CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00506-2026-2031-CD
RU 34813-CD
05 OCTUBRE 2026 12:21 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA DE REFORMA CONSTITUCIONAL QUE RECONOCE EL DERECHO A LA ATENCIÓN PRIORITARIA Y DIGNA EN SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES TERMINALES, ONCOLÓGICAS O CATASTRÓFICAS

El diputado que suscribe, **Leo Miguel De Paz Lancho**, integrante del **Grupo Parlamentario Renovación Popular**, en ejercicio de la facultad de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y de conformidad con lo establecido en los artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados del Congreso de la República, presenta la siguiente proposición legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY DE REFORMA CONSTITUCIONAL QUE RECONOCE EL DERECHO A LA ATENCIÓN PRIORITARIA Y DIGNA EN SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES TERMINALES, ONCOLÓGICAS O CATASTRÓFICAS

Artículo Único. - Modificación del artículo 7 de la Constitución Política del Perú
Se modifica el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, incorporando un segundo párrafo, en los siguientes términos:

> "Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
>
> **Las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas son sujetos de atención prioritaria en los servicios de salud. El Estado garantiza su atención digna, oportuna y descentralizada en todo el territorio nacional, así como el acceso a cuidados paliativos."**

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única. La presente reforma constitucional se tramita conforme al procedimiento previsto en el artículo 206 de la Constitución Política del Perú.

Lima, octubre de 2026.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer constituye la primera causa de muerte no violenta en el Perú. Según el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN) de la Organización Mundial de la Salud, en 2022 se registraron 72 827 casos nuevos —equivalentes al 2,6 % de la población total— y 35 934 muertes anuales por esta enfermedad, con una prevalencia acumulada de 185 370 personas en el quinquenio 2017-2022 y un riesgo estimado de padecer cáncer antes de los 75 años de 16,8 %.[1]

A esta carga epidemiológica se suma una marcada concentración geográfica de la atención especializada: el propio registro del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) muestra que, entre 2000 y 2023, la Región Lima concentró el 51,03 % de los 256 151 casos registrados a nivel nacional, mientras que ninguna otra región superó individualmente el 5 %. El país cuenta únicamente con cuatro institutos con enfoque oncológico —el INEN en Lima y los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IREN) Norte, Centro y Sur, ubicados en Trujillo, Junín y Arequipa—, sin que exista ninguno en la región amazónica.[2]

Esta centralización obliga a miles de pacientes de provincias a desplazarse hacia Lima para acceder a tratamiento: el 70 % de los pacientes atendidos en el INEN provienen del interior del país, donde la atención oncológica resulta insuficiente o inexistente. La gravedad de esta brecha se ilustra en casos como el de un niño con cáncer que falleció en un autobús mientras viajaba hacia la capital para recibir quimioterapia, episodio que refleja las consecuencias humanas de la concentración territorial de los servicios oncológicos.[3]

El diagnóstico tardío es otro síntoma del problema: del total de casos registrados por el INEN entre 2000 y 2023, únicamente el 7,11 % fue detectado en estadio I, mientras que en el 51,29 % de los casos no se registró el estadio clínico al momento del

[1]Congreso de la República del Perú, Departamento de Investigación Parlamentaria, Área de Servicios de Investigación y Seguimiento Presupuestal. (2025, 17 de enero). Nota de Información Referencial N.° 58/2024-2025-ASISP/DIP: Información sobre la incidencia del cáncer en el Perú. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/DGP/DIDP/files/nir_2024-2025/nir-58-incidencia-del-c%C3%A1ncer.pdf

[2]Nexos. (2026, 4 de febrero). Cuando la falta de detección hace metástasis. https://nexos.ulima.edu.pe/2026/02/04/cuando-la-falta-de-deteccion-hace-metastasis/

