



Decreto Supremo

DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 30846, LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 y el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establecen que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas, y que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, conforme al artículo 3 de la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas, el mencionado Plan tiene como objetivo general asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores. El citado Plan atiende las enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida y ha de contener apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y terminales;

Que, la Primera Disposición Complementaria Transitoria de la citada Ley dispone su reglamentación por parte del Poder Ejecutivo;

Que, en este sentido, resulta necesario aprobar el Reglamento de la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas;



Que, en virtud a la excepción prevista en el párrafo 41.2 del artículo 41 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1565, Decreto Legislativo que aprueba la Ley General de Mejora de la Calidad Regulatoria, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2025-PCM, la Comisión Multisectorial de Calidad Regulatoria ha declarado que la presente norma se considera excluida del alcance del Análisis de Impacto Regulatorio – AIR Ex Ante, así como, del Análisis de Calidad Regulatoria – ACR Ex Ante;

De conformidad con lo establecido en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas, y en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas, que consta de dos (02) capítulos y nueve (09) artículos, que forma parte del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Publicación

El presente Decreto Supremo y el Reglamento aprobado en el artículo 1 se publican en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano para Orientación al Ciudadano (www.gob.pe), así como en las sedes digitales del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa), del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.gob.pe/mtpe), del Ministerio de Defensa (www.gob.pe/mindef), y del Ministerio del Interior (www.gob.pe/mininter), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 3.- Financiamiento

La implementación de la presente norma se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 4.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Defensa, el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministro del Interior y el Ministro de Salud.

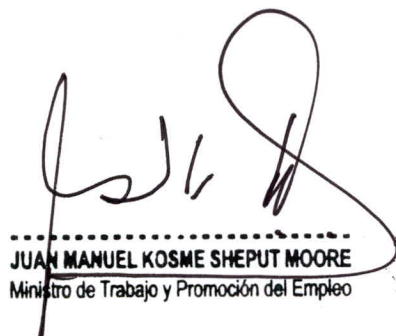
Dado en la Casa de Gobierno, en Lima a los once días del mes de setiembre del año dos mil veintiséis.



KEIKO SOFÍA FUJIMORI HIGUCHI
Presidenta de la República



LUIS WILLIAMS DYER FERNÁNDEZ
Ministro de Salud



JUAN MANUEL KOSME SHEPUT MOORE
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo



RAFAEL JORGE BELAUNDE LLOSA
Ministro de Defensa



CÉSAR AUGUSTO ASTUDILLO SALCEDO
Ministro del Interior

REGLAMENTO DE LA LEY N° 30846, LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer disposiciones técnicas y normativas para la implementación de la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

Artículo 2. Finalidad

El presente Reglamento tiene por finalidad contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades que requieren de cuidados paliativos, así como la de su familia y entorno, en el marco de la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

El presente Reglamento es de alcance nacional, y es aplicable a los órganos y organismos del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como de las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP), vinculados a la formulación e implementación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas, así como a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces a nivel regional, y Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana.

Artículo 4. Definiciones

4.1. Calidad de vida: Percepción que una persona tiene de su situación de vida, en relación con su contexto (cultura y sistemas de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones. La valoración de la calidad de vida incluye el estado de actividad física, la funcionalidad, el estado psicológico del paciente, la capacidad para mantener relaciones afectivas interpersonales y el propio juicio de sí mismo.

4.2. Cuidado integral de la salud: Son las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias, destinadas a promover hábitos y conductas saludables; buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarla, paliar el sufrimiento físico o mental, y fortalecer la protección familiar y social.

Comprende por un lado las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, familia, curso de vida, interculturalidad, perspectiva de discapacidad y equidad en salud. Además, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre los determinantes sociales de la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

4.3. Cuidados paliativos: Es la atención que se ofrece a pacientes de toda edad y sus familias, que sufren por alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable, que limita o acorta la vida, con el objeto de mejorar su calidad de



vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicológico, social o espiritual. Los cuidados paliativos no terminan con la muerte de la persona, sino que continúan con el soporte del duelo a la familia. Los cuidados paliativos son una intervención sanitaria, la cual puede ser complementaria al tratamiento específico de la enfermedad del paciente.

4.4. Duelo: Proceso natural de adaptación emocional, psicológica y social que experimenta una persona ante la muerte u otras pérdidas significativas, que se manifiesta en forma de sufrimiento, aflicción u otras respuestas emocionales.

4.5. Enfermedad crónica y progresiva: Enfermedad de larga duración, cuyos síntomas no mejoran con el paso del tiempo; por el contrario, empeoran de manera gradual, con afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento, y que es potencialmente mortal.

4.6. Enfermedad en fase avanzada: Enfermedad que ha progresado a un pronóstico de vida limitado, con escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución oscilante hacia frecuentes crisis de necesidades, con gran impacto en la salud mental del paciente y sus familiares, la estructura cuidadora, y en la demanda y uso de recursos.

