistema Nacional de Cuidados y reconoce el derecho al cuidado a lo largo de la vida. En primer lugar, esta ley declara el cuidado como un derecho humano y un bien público, y define al sistema como una política integral que abarca a niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad y a las personas cuidadoras. En segundo lugar, establece principios rectores como la universalidad, la igualdad y no discriminación, la corresponsabilidad social y de género, la autonomía y la solidaridad en el financiamiento. Además, dispone la creación de una instancia rectora encargada de coordinar las políticas de cuidado con los distintos sectores del Estado. De igual modo, incorpora acciones para profesionalizar y valorar el trabajo de las personas cuidadoras -en su mayoría mujeres-, promoviendo su reconocimiento y la reducción de las brechas derivadas del cuidado no remunerado. En este sentido, la experiencia panameña resulta relevante porque evidencia que la construcción de sistemas de cuidados integrales es una tendencia regional. Por ello, la propuesta peruana se inserta en dicho marco como un paso necesario para asegurar condiciones de dignidad y accesibilidad en la atención sanitaria.

4. Cuidado centrado en la familia

El cuidado centrado en la familia es un enfoque de atención que sitúa a la familia como un aliado esencial en el proceso de cuidado, reconociendo que la salud y el bienestar de la persona no pueden entenderse de manera aislada, sino que se relacionan y ello influye en la recuperación, desarrollo y calidad de vida. De ese modo, este enfoque, por un lado, valora la participación activa de la familia y, por otro lado, promueve la presencia constante y necesaria al momento de tomar decisiones clínicas y en el acompañamiento del paciente.

En adición a ello, es preciso señalar que el cuidado centrado en la familia es más que un enfoque, es una forma de relación ética y humana que dignifica el acto de cuidar. Ello en virtud de que, previo al surgimiento de los hospitales como los conocemos ahora, era común que las familias atendieran a las personas enfermas que se encontraban en los hogares. De ese modo, acorde con Verjano et al., "fueron la creación de los hospitales y el avance de la técnica asistencial los que impusieron la restricción de familiares. Los argumentos para esta prohibición de visitas se basaron principalmente en preocupaciones higiénicas"²⁷.

(Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021), 8, <https://www.mimp.gob.pe/files/Hacia-un-Sistema-Nacional-de-Cuidados-con-enfoque-de-genero.pdf>

²⁷ Felipe Verjano Sánchez et al. "Acompañamiento a los menores durante los procedimientos asistenciales", *Anales de Pediatría* 99, n° 5, (2023): 325, <https://www.analesdepediatría.org/es-acompanamiento-menores-durante-procedimientos-asistenciales-articulo-S1695403323002035>

4.1. El acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes

En el siglo XX, especialistas en psicología y salud infantil investigaron acerca de los síntomas que pueden tener las y los niños que tienen separación, pérdida y reclusión en los hospitales, concluyendo necesario destacar el valor de la presencia de las madres y padres en los hospitales²⁸. Asimismo, de dicha investigación que se realizó en Reino Unido y en Estados Unidos, teniendo mayor impacto en el sector de salud infantil de Reino Unido y Australia tras “(...) la publicación del informe Platt (*Platt Report*) en 1959 en el Reino Unido, el cual describía las terribles condiciones de los niños hospitalizados. Desde entonces, tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos los centros de salud centrados en la familia han sido priorizados”²⁹.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes, el cuidado centrado en la familia adquiere especial relevancia, debido a que son etapas vulnerables donde la contención afectiva, la seguridad emocional y la participación de las personas cuidadoras resultan claves para afrontar la enfermedad, el tratamiento y, de ser el caso, la hospitalización. En ese sentido, el cuidado solo es posible en compañía, por lo que el acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con problemas de salud forma parte inherente del acto de cuidar, el cual puede comprenderse desde tres paradigmas: fenómeno, intencionalidad y objeto del conocimiento³⁰.

Así, este enfoque de atención reconoce a los padres, madres y tutores como parte del equipo de cuidado, no solo por su rol de protección, sino por el conocimiento que tiene sobre los NNA y sus necesidades. Por ello, se procura construir entornos de atención cálidos, accesibles y empáticos, donde la comunicación fluida, el respeto a la dignidad y la escucha activa sean pilares constantes.

4.2. El acompañamiento a las mujeres gestantes durante el proceso de parto y puerperio

En el caso de las mujeres gestantes durante el proceso de parto y puerperio, el cuidado centrado en la familia resulta en una atención que acompaña a la mujer desde su experiencia, reconociendo no solo los aspectos clínicos del proceso, sino también desde el lado emocional, cultural y simbólico. De ese modo, se promueve la participación informada de la mujer gestante en todas las decisiones relativas a su cuerpo y su parto, facilitando la presencia de una persona significativa de su elección para que le brinde apoyo continuo, procurando crear un entorno en el que se respete sus tiempos, elecciones y su autonomía. Por ello, “(...) el proceso de

²⁸ Leah Benque, Salud para el niño, ¡con el niño!, *Humanium*, 7 de abril de 2020, párr. 4, <https://www.humanium.org/es/salud-para-el-nino-con-el-nino/>

²⁹ Benque, Salud para el niño, ¡con el niño!, párr. 5.