[3]Infobae. (2025, 14 de marzo). Cada día mueren 100 peruanos por cáncer y al mes se detectan 6 mil casos nuevos: exigen aplicar la ley para garantizar atención. https://www.infobae.com/peru/2025/03/14/cada-dia-mueren-100-peruanos-por-cancer-y-al-mes-se-detectan-6-mil-casos-nuevos-exigen-aplicar-la-ley-para-garantizar-atencion/

diagnóstico, lo que evidencia deficiencias sistémicas en la oportunidad de la atención.[4]

Frente a este problema, el ordenamiento peruano únicamente reconoce el derecho a la salud en términos generales, a través de los artículos 7, 9, 10 y 11 de la Constitución Política del Perú, sin que exista una categoría constitucional específica que identifique a las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas como sujetos de atención prioritaria, ni un deber estatal expreso de garantizarles una atención digna, oportuna y descentralizada y el acceso a cuidados paliativos. Ello deja su protección reforzada librada enteramente a la legislación ordinaria y a la discrecionalidad administrativa, sin la estabilidad y la fuerza vinculante que otorga el rango constitucional.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

La experiencia nacional confirma que la sola declaración legal —de rango infraconstitucional— no ha bastado para revertir la concentración territorial de la atención oncológica en el Perú. La Ley 28343, que declaró de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios oncológicos, fue publicada hace más de dos décadas, en 2004; y la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, que crea la Red Oncológica Nacional a cargo del INEN, fue publicada en 2021. No obstante, la concentración de más de la mitad de los casos registrados en la Región Lima persiste hasta la actualidad, lo que evidencia que una declaración de interés público o una ley ordinaria, revisable por cualquier mayoría legislativa futura, no ha sido suficiente para modificar la asignación de recursos e infraestructura especializada.[5]

La misma brecha entre el mandato legal y su ejecución efectiva se verifica en materia de cuidados paliativos. La Ley 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas, publicada el 19 de setiembre de 2018, ordenó al Poder Ejecutivo reglamentarla en un plazo de noventa días calendario y al Ministerio de Salud elaborar el Plan dentro de los ciento ochenta días siguientes a su publicación.[6] Sin embargo, su reglamento recién fue aprobado

[4]Congreso de la República del Perú, Departamento de Investigación Parlamentaria, Área de Servicios de Investigación y Seguimiento Presupuestal. (2025, 17 de enero). Nota de Información Referencial N.° 58/2024-2025-ASISP/DIP: Información sobre la incidencia del cáncer en el Perú. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/DGP/DIDP/files/nir_2024-2025/nir-58-incidencia-del-c%C3%A1ncer.pdf

[5]Congreso de la República del Perú, Departamento de Investigación Parlamentaria, Área de Servicios de Investigación y Seguimiento Presupuestal. (2025, 17 de enero). Nota de Información Referencial N.° 58/2024-2025-ASISP/DIP: Información sobre la incidencia del cáncer en el Perú. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/DGP/DIDP/files/nir_2024-2025/nir-58-incidencia-del-c%C3%A1ncer.pdf

[6] Ley N.° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas. (2018, 19 de setiembre). Diario Oficial El Peruano. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1693156-1

mediante el Decreto Supremo N.° 015-2026-SA, publicado en setiembre de 2026, casi ocho años después del vencimiento del plazo legal.[7] Este retraso demuestra que, en ausencia de un mandato constitucional expreso, la vigencia efectiva de las garantías dirigidas a las personas con enfermedades avanzadas o terminales queda supeditada a la voluntad reglamentaria del Ejecutivo de turno.