4.7. Enfermedad en fase terminal: Etapa final de una enfermedad avanzada donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible, por lo que el pronóstico se acerca al fallecimiento del paciente, siendo la fase final de su vida, aunque no necesariamente sea en un corto plazo. Puede incluir múltiples síntomas y signos de deterioro, cambiantes y multifactoriales, que pueden ser refractarios al tratamiento, así como la pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva o establecida, todo ello puede ocasionar sufrimiento severo. El impacto de la enfermedad avanzada continúa o se hace mayor.

4.8. Enfermedad que requiere de cuidados paliativos: Enfermedad oncológica y no oncológica, que amenaza o acorta la vida, que se halla en fase avanzada, terminal o incluso otras fases de la enfermedad, ocasionando sufrimiento al paciente, por lo que, de acuerdo a sus necesidades, amerita recibir cuidados paliativos.

4.9. Interculturalidad en salud: Es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad, considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas.

En ningún caso implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, así como sin establecer relaciones de poder o de coerción, de ninguna de las partes. La interculturalidad en salud se basa para las partes en entender, respetar, explicar, consensuar y actuar; nunca en imponer.

4.10. Tecnologías de la Información y de la Comunicación – TIC: Son un conjunto de servicios, redes, softwares y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobierno y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.



4.11. Teleconsulta: Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según sea el caso; cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

4.12. Teleinformación, educación y comunicación: Es la comunicación a distancia, mediante el uso de las TIC, que permite ampliar o precisar los conocimientos que se tienen sobre salud, y está dirigido a la población en general o a un sector de ésta, para difundir estilos de vida saludable, el cuidado de su salud, familia y comunidad.

4.13. Teleinterconsulta: Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

4.14. Telemedicina: Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.

4.15. Telemonitoreo: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

4.16. Teleorientación: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

4.17. Urgencias paliativas: Es la situación en la que una persona con enfermedad avanzada requiere de un abordaje inmediato para controlar síntomas agudos o complicaciones que afectan su calidad de vida, en el marco de la normativa vigente.

Artículo 5. Acrónimos

5.1. CP: Cuidados paliativos.

5.2. DIRESA: Dirección(es) Regional(es) de Salud.

5.3. DIRIS: Dirección(es) de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana.

5.4. GERESA: Gerencia(s) Regional(es) de Salud.

5.5. IAFAS: Institución(es) administradora(s) de fondos de aseguramiento en salud.

5.6. IPRESS: Institución(es) prestadora(s) de servicios de salud.

5.7. PLANCP: Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

5.8. RIS: Red(es) Integrada(s) de Salud.

5.9. SMA: Servicios médicos de apoyo.

5.10. UGIPRESS: Unidad(es) de Gestión de IPRESS.



CAPÍTULO II

PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS

Artículo 6. Elaboración del PLANCP

El Ministerio de Salud elabora el PLANCP con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades oncológicas o no oncológicas que requieren de cuidados paliativos, así como a la de su familia, sus cuidadores y comunidad.

Artículo 7. Vigencia del PLANCP

El PLANCP tiene un carácter multianual, con una duración de tres (03) años. Las actividades consignadas en el PLANCP se gestionan con énfasis en procesos y resultados.

Artículo 8. Características del PLANCP

8.1. El PLANCP se enmarca en los siguientes enfoques:

- a. Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida, para la persona, familia y comunidad, considera la salud de las personas en su contexto social y temporal, según las etapas de vida que atraviesa.
- b. Enfoque de humanización de la salud, el cual se centra en el paciente, considerando sus necesidades físicas (control de síntomas), sociales, psicológicas o espirituales, prioriza el buen trato y respeto a su autonomía y le apoya y asiste en su adaptación al proceso natural de la enfermedad y la muerte.
- c. Interculturalidad en salud.
- d. Enfoque de derechos humanos, que establece la dignidad y equidad de las personas.
- e. Enfoque de calidad, bajo criterios de eficacia, seguridad y centrados en el paciente, con las características de oportunidad, equidad, integración y eficiencia.
- f. Enfoque ético, y sus principios de beneficencia (hacer el bien) y no maleficencia (no dañar).
- g. Enfoque de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, tiene como base del derecho a la igualdad, la dignidad, el libre desarrollo, el bienestar y la autonomía, impidiendo la discriminación en todas las esferas de la vida pública y privada.

8.2 Las disposiciones contenidas en el PLANCP son de aplicación para las IPRESS, IAFAS y UGIPRESS públicas a nivel nacional, en el marco de sus funciones y competencias.

8.3. El objetivo general del PLANCP es asegurar la inclusión de los CP en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.

8.4. El contenido del PLANCP incluye actividades para la generación de normatividad técnica específica referente a los CP, conducidas por la Autoridad Nacional de Salud, a fin de operativizar la inserción de los CP en el Sistema Nacional de Salud, considerando los enfoques establecidos y la previsión y organización de la transición entre cursos de



vida de los pacientes que requieren CP con anticipación, en el marco de las RIS, a fin que no exista impedimento para la continuidad de los mismos.