³⁰ Verjano et al., “Acompañamiento a los menores durante los procedimientos asistenciales”, 325.

parto debe ser entendido como un momento sensible en la vida de la mujer, que requiere especial atención en todos los sistemas de salud, pero sobre todo en aquellos en los que existen necesidades de las gestantes"³¹.

Además, se reconoce la importancia del vínculo temprano con el recién nacido y del acompañamiento cercano en el inicio de la crianza, incluyendo al entorno familiar como red de apoyo fundamental. En esa misma línea, acorde con Bowlby, "(...) generalmente, se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la sustituya [*sic*]) en los que ambos encuentran satisfacción y goce"³².

Para finalizar, es preciso mencionar lo señalado por Távara, siendo así que "se promueve la ACP [atención centrada en la persona] y en la familia, creando alianzas entre los profesionales de la salud, la pareja de la mujer y la familia que conduzcan a mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud"³³.

4.3. El acompañamiento digno como medida de accesibilidad para personas con discapacidad

El presente proyecto de ley prioriza el acompañamiento digno para niños, niñas y adolescentes, así como mujeres gestantes en proceso de parto y puerperio; no obstante, es importante destacar que otras poblaciones en situación de vulnerabilidad también requieren el apoyo de una persona significativa durante la atención médica. En particular, las personas con discapacidad -física, sensorial, intelectual o psicosocial- enfrentan diversas barreras en los servicios de salud que han necesario establecer ajustes razonables que garanticen su autonomía, dignidad e igualdad de condiciones. En muchos casos, el acompañamiento permanente constituye una medida de accesibilidad indispensable, no solo en términos emocionales, sino también comunicacionales, cognitivos y funcionales.

En este contexto, se reconoce la necesidad de regular el acompañamiento digno como un derecho para todas las personas, instando a que sea abordada en el reglamento de la presente ley o en futuras normas complementarias. Ello con el fin de avanzar hacia un modelo centrado en la persona, con enfoque de derechos, accesibilidad e inclusión, alineado con las obligaciones internacionales y los

³¹ Gianina García Carrera et al., "Expectativas de la gestante sobre el acompañamiento de la pareja durante el trabajo de parto", *Revista Cubana de Medicina Militar* 50, n° 4, (2021): 4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000400024

³² John Bowlby, *Los cuidados maternos y la salud mental*, Publicación científica, 13.

³³ Luis Távara Orozco, *Atención Obstétrica Centrada en la Persona*, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 69, n° 2 (2023): 6, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000200006

principios de igualdad y no discriminación establecidos en la normativa nacional e internacional.

5. El principio del interés superior del niño y la noción de la categoría niña, niño y adolescente ("NNA")

Por un lado, un principio que debe tenerse presente en todas las decisiones que puedan afectar a los niños, niñas y adolescentes es el principio del interés superior del niño. Este principio surgió a partir de las regulaciones establecidas por distintos Estados para salvaguardar a los niños, niñas y adolescentes; sin embargo, no eran propiamente con un enfoque de derechos integrales, sino eran más proteccionistas porque se les consideraba como objetos de protección y no sujetos de derechos. En ese sentido, algunos de los Estados fue el Reino Unido, quien reguló mediante la Ley de Fábricas de 1833 las condiciones de trabajo de los niños que trabajaban en ellas, las cuales versaban en la edad de los niños que podían trabajar, la cantidad de horas máximas al día, las horas que debían disponer para tener educación, entre otras disposiciones. Asimismo, en Estados Unidos se creó la Oficina de Niños ("*Children's Bureau*") en 1912, la cual se asocia con agentes federales, estatales, tribales y locales, y tiene como objetivo la protección de la salud y el bienestar de los niños y de las familias. Además, algunos Estados como Alemania ("*Bürgerliches Gesetzbuch*") regulaban mediante sus Códigos Civiles disposiciones sobre la patria potestad, la tutela, la protección de los menores, trabajo infantil, y demás.

Los primeros instrumentos internacionales que impulsaron el inicio de la creación de normativas sobre la protección internacional de la niñez fueron la Declaración de Ginebra (1924) y la Declaración de los Derechos del Niño (1959), siendo así que estos conllevaron a la creación de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). En primer lugar, la Declaración de Ginebra expresa lo siguiente:

(...) Todas las personas deben reconocer el derecho de los niños a contar con los medios necesarios para su desarrollo, a recibir ayuda especial en épocas de necesidad, a tener prioridad en las actividades de socorro, a gozar de libertad económica y protección contra la explotación, y a acceder a una educación que infunda conciencia social y sentido de deber.³⁴

En segundo lugar, la Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual establece un conjunto de principios fundamentales que reconocen la necesidad de proteger a la niñez y

³⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Historia de los derechos del niño*, (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021), párr. 3, <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/historia>

asegurarles un entorno adecuado para su desarrollo. En ese sentido, mediante el principio 2 se determina que el niño recibirá una protección especial y dispondrá de oportunidades para su desarrollo integral, garantizando su bienestar físico, mental, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad y dignidad, bajo las leyes que prioricen su interés superior.