Adicionalmente, el desabastecimiento de medicamentos oncológicos en las regiones agrava la brecha: en 2025, uno de cada cinco medicamentos oncológicos se encontraba desabastecido o en substock en los institutos nacional y regionales de enfermedades neoplásicas, cifra que alcanzó el 30 % en La Libertad.[8]

Una encuesta de opinión pública nacional urbana realizada en 2023 confirma la percepción ciudadana de desprotección frente a la enfermedad: el 36 % de los encuestados manifestó estar «en desacuerdo» y el 15 % «totalmente en desacuerdo» con sentirse adecuadamente protegido para enfrentar el cáncer, tanto en el acceso al tratamiento médico como en el plano económico; es decir, 51 % de la población no se siente protegida frente a esta enfermedad.[9]

La Constitución de la República del Ecuador (2008) ofrece el precedente comparado más directo de la técnica que propone la presente reforma: su artículo 35 incluye a «quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad» dentro de los «grupos de atención prioritaria», junto con las personas adultas mayores, niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas y personas con discapacidad, con derecho a «atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado». La jurisprudencia ecuatoriana ha precisado que dicho reconocimiento constitucional impone al Estado una obligación reforzada de protección, no una mera declaración programática.[10]

En sentido inverso, el caso de Colombia ilustra el costo de no contar con dicho reconocimiento expreso: ante la ausencia de una cláusula constitucional específica,

---

[7] El Peruano. (2026, 14 de setiembre). Cuidados paliativos: aprueban reglamento para mejorar atención de pacientes con cáncer y otras enfermedades. https://elperuano.pe/noticia/304689-cuidados-paliativos-aprueban-reglamento-para-mejorar-atencion-de-pacientes-con-cancer-y-otras-enfermedades

[8] Instituto Peruano de Economía (IPE). (2026, 3 de febrero). El 56 % de casos de cáncer se diagnostican en etapas avanzadas. https://ipe.org.pe/el-56-de-casos-de-cancer-se-diagnostican-en-etapas-avanzadas/

[9] Oncosalud / Ipsos. (2024, 19 de diciembre). Informe de Resultados Bus Express Opinión Pública Nacional Urbana, citado en Congreso de la República del Perú, Nota de Información Referencial N.° 58/2024-2025-ASISP/DIP.https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-02/23-000880INF

[10] Constitución de la República del Ecuador (2008), artículo 35; Defensoría Pública del Ecuador. ¿Cuáles son los grupos de atención prioritaria? https://www.defensoria.gob.ec/?epkb_post_type_1=cuales-son-los-grupos-de-atencion-prioritaria

ha sido la Corte Constitucional la que, mediante una extensa línea jurisprudencial construida a través de miles de acciones de tutela individuales, ha declarado a los pacientes con «enfermedades catastróficas o ruinosas» como «sujetos de especial protección constitucional», con derecho a una atención «integral, continua y sin dilaciones injustificadas». Dicha construcción jurisprudencial, aunque valiosa, ha exigido que cada paciente deba litigar individualmente para obtener el reconocimiento de un derecho que una cláusula constitucional expresa habría garantizado de manera directa.[11]

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

La presente iniciativa tiene como objetivo general reconocer, con rango constitucional, a las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas como sujetos de atención prioritaria en los servicios de salud, y establecer el deber del Estado de garantizar su atención digna, oportuna y descentralizada en todo el territorio nacional, así como su acceso a cuidados paliativos, dotando de estabilidad y fuerza vinculante a un mandato que, hasta la fecha, solo ha sido desarrollado mediante declaraciones legales de interés público y leyes ordinarias.

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

a) Incorporar en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú un segundo párrafo que reconozca a las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas como sujetos de atención prioritaria en los servicios de salud, siguiendo la técnica constitucional empleada por el artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador.
b) Dotar de fundamento constitucional expreso al deber del Estado de garantizar a dichas personas una atención descentralizada en todo el territorio nacional, mandato actualmente sustentado únicamente en normas de rango legal.
c) Establecer, con rango constitucional, la garantía estatal de una atención digna y oportuna para dichas personas, así como de su acceso a cuidados paliativos, sin que ello comprenda, bajo ninguna interpretación, mecanismos de disposición de la propia vida o muerte médicamente asistida, materias ajenas al objeto de la presente reforma.
d) Instituir un parámetro constitucional directamente vinculante para los poderes públicos y los tres niveles de gobierno, que oriente la legislación, la reglamentación y las políticas públicas en materia de atención prioritaria, descentralización y cuidados paliativos, cuya implementación se realice de manera progresiva conforme a la Undécima Disposición Final y Transitoria de la Constitución.