8.5. Para la atención de los CP, el PLANCP considera intervenciones en las IPRESS, según su categorización y nivel de atención. Pueden ser las siguientes:

- a. Atención intramural de CP: Atención en servicios de CP, interconsulta del paciente hospitalizado en otros servicios, urgencias paliativas y atención ambulatoria.
- b. Atención virtual de los CP (Telemedicina): Teleconsulta, Teleinterconsulta, Telemonitoreo y Teleorientación.
- c. Atención en salud mental con enfoque comunitario.
- d. Atención de tipo hospitalario desde el hogar (externalización del paciente).
- e. Atención domiciliaria en CP.
- f. Atención a pacientes que requieren CP en otros ámbitos extramurales: albergues, hospicios, hogares protegidos, Centros de Acogida Residencial (CAR) y Centros de atención para personas adultas mayores (CEAPAM), entre otros.
- g. Intervenciones orientadas a pacientes, familiares y cuidadores: Acompañamiento, grupos de apoyo y soporte psicosocial y talleres multidisciplinarios de soporte.
- h. Actividades de Teleinformación, Educación y Comunicación (TeleIEC) mediante el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).
- i. Otras intervenciones que respondan a la realidad cultural e intercultural de la comunidad.

8.6. En el marco del PLANCP, la Autoridad Nacional de Salud, las DIRESA, GERESA o las que hagan su veces a nivel regional, y las DIRIS de Lima Metropolitana promueven la integración de las intervenciones en CP establecidas en el párrafo precedente, priorizando la accesibilidad, y de acuerdo a las necesidades de los pacientes que requieren CP, sus familias y su entorno, incluyéndolos progresivamente en la cartera de servicios de los establecimientos de salud o como SMA, mediante oferta móvil, fija o telesalud, en el marco de las RIS.

8.7. Características de las actividades y acciones que considera el PLANCP:

- a. Abarcan desde la identificación temprana de los pacientes que requieran CP, hasta la asistencia al duelo de los familiares y entorno, luego del fallecimiento del paciente, de ser el caso.
- b. Se pueden implementar en todos niveles de atención, según capacidad resolutoria, y emplear los recursos disponibles, de manera interactiva y coordinada, en respuesta a los requerimientos de los pacientes y sus familias, promoviendo la asignación y uso eficiente de los recursos, garantizando la organización de equipos de salud con las competencias necesarias para lograr el mayor beneficio para el paciente y su entorno.
- c. Incluyen actividades para el fortalecimiento de competencias de los integrantes de los equipos interdisciplinarios de CP, quienes las replican al personal respectivo de las IPRESS.
- d. Orientan la organización de los equipos de salud interdisciplinarios de CP, los cuales cumplen el encargo de coordinar todos los cuidados del paciente, estableciendo comunicación y articulación con todos los equipos que brindan atención asistencial y de otro tipo a los pacientes de enfermedades que



requieren CP. Asimismo, se encargan del seguimiento de los mismos. Dichos equipos están integrados por profesionales de la salud, que brindan atención de manera permanente, continua o periódica, organizándose según el nivel de atención y la necesidad de los pacientes y sus familiares. Pueden incluir profesionales en Medicina General y sus especialidades relacionadas (por ejemplo, Anestesiología, Neurología, Medicina Alternativa, Medicina Física y Rehabilitación, Psiquiatría, Medicina Familiar Integral), Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Terapia Física y Rehabilitación y Farmacia, cada cual con sus especialidades relacionadas. El personal Técnico de Enfermería integra el equipo, complementando y brindando apoyo a la labor profesional, dentro de sus competencias. La falta de alguno(s) de los profesionales no impide la realización y organización del trabajo de CP.

- e. Promueven la participación de personas voluntarias, en el marco de la Ley N° 28238, Ley General del Voluntariado y su Reglamento. Los voluntarios son identificados, evaluados y monitoreados por el equipo interdisciplinario de CP, siendo las IPRESS y UGIPRESS públicas las organizaciones de voluntariado a las que se adscriben. Su participación es efectuada de forma no remunerada, desempeñando acciones solidarias de cooperación y acompañamiento al paciente que requiere CP, complementando la atención ofrecida por el personal sanitario, incluyendo la participación voluntaria de agentes comunitarios, promotores de salud y otros representantes comunitarios, en los ámbitos de su competencia.
- f. El PLANCP puede incluir actividades de apoyo espiritual que requieren los pacientes y sus familias. En este caso los equipos de CP identifican y gestionan la integración de grupos de apoyo voluntario de instituciones públicas, privadas o religiosas, así como consejeros, tomando en cuenta la interculturalidad.

Artículo 9. Aprobación del PLANCP

El PLANCP, tiene naturaleza multisectorial, y se aprueba mediante Decreto Supremo.