Y, en tercer lugar, la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual es primordial debido a que reconoce a los niños, niñas y adolescente como sujetos de derechos, alejándose de la concepción de ser objetos de protección y porque determina cuatro principios fundamentales por los que se rigen: la no discriminación, el interés superior del niño, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo y la participación infantil. De ese modo, se establece un marco de protección donde se garantiza su bienestar y desarrollo en condiciones de dignidad, respetando su voz y participación, acorde con su capacidad progresiva. Así, en el artículo 3.1 se establece que “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”,

Entonces, el interés superior del niño se constituye como un derecho, un principio y una norma de procedimiento, el cual no se puede definir de una única manera debido a que dependerá de las necesidades en concreto que tengan los niños, niñas y adolescentes, resultando lo más importante la finalidad que tiene. En ese sentido, el principio superior del niño es un “(...) principio transversal rector de todas y cada una de las actuaciones e intervenciones tanto públicas como privadas, dirigidas u orientadas a las personas menores de edad”³⁵. En adición, es preciso hacer mención a la Observación General N° 14 del Comité de los Derechos del Niño³⁶, en virtud del cual se establece cuál debe ser la evaluación y la determinación en la aplicación del interés superior del niño. En ese sentido, determina que se deberá tomar una decisión sobre una medida concreta a través de los siguientes pasos:

- a) En primer lugar, determinar cuáles son los elementos pertinentes, en el contexto de los hechos concretos del caso, para evaluar el interés superior del niño, dotarlos de contenido concreto y ponderar su importancia en relación los demás;
- b) En segundo lugar, para ello, seguir con un procedimiento que vele por las garantías jurídicas y la aplicación adecuada del derecho.

³⁵ Isaac Ravetllat Ballesté y Ruperto Pinochet Olave, El interés superior del niño en el marco de la convención internacional sobre los derechos del niño y su configuración en el derecho civil chileno, *Revista Chilena de Derecho* 42, n° 3 (2015): 930, <https://www.scielo.cl/pdf/rchilder/v42n3/art07.pdf>

³⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observación general N° 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*, (Convención sobre los Derechos del Niño, 2013), 12, <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3990&tipo=documento>

Por otro lado, con lo que respecta a la noción de la categoría de niña, niño y adolescente, en el ámbito de la normativa internacional, no se especifica una diferenciación entre la niñez y adolescencia. En ese sentido, es preciso hacer mención a la Convención sobre los Derechos del Niño, dado que en su artículo primero establece que "(...) se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad".

No obstante, en el ámbito de la normativa nacional, acorde con artículo I del Título Preliminar del Código de los Niños y Adolescentes: "se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad y adolescente desde los doce hasta cumplir los dieciocho años de edad (...)". En consecuencia, se entenderá por niño, niña y adolescente a todas las personas menores de dieciocho años de edad, dado que según el artículo 42° del Código Civil, tendrán plena capacidad de ejercicio toda persona mayor de 18 años.

6. Consecuencias de no contar con acompañamiento

Spitz y Wolf realizaron un estudio del cual fueron parte 95 niños, concluyendo que "(...) 20% reaccionó ante la separación con aguda depresión y otro 27% con depresión leve. (...) Casi todos los que mantenían estrecha y cariñosa relación con sus madres demostraron síntomas de sufrimiento, lo que significa que la reacción depresiva al estímulo de la separación es normal a dicha edad"³⁷.

Autoras como Alfaro y Atria establecen que, en la infancia, la hospitalización puede tener repercusiones negativas en virtud de la poca capacidad que tienen las y los niños para asimilar situaciones nuevas, el tener que depender de terceros ajenos a su entorno cotidiano, y a la variación del proceso de desarrollo normal y de su ambiente familiar. Por ello, consideran que es necesario que las y los niños cuenten con la presencia de los pilares familiares durante el proceso de hospitalización para favorecer su mejoría, conjuntamente con un equipo de salud adecuado que genere un ambiente favorable para que puedan adaptarse y aceptar el centro de salud en el que se encuentran³⁸.

Asimismo, se determina que la hospitalización puede generar una alteración en la recuperación de las y los niños si es que no se consideran las necesidades especiales que tienen acorde a su edad. En ese sentido, Rodríguez establece que

³⁷ Bowlby, Los cuidados maternos y la salud mental, 27.