[11] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-380 de 2024. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/t-380-24.htm

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

En el plano constitucional, la presente reforma se sustenta en el artículo 1 de la Constitución Política del Perú, que reconoce la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad como fin supremo de la sociedad y del Estado; en el artículo 2, inciso 1, que reconoce el derecho a la vida, a la integridad y al libre desarrollo; y en el propio artículo 7, que la presente iniciativa propone complementar, sin alterar su primer párrafo vigente. La reforma es igualmente compatible con los artículos 9, 10 y 11 de la Constitución, que encomiendan al Estado el diseño de una política nacional de salud «descentralizadora» y el libre acceso equitativo a las prestaciones de salud, a los que la presente iniciativa otorga un contenido reforzado y específico para el grupo de personas comprendido.

En el plano internacional, la iniciativa se enmarca en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y en la Resolución WHA70.12 de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención y control del cáncer, que insta a los Estados miembros a fortalecer sus sistemas de atención oncológica, incluyendo el acceso a cuidados paliativos.[12]

La presente iniciativa opta por la técnica de la reforma constitucional, y no por la de una ley ordinaria, precisamente porque la evidencia reseñada en el capítulo precedente demuestra que las declaraciones de interés público y las leyes sectoriales aprobadas en los últimos veinte años no han bastado para revertir la concentración de la atención oncológica especializada en Lima. Elevar el mandato de atención prioritaria y descentralizada a rango constitucional lo sustrae de la disponibilidad de mayorías legislativas ordinarias y lo convierte en un parámetro de control para el desarrollo legislativo y reglamentario futuro, siguiendo la técnica ya empleada por el artículo 35 de la Constitución del Ecuador.

La fórmula propuesta no supedita la garantía estatal a «las condiciones y alcances que establezca la ley». Se ha optado deliberadamente por una cláusula de eficacia directa, de modo que la atención prioritaria, digna, oportuna y descentralizada, así como el acceso a cuidados paliativos, vinculen desde su entrada en vigor a todos los poderes públicos, sin depender de la expedición de normas de desarrollo cuya demora —como lo demuestra la experiencia de la Ley 30846— puede prolongarse durante años. Ello no implica una obligación de gasto inmediato: conforme a la

[12]Organización Mundial de la Salud. (2017, 31 de mayo). Resolución WHA70.12: Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275677/A70_R12-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Undécima Disposición Final y Transitoria de la Constitución, las disposiciones constitucionales que exigen nuevos o mayores gastos públicos se aplican progresivamente. El Tribunal Constitucional ha precisado que la realización progresiva del derecho a la salud no lo convierte en una norma meramente programática, y que la inacción estatal prolongada en su satisfacción puede configurar una omisión inconstitucional.[13]

La reforma no regula, en ningún extremo, mecanismos de disposición de la propia vida, eutanasia o muerte médicamente asistida. El acceso a cuidados paliativos a que se refiere el segundo párrafo propuesto se circunscribe al alivio del dolor y del sufrimiento y al acompañamiento integral del paciente y su familia, en los términos de la Ley 30846 y su reglamento, cuyo objetivo es asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, sin extender su alcance a materias distintas.

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, INVESTIGACIONES Y FUENTES UTILIZADAS

Si bien, revisados los registros del Congreso de la República, no se ha identificado, a la fecha de presentación de la presente iniciativa, ningún proyecto de reforma constitucional con el mismo contenido —esto es, orientado a reconocer a las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas como sujetos de atención prioritaria—, existen antecedentes legislativos de rango legal directamente vinculados con la materia, que se reseñan a continuación.