³⁸ Amanda Karen Alfaro Rojas y Romina Paola Atria Machuca, Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado, *Revista Pediatría Electrónica*, 12 (2009), https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES_AMBIENTALES.pdf

“el hospital es un hecho estresor por sí mismo, que implica además muchas otras situaciones nuevas estresoras, nuevos horarios, exploraciones dolorosas, pérdida del ambiente familiar, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social, etc.”³⁹. Siendo así que algunos de los agentes estresores más habituales que menciona son la separación de los padres y ausencia de familiares, falta de información, inclusión en un medio extraño y desconocido, intervenciones quirúrgicas, pérdida de control, autonomía y competencia, entre otros.

Algunas de las repercusiones de la hospitalización sobre las y los niños, acorde con Lizasoain y Ochoa, corresponden a los impactos psicológico, físico, social y ocupacional⁴⁰. En primer lugar, respecto al impacto psicológico, pueden generar sentimientos de ansiedad y depresión, así como también alteraciones emocionales o de la personalidad. En segundo lugar, el impacto físico se relaciona con las alteraciones en la apariencia física y en la conciencia de la propia imagen corporal. En tercer lugar, respecto al impacto social, corresponde a las alteraciones en las relaciones y en las interacciones sociales con iguales, pudiendo comprender a los compañeros de colegio, hermanos, amistades, familiares, entre otros. Y en cuarto lugar, el impacto ocupacional se vincula con las actividades se verán obligadas/os a dejar de realizar debido a la enfermedad que tuvo o aún tiene.

A fin de comprender con mayor claridad cómo impacta la hospitalización en el bienestar psicológico y emocional de los niños, niñas y adolescentes, es importante tener en cuenta las diferencias evolutivas según el grupo de edad. Ello en virtud de que cada etapa del desarrollo presenta riesgos particulares ante la separación, la pérdida de la autonomía y el estrés médico-hospitalario. En ese sentido, a continuación, se presenta el impacto según rangos etarios en función de la Guía de valoración emocional y acompañamiento en pediatría⁴¹:

³⁹ Luis Rodríguez Bausá, Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil, *Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo* 27, n° 12 (2002): 185. <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/f2fed6ee-6cce-4e84-a0a6-928b7d4ef9ef/content>

⁴⁰ Olga Lizasoain y Belén Ochoa, Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo, *Osasunaz* 5, (2003), <https://www.eusko-ikaskuntza.eus/PDFAnlt/osasunaz/05/05075085.pdf>

⁴¹ Instituto Universitario Avedis Donabedian y Fundación Bancaria La Caixa, *Guía de valoración emocional y acompañamiento en pediatría*, (Pedagogía Hospitalaria, 2018), 15-16, <https://www.scribd.com/document/698033345/01-Guia-de-valoracion-y-soporte-emocional#page=15>

GRUPO DE EDAD	IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN
0-3 años	- Falta de estimulación. - Alteraciones de la alimentación, del aparato digestivo y del sueño. - Signos de ansiedad ante la separación. - Después de una intervención pueden aparecer terrores nocturnos que pueden alargarse hasta un año. - El niño aprende que algunas acciones tienen un efecto específico sobre el medio que lo rodea y refiere cada acontecimiento a sí mismo.
3-6 años	- El niño se preocupa por su integridad corporal, pero se siente indefenso frente a las diferentes pruebas y tratamientos médicos. - La enfermedad puede hacer que el niño vuelva a etapas más infantiles. - Puede interpretar la enfermedad como castigo o rechazo de los padres. - Puede haber reacciones de negativismo, rabietas, conductas agresivas o destructivas, con el objetivo de llamar la atención y sentirse protegidos. - Las conclusiones que saca el niño se basan en sentimientos o en lo que él quisiera creer.
6-12 años	- El niño es más consciente de su enfermedad y participa más en su relación con el médico, facilitando la comunicación. - El desarrollo del lenguaje le permite preguntar sobre su enfermedad y también expresar sus miedos, fantasías y sentimientos. - Empieza a valorar la salud frente a la enfermedad, a comprender las explicaciones y los efectos que tienen sus acciones frente al estado de salud. - No entiende que los tratamientos tengan que ser dolorosos ni que la medicación le tenga que resultar desagradable. - La enfermedad supone limitaciones sobre sus actividades y pueden comportar: logros académicos pobres, dificultad en las relaciones con iguales, cambios en el aspecto físico, etc.
12-18 años	- Se preocupa por la imagen corporal. - Teme las secuelas físicas, la soledad, la discriminación, la pérdida de capacidades, la atrofia o las pérdidas físicas y la muerte. - La enfermedad representa una amenaza para su autonomía e independencia y para su imagen. - Pone en juego toda su persona. Puede darse una situación en la que

	el niño se sitúe en etapas anteriores del desarrollo. - Puede expresar rabia, irritación, rechazo directo de las normas o de las indicaciones del equipo cuidador; o por el contrario, puede llegar a adoptar una situación pasiva, manifestando actitudes de sometimiento y expresando sentimientos depresivos.
--	--

7. El “trato digno” en el ámbito de salud

El trato digno es un derecho fundamental tanto para los pacientes como para sus familiares. En ese sentido, hace referencia a la percepción de respeto, amabilidad, empatía, comunicación clara y consideración hacia las necesidades físicas, emocionales, sociales y culturales de las personas en el entorno de salud.

En ese sentido, tal como fue desarrollado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud de Chile en el año 2013, el trato digno tiene cuatro componentes⁴²: 1) trato humano; 2) información; 3) médico comprometido/responsable; y 4) Oportunidad de la atención. El trato humano se relaciona, principalmente, con el hecho de ser tratados como personas, lo cual se relaciona con ser escuchados, respetados, cordiales, y que se tome en consideración su opinión. Asimismo, se basa en la no discriminación, dando un trato igualitario a todas las personas que requieren de atención. En adición a ello, tener empatía, de modo en que se debe comprender la situación por la cual están pasando los pacientes y las emociones que pueden surgir. En todos los casos se debe evitar el paternalismo, entendiendo que son personas capaces de entender el alcance del diagnóstico que tienen, y se les debe considerar de manera integral, como un ser humano, más allá del padecimiento.

En el caso de la información, esta debe ser transmitida con la verdad, sin ocultar el estado de salud en el que él o la paciente se encuentra, informando también a los familiares que pueden apoyar en lo que dura el tratamiento y la recuperación. Además, la información tiene que ser brindada de manera continua y en un lenguaje que se pueda comprender. También debe haber un consentimiento informado de ser necesario. Respecto al médico comprometido/responsable, lo primordial es que haya puntualidad en las consultas médicas y visitas hospitalarias, así como también que se avise en los casos en los que haya un atraso o no vaya a asistir. En adición, es necesario que se identifique al médico tratante, distinguiendo si se trata de estudiantes, y que sepan escuchar a las y los pacientes. Por último, sobre la oportunidad en la atención es preciso señalar la importancia de ser atendido cuando

⁴² Departamento de Estudios y Desarrollo, *¿Qué es “trato digno” para los pacientes?: Elementos que componen el trato digno. Informe Global*, (Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile, 2013), 22-23, https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

se requiere, que haya seguridad en las prestaciones de salud que recibe, y que se disponga de más tiempo en la consulta médica de ser necesario.

Debe destacarse que, para velar porque se respete el trato digno, también será necesario contar con un entorno, equipamiento y una infraestructura idónea para el acompañamiento. En ese sentido, tal y como es señalado por Torres y Rebolledo:

Según tutores y profesionales, la infraestructura como parte de un trato digno, debe permitir que se puedan abordar necesidades básicas del paciente y su familia, como el descanso, higiene y alimentación, sumado a la correcta implementación de los aislamientos, esto último mencionado desde el perfil profesional.⁴³

Por último, la importancia del trato digno para pacientes y familiares contribuye a la satisfacción y confianza en los servicios de salud, de modo en que mejora la percepción de calidad, pudiendo influir positivamente en la recuperación del paciente. A su vez, los familiares valoran la empatía y la información que se les brinda de manera oportuna, lo cual conlleva a poder afrontar de una mejor manera la situación y el cuidado que le brindará a su familiar o persona significativa. De igual manera, contribuye a que las y los pacientes hospitalizados puedan mitigar sus sentimientos de miedo, dolor y dependencia.

7.1. Estimación del impacto en la sociedad

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2024, informó que en Perú existen 9 millones 770 mil menores de 0 a 17 años de edad, correspondiente al 28,7% de la población total del país. Asimismo, indicó que en el primer trimestre del mismo año, había por lo menos un integrante familiar menor de edad en el 50,4% de los hogares del Perú. En adición, según las estadísticas vitales de nacimientos, en el año 2023 hubo 462 mil 755 nacimientos inscritos en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)⁴⁴.

La Organización Panamericana de la Salud estableció que “el cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo; cada

⁴³ Wladimir Torres y Cristián Rebolledo, Comprensión del trato digno en la hospitalización infantil, según pacientes, padres y profesionales de la salud, *Revista Chilena de Salud Pública* 25, n° 2 (2021): 190, <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/67044>

⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática, *El 28,7% de la población total del país es menor de edad*, (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024), <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1006842-el-28-7-de-la-poblacion-total-del-pais-es-menor-de-edad> <https://www.gob.pe/56395-direccion-general-de-promocion-y-desarrollo-de-la-autonomia-economica-de-las-mujeres-dgpdem-sistema-nacional-de-cuidados>

año se diagnostican cáncer a aproximadamente 274.000 niños entre 0 a 19 años”⁴⁵. Asimismo, estableció que de los numerosos tipos de tumores que comprende el cáncer infantil, los tipos más frecuentes son la leucemia, el cáncer cerebral, el linfoma y los tumores sólidos como el neuroblastoma y el tumor de Wilms. En adición a ello, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, según datos del 2023, estableció que “la incidencia de cáncer en la población de 0-19 años es de 18.3 por 100 mil habitantes, mientras que la mortalidad se ha estimado en 7.5 por 100 mil habitantes”⁴⁶.