Como antecedentes legislativos de rango ordinario se han considerado la Ley 28343 (2004), que declaró de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios oncológicos; la Ley 30846 (2018), que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas; y la Ley 31336 (2021), Ley Nacional del Cáncer, que creó la Red Oncológica Nacional a cargo del INEN. Estas normas evidencian una preocupación legislativa sostenida por el problema que la presente reforma busca atender, sin haber logrado revertir la centralización de la atención especializada ni asegurar oportunamente el acceso a cuidados paliativos, lo que respalda la necesidad de reforzar dicho mandato con rango constitucional.

Asimismo, durante el período parlamentario 2021-2026, el Pleno del Congreso de la República aprobó en primera votación, el 4 de diciembre de 2025, el dictamen recaído en los Proyectos de Ley 9198/2024-CR, 4075/2022-CR y 4061/2022-CR, que propone la «Ley que fomenta el cuidado y protección de las personas con enfermedades terminales y que se encuentren en situación de discapacidad», con 80 votos a favor,

[13] Tribunal Constitucional del Perú. (2004, 20 de abril). Sentencia recaída en el Expediente N.° 2945-2003-AA/TC (caso Azanca Alhelí Meza García). https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/02945-2003-AA.pdf

9 en contra y 15 abstenciones, sin exoneración de la segunda votación. El texto sustitutorio establece principios como el respeto a la vida digna, la equidad en el acceso y la autonomía del paciente, y dispone que los cuidados paliativos sean obligatorios en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, en los tres niveles de atención.[14] Dicha iniciativa, de rango legal, es complementaria de la presente reforma, que eleva a rango constitucional la garantía de acceso a cuidados paliativos y le otorga el fundamento expreso del que hoy carece.

Se ha identificado, asimismo, que la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República aprobó, en diciembre de 2025, un dictamen que propone fortalecer la atención de enfermedades de alto costo y crear una sociedad gestora de recursos para su financiamiento (Proyectos de Ley 1378, 3407, 6334, 6430, 7053 y 8431). Dicha iniciativa, de naturaleza estrictamente financiera, no se superpone con la presente reforma constitucional, que se limita al reconocimiento de la categoría de atención prioritaria y no regula mecanismos de financiamiento.[15]

Como antecedente comparado se ha considerado, principalmente, el artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador, así como la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional de Colombia sobre sujetos de especial protección constitucional en materia de enfermedades catastróficas, cuyas referencias completas constan en las notas de pie de página precedentes.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

La presente proposición legislativa comprende la participación de diversos sectores de la administración pública, en atención a las competencias que les corresponden de acuerdo a ley. Entre ellos se identifican:

- Ministerio de Salud (MINSA): ente rector del Sistema Nacional de Salud, a través del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), de los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IREN) y del Seguro Integral de Salud (SIS), así como responsable del Plan Nacional de Cuidados Paliativos creado por la Ley 30846.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF): ente rector del Sistema Nacional de Presupuesto Público, encargado de programar progresivamente, en las leyes

[14] Congreso de la República del Perú. (2025, 4 de diciembre). Pleno aprobó dictamen que impulsa cuidados paliativos para pacientes terminales. https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/pleno-aprobo-dictamen-que-impulsa-cuidados-paliativos-para-pacientes-terminales/

[15] Congreso de la República del Perú. (2025, diciembre). Ocho leyes a favor del sistema de salud para brindar atención de calidad a pacientes. https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/ocho-leyes-a-favor-del-sistema-de-salud-para-brindar-atencion-de-calidad-a-pacientes/

anuales de presupuesto, los recursos que demande la implementación del mandato constitucional, conforme a la Undécima Disposición Final y Transitoria de la Constitución.

- Congreso de la República: a través de la Cámara de Diputados y el Senado, encargado de aprobar la presente reforma conforme al procedimiento del artículo 206 de la Constitución, y de desarrollarla posteriormente mediante ley ordinaria.
- Gobiernos Regionales: en el marco de sus funciones en materia de salud previstas en el artículo 49 de la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, como responsables de la gestión de los servicios de salud en su circunscripción y sedes de la atención descentralizada que la reforma garantiza.
- Gobiernos Locales: en el marco de sus competencias en materia de salud previstas en el artículo 80 de la Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, como articuladores del primer nivel de atención y del soporte comunitario y domiciliario a los pacientes y sus familias, en coordinación con los gobiernos regionales y el MINSA.
- Seguro Social de Salud (EsSalud) y sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú: en tanto prestadores de servicios de salud obligados a brindar atención prioritaria a las personas comprendidas.
- Personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas, y sus familias: como sujetos directos de la protección constitucional reforzada.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN O DEROGAN

La presente iniciativa modifica el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, incorporando un segundo párrafo, sin alterar el texto de su primer párrafo vigente. El siguiente cuadro compara el texto constitucional actualmente vigente con el texto propuesto por esta iniciativa:

Texto vigente	Texto propuesto
"Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad".	"Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. **Las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas**

	son sujetos de atención prioritaria en los servicios de salud. El Estado garantiza su atención digna, oportuna y descentralizada en todo el territorio nacional, así como el acceso a cuidados paliativos."

La modificación propuesta no colisiona con los artículos 9, 10 y 11 de la Constitución, referidos a la política nacional de salud, la seguridad social y el libre acceso a las prestaciones de salud, con los cuales se articula de manera complementaria; tampoco deroga ni modifica la Ley 26842, Ley General de Salud; la Ley 28343; la Ley 30846, que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas; ni la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, normas de rango legal cuyo desarrollo la presente reforma refuerza desde el propio texto constitucional.

VIII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La presente iniciativa busca reconocer, con rango constitucional, a las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas como sujetos de atención prioritaria, en atención a la persistente concentración territorial de la atención oncológica especializada evidenciada por las fuentes reseñadas en los capítulos precedentes.

La presente reforma no crea entidades, programas ni asignaciones presupuestales específicas, ni irroga gasto inmediato con cargo al Tesoro Público, en concordancia con el artículo 79 de la Constitución. Si bien el segundo párrafo propuesto establece una garantía directamente vinculante, su implementación, en la medida en que exija nuevos o mayores gastos, se rige por la Undécima Disposición Final y Transitoria de la Constitución, que dispone su aplicación progresiva. Corresponde al Ministerio de Economía y Finanzas, en coordinación con el Ministerio de Salud y con los gobiernos regionales y locales, programar gradualmente los recursos necesarios en las leyes anuales de presupuesto, con sujeción al principio de equilibrio presupuestal del artículo 78 de la Constitución.

Entre los efectos no monetarios esperados se identifican el fortalecimiento de la seguridad jurídica y la predictibilidad de la protección reforzada de las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas; la reducción de la incertidumbre y la litigiosidad individual que, en ausencia de reconocimiento constitucional expreso, ha caracterizado la experiencia comparada; la reducción del riesgo de que la vigencia de estas garantías dependa de la expedición tardía de normas reglamentarias, como ocurrió con la Ley 30846; y el establecimiento de un parámetro constitucional de control para evaluar la validez de la legislación y las

políticas públicas futuras en materia de descentralización de la atención oncológica y de acceso a cuidados paliativos.

La población beneficiaria de la presente iniciativa está constituida por las personas con enfermedades terminales, oncológicas o catastróficas a nivel nacional, en especial aquellas residentes fuera de Lima Metropolitana, cuya protección constitucional reforzada el Estado peruano debe garantizar en cumplimiento del mandato de dignidad humana consagrado en el artículo 1 de la Constitución Política del Perú.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/10/2026 14:28:32-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: DE PAZ LANCHO Leo Miguel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 14:46:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BRAVO QUISPE Aldo Antonio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/10/2026 10:38:08-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/10/2026 14:28:50-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CIPRIANI THORNE Javier Jose Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/10/2026 15:24:14-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ARANDA VASQUEZ Christian FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/10/2026 10:43:46-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YONZ NUÑEZ Mady Veronica FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/10/2026 16:46:08-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YALTA SOTELO Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/10/2026 16:48:40-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: SEGURA FIGUEROA Gustavo Alexander FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05/10/2026 11:27:16-0500