En el contexto nacional, acorde con el Ministerio de Salud, “se estima que en nuestro país se diagnostican alrededor de 1500 casos nuevos de cáncer en niños y adolescentes, cuyas edades se encuentran entre 0 a 14 años, de ellos, aproximadamente el 56% son niños y el 44% son niñas”⁴⁷. Además, la Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital de Emergencia Villa el Salvador estableció en el año 2023 que, en relación a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en su conjunto, se estima que son diagnosticados anualmente 1800, siendo la tercera parte del total de casos con leucemia⁴⁸. Por último, el MINSA determinó que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en relación a las y los niños en el rango de edad de 0 a 14 años, atiende en promedio 700 pacientes, proviniendo el 35% de Lima y el 65% de diversas provincias; y, en el caso de pacientes oncológicos continuadores menores de edad, atiende aproximadamente a 2400⁴⁹.

Estos datos resultan relevantes debido a que demuestran la cantidad aproximada de pacientes, entre niños, niñas y adolescentes, que son diagnosticados de cáncer cada año, lo cual implica que necesitan seguir un tratamiento para poder recuperarse. Se ha optado por señalar las estadísticas respecto al cáncer infantil, puesto que se constituye como una de las principales enfermedades causantes de mortalidad en niños y adolescentes; no obstante, se presentan más enfermedades. En ese sentido, en base a reportes de la Organización Panamericana de Salud en la Región de las Américas, la mayoría de las muertes infantiles actuales son

⁴⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Cáncer en la niñez y la adolescencia*, (Organización Mundial de la Salud - Región de las Américas), párr. 5, <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>

⁴⁶ Essy Milagros Maradiegue Chirinos et al., “El Cáncer Infantil en el Perú, como problema de salud pública”, *Diagnóstico* 63, n° 2 (2024); 49, <https://revistadiagnostico.fihu.org.pe/index.php/diagnostico/article/view/524/500>

⁴⁷ Ministerio de Salud, *Leucemia: el cáncer más frecuente en la población infantil peruana*, (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2023), párr. 4, <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/700041-leucemia-el-cancer-mas-frecuente-en-la-poblacion-infantil-peruana>

⁴⁸ Unidad de Inteligencia Sanitaria, *Boletín Epidemiológico; enero SE-04*, (Hospital de Emergencias Villa El Salvador, 2023), 3, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4572880/1.%20Boletin%20epidemiol%C3%B3gico%20enero%202023.pdf>

⁴⁹ Ministerio de Salud, “Leucemia: el cáncer más frecuente en la población infantil peruana”, párr. 5.

neonatales -incluyendo complicaciones en el parto y de prematuridad, infecciones y malformaciones-, y también se presentan enfermedades infecciones, tales como respiratorias, diarreicas, meningitis, entre otras⁵⁰. Por ello, para que estos NNA puedan curarse, por un lado, necesitan que una Institución Prestadora de Servicios de Salud les realice el tratamiento idóneo para cada situación en concreto. Y, por otro lado, necesitan tener la compañía de algún familiar o persona significativa, la cual tenga todos los recursos disponibles para poder centrarse en la persona enferma, tales como un lugar donde sentarse, un lugar para comer, poder acceder a los servicios higiénicos, que se les brinde la información necesaria, y que se les trate en todo momento con respeto.

8. Regulaciones sobre “trato digno” en otros países

En la región, existen diferentes leyes y normativas que buscan garantizar el derecho de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados a estar acompañados de sus padres o tutores legales durante su estancia en los centros de salud. Del mismo modo, también se ha previsto la protección de las madres y personas gestantes durante el proceso de parto y puerperio, permitiéndoles la compañía de un familiar o de una persona significativa designada previamente. Algunos de esos países serán presentados a continuación.

En Argentina, se encuentra regulada la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, promulgada el 19 de noviembre de 2009, la cual establece como derechos del paciente la asistencia y el trato digno y respetuoso⁵¹. En ese sentido, se determina que el paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a ser asistidos por los profesionales de salud en todos los casos, solamente siendo el profesional eximido de su deber cuando otro profesional competente sea el responsable. Asimismo, regulan el derecho del trago digno y respetuoso, donde se determina que el paciente tiene derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno respecto de todos los ámbitos que le concierne, haciéndose extensivo a los familiares y acompañantes.

En Chile, se encuentra regulada la Ley N° 21.372, promulgada el 29 de septiembre de 2021, la cual modifica la Ley N° 20.584, la cual establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas, adolescentes y mujeres en trabajo de

⁵⁰ Theresa Jean Ochoa, Discurso de orden por el 94 Aniversario de la Sociedad Peruana de Pediatría, *Revista peruana de pediatría* 76, n° 2 (2024): 1, <https://pediatria.pe/index.php/pedperu/article/view/536>

⁵¹ Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley N.° 26.529, <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

parto que se encuentran hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias⁵². En ese sentido, en el caso de los niños, niñas y adolescentes, se permitirá en todo momento la compañía del padre, madre, de quien lo tenga a su cuidado, o persona significativa; y, en el caso de las mujeres en trabajo de parte, se permitirá en todo momento la compañía de la persona que ella determina. La única excepción que se presenta es en el caso de que derive de un peligro para el propio niño, niña o adolescente o para la mujer. De igual manera, esta ley asegura que las personas que brinden el acompañamiento a las y los pacientes antes mencionados, reciban un trato digno, el cual se entiende como el buen trato verbal, que se les brinde la información correspondiente, y que se otorguen las condiciones para que el acompañamiento sea adecuado para velar por la integridad física y psíquica del niño, niña o adolescente. Todo ello será en aras de proteger el interés superior del niño, niña y adolescentes.

En México, se encuentra regulada la Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984, mediante el cual se encuentran estipulados los derechos que tienen los beneficiarios⁵³. De ese modo, el artículo 77° bis 37 de dicho cuerpo normativo establece como uno de los derechos el trato digno, respetuoso y atención de calidad. Asimismo, se encuentra la Ley de Protección al Usuario de los Servicios de Salud, siendo así que en su artículo 6° establece que el usuario tiene derecho a que se le facilite la compañía de parientes o amigos cercanos durante su hospitalización, salvo indicación específica del médico tratante y de acuerdo a la reglamentación que tenga el establecimiento de que se trate.

IV. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

De aprobarse el proyecto de ley, se modificará el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificada previamente por la Ley N° 29414 que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, para determinar un acompañamiento digno a los niños, niñas, adolescentes y mujeres y personas gestantes durante el parto y puerperio.

A lo largo del desarrollo de esta propuesta legislativa, ha quedado evidenciado que el acompañamiento digno y el trato digno no deben considerarse solamente como complementos en la atención médica, sino componentes esenciales para asegurar una atención integral, humana y respetuosa, especialmente cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad, como son los niños, niñas, adolescentes y las mujeres gestantes durante el proceso de parto y puerperio.

⁵² Ley que modifica la Ley N° 20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes que se indican, Ley N.° 21.372, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166183>

⁵³ Ley General de Salud, <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/gdoc/>

En ese sentido, el acompañamiento no solo brinda soporte emocional, sino que se convierte en un factor protector que favorece la recuperación, alivia el estrés del paciente y fortalece el vínculo con su entorno cercano. Las evidencias expuestas demuestran que la ausencia de figuras afectivas durante una hospitalización puede generar repercusiones significativas en la salud emocional y física, particularmente en la infancia y adolescencia. Frente a ello, el contar con la presencia de padres, madres o personas significativas no solo alivia la carga emocional del paciente, sino que también fortalece la alianza entre la familia y el personal de salud.

Del mismo modo, en el caso de las mujeres gestantes, se reconoce la importancia de que puedan transitar el proceso de parto acompañadas por alguien de su elección, lo cual no solo contribuye a su tranquilidad y seguridad, sino que garantiza el respeto de su autonomía y dignidad en un momento tan trascendental. No se trata solo de permitir el ingreso de un acompañante, sino de garantizar que dicha presencia ocurra en condiciones adecuadas, con acceso a servicios básicos, trato respetuoso e información oportuna.

Por otra parte, también se ha destacado la importancia del trato digno, tanto para las personas hospitalizadas como para sus acompañantes. Este debe estar presente en cada interacción, desde la atención médica hasta las condiciones físicas del entorno hospitalario. Tratar con respeto, escuchar, informar y generar un espacio acogedor son aspectos que contribuyen de manera directa a la experiencia del paciente y de su entorno familiar.

Cabe resaltar que esta iniciativa se inscribe dentro de una visión más amplia de política pública, vinculada al Sistema Nacional de Cuidados, el cual reconoce el cuidado como un derecho, una necesidad y una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y las familias. Incorporar el acompañamiento digno como parte del cuidado institucionalizado es un paso clave hacia la consolidación de un modelo de atención que no esté condicionado por la capacidad económica, sino centrado en las personas y en el respeto a su dignidad.

En suma, garantizar el acompañamiento y el trato digno desde una perspectiva legal y normativa es una deuda pendiente que este proyecto de ley busca saldar. Se trata de avanzar hacia un sistema de salud más empático, accesible y justo, en el que el cuidado no se limite a la dimensión técnica, sino que incorpore el valor humano, emocional y social que representa el estar presente y ser tratado con dignidad.

V. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

El proyecto de ley tiene como objetivo incorporar el derecho al acompañamiento digno en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) para los niños, niñas y adolescentes (NNA) y para las mujeres gestantes incluyendo, de esa manera, condiciones mínimas para las personas acompañantes. De ese modo, la

población que se beneficia, por un lado, son los niños, niñas y adolescentes y las mujeres gestantes en proceso de parto y puerperio; y, por el otro lado, las personas que realizan el acompañamiento -familiares o personas significativas-, el personal de salud y el sistema de salud en general.

En virtud de ello, se establece que la implementación de la iniciativa legislativa implica un gasto adicional para el Estado; no obstante, no constituye necesariamente un incremento sustancial del presupuesto del sector salud, ya que, de adoptarse, podría haber una implementación progresiva a través de los recursos existentes. Se debe considerar que en el caso de las IPRESS públicas, tales como hospitales, institutos especializados de salud, centros de salud y puestos de salud (postas médicas), el Estado tendría que financiar o reorientar el presupuesto. Sin embargo, en el caso de las IPRESS privadas, no representa un gasto directo para el Estado dado que el sector privado se deberá encargar de los recursos, pero sí será necesario que el Estado realice las acciones de fiscalización.

Entonces, para que pueda ser implementada la iniciativa legislativa se necesitaría, en un principio, la adecuación de la infraestructura para garantizar las condiciones mínimas para que las personas puedan realizar el acompañamiento -tales como un espacio para sentarse, servicios higiénicos y un ambiente para comer-, y la difusión y capacitación del personal sobre el derecho al acompañamiento digno y lo que representa para que este no sea menoscabado. Además, también se deberá considerar los gastos operativos vinculados al mantenimiento de la infraestructura, servicios de limpieza, abastecimiento de agua, acciones de seguridad y vigilancia, y que el Ministerio de Salud realice acciones de fiscalización correspondientes.

En lo concerniente a los beneficios, se determina en primer lugar que, respecto al ámbito social y de salud, mejora el bienestar psicológico y emocional de las y los pacientes, promueve una recuperación más rápida y la reducción de complicaciones, un descenso del estrés hospitalario de los NNA y de las mujeres gestantes en proceso de parto y puerperio, una disminución del uso de sedantes en NNA, y fomenta el vínculo familiar y de humanización del sistema de salud. En segundo lugar, respecto al factor económico, se determina que el hecho de que las y los pacientes cuenten con un acompañamiento, posibilita la reducción de días de hospitalización, lo cual conlleva a un ahorro de recursos de las IPRESS. Además, habría una disminución de reingresos por complicaciones emocionales o por falta de un cuidado adecuado. En tercer lugar, respecto a los factores institucionales y políticos, se determina que habría un avance en el cumplimiento de los tratados internacionales sobre los derechos del niño, habría un fortalecimiento del sistema de cuidados, y habría una mayor legitimidad y confianza en los sistemas de salud.

Por ende, el proyecto de ley tiene una alta rentabilidad social y sanitaria, la cual es coherente con los tratados internacionales y políticas nacionales. Asimismo, promueve un modelo de salud humanizado centrado en los derechos de las y los

pacientes, especialmente de los NNA y las mujeres gestantes. Por lo cual, se recomienda que haya una implementación progresiva en todas las IPRESS, teniendo especial consideración con las instituciones especializadas pediátricas - como el Instituto Nacional del Niño San Borja-, y las especializadas en maternidades -como el Instituto Nacional Materno Perinatal-. Además, el Ministerio de Salud deberá incluir en el reglamento a realizar los plazos, estándares y criterios de adecuación en función del tipo de IPRESS y su nivel de atención, lo cual permitirá una planificación eficiente de los recursos.

VI. RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se alinea a las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional en relación con la Equidad y Justicia Social en el Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud. En ese sentido, es un compromiso del Estado fortalecer a la familia como espacio fundamental del desarrollo integral de las personas, lo cual se condice con garantizar el bienestar, el desarrollo integral y una vida digna para los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo; así mismo, tiene relación con el Objetivo 2. Desarrollo con Equidad y Justicia Social del Acuerdo Nacional y, dentro de éste, las Políticas de Estado 13. Acceso Universal a los servicios de salud y a la Seguridad Social y 16. Fortalecimiento de la familia, promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud.

Para finalizar, debe tenerse en consideración que el Estado, con los objetivos que tiene, “garantizará el acceso de las niñas, niños y adolescentes a una educación y salud integrales, al enriquecimiento cultural, la recreación y la formación en valores, a fin de fortalecer su autoestima, personalidad y el desarrollo de sus habilidades”. De ese modo, se regularán los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, incluyendo el trato digno tanto para los niños, niñas, adolescentes, madres y personas gestantes durante el proceso de parto y puerperio, así como también sus familiares o personas cercanas que les brindarán el acompañamiento respectivo.

Asimismo, la presente iniciativa está relacionada con la agenda legislativa del Congreso de la República, aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso N° 006-2024-2025-CR, del 2 de noviembre de 2024, en relación al tema de proyecto: Tema 67. Defensa y protección de la familia, la niñez, la adolescencia y la juventud.