



BANCADA RENOVACIÓN POPULAR

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



PROYECTO DE LEY QUE PROMUEVE LA CONTRATACIÓN Y CONVENIOS POR PARTE DE LAS IPRESS A TRAVÉS DEL FISSAL, A FAVOR DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS, ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DE ATENCIÓN Y ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS

Los Congresistas de la República, integrantes del Grupo Parlamentario Renovación Popular, por iniciativa de la Congresista **MARÍA DE LOS MILAGROS JACKELINE JÁUREGUI MARTÍNEZ DE AGUAYO**, en ejercicio de las facultades que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado y de conformidad con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente propuesta legislativa:

FORMULA LEGAL

"LEY QUE PROMUEVE LA CONTRATACIÓN Y CONVENIOS POR PARTE DE LAS IPRESS A TRAVÉS DEL FISSAL A FAVOR DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS, ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DE ATENCIÓN Y ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS"

Artículo 1.- Objeto

La presente Ley tiene por objeto promover la suscripción de convenios y contratos con instituciones de salud, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, a requerimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL); con la finalidad de atender el tratamiento de pacientes oncológicos, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas.

Artículo 2.- Principio de oportunidad

- 2.1. Los establecimientos de salud tienen la obligación de brindar atención oportuna a los pacientes, en función a la urgencia de la enfermedad y el estado de salud de los pacientes, de manera que no sean sometidos a retrasos innecesarios o injustificados.
- 2.2. El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) otorga atención prioritaria a las solicitudes efectuadas para la suscripción de contratos y convenios relacionados a la atención de los tratamientos de pacientes oncológicos, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, bajo responsabilidad funcional.

Artículo 3.- Suscripción de convenios y contratos con instituciones de salud nacionales o extranjeras.

Modifíquese el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en los siguientes términos:

"Artículo 2.- Facultades del Seguro Integral de Salud (SIS)

(...)

Adicionalmente, en el caso del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) está facultado para:

2.3 Financiar las atenciones de las enfermedades oncológicas, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas; de acuerdo a los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial; así como, procedimientos de alto costo, determinados por el Seguro Integral de Salud. Los listados antes mencionados son actualizados de forma anual.

2.4 Establecer convenios con otras IAFAS públicas, con cargo a sus propios presupuestos, para gestionar el uso de recursos dirigidos a brindar prestaciones de alto costo a los asegurados de dichas IAFAS públicas.

2.5. Suscribir convenios o contratos con otras instituciones de salud, IAFAS e IPRESS, públicas o privadas, en el territorio nacional o en el extranjero, para brindar atención a enfermedades oncológicas, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, así como procedimientos de alto costo.

2.6. El procedimiento especial de contratación señalado en el numeral 2.5 no debe exceder de 30 días calendarios, contados desde la solicitud de las IAFAS o IPRESS hasta la suscripción del contrato.

2.7. Los convenios y contratos suscritos por las IAFAS o IPRESS son publicados en el Portal de Transparencia Estándar del FISSAL, bajo responsabilidad.

2.8. Las IPRESS públicas, en diciembre de cada año fiscal, presentan al FISSAL un informe sobre la necesidad de suscribir convenios o contratos con instituciones de salud, IAFAS o IPRESS, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para la atención de enfermedades oncológicas, de alto costo, enfermedades raras y huérfanas, y procedimientos de alto costo.

2.9. El FISSAL evalúa los requerimientos efectuados por las IPRESS, en un plazo de 30 días, bajo responsabilidad. De ser viables, el FISSAL gestiona la suscripción de oficio de los convenios o contratos, previa certificación presupuestal.

Las facultades enumeradas no son limitativas de las indicadas en otras disposiciones legales."

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. - Financiamiento

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

SEGUNDA. – Plazo de atención

El Ministerio de Salud, en coordinación con las IPRESS, establece los plazos máximos en los que la junta médica, o la autoridad correspondiente del IPRESS, determina si los casos necesitan ser atendidos a través del FISSAL, en función a la urgencia de la enfermedad y el estado de salud de los pacientes.

TERCERA. – Registro Nacional de Pacientes que padecen enfermedades oncológicas.

El Ministerio de Salud implementa el Registro Nacional de Pacientes que padecen enfermedades oncológicas para generar el sistema de información sobre este tipo de enfermedades, que proporcione un mayor conocimiento respecto a la incidencia, prevalencia y mortalidad en cada área geográfica y permita identificar recursos sanitarios, sociales y científicos que se requieran para la implementación de políticas públicas y tratamiento.

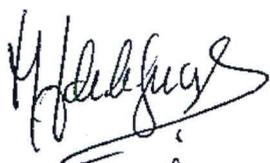
CUARTA. - Fiscalización

El Congreso de la República, a través de la Comisión de Salud, supervisa el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, en el marco de sus atribuciones de control político y de fiscalización. El Ministro de Salud acude a la citada comisión para exponer la implementación de la ley y sus resultados en el primer trimestre de cada año.

QUINTA. - Reglamento

El Poder Ejecutivo realiza las modificaciones reglamentarias mediante Decreto Supremo, refrendado por el ministro de Salud, en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario contados desde su publicación; estableciendo el procedimiento especial de contratación pública, las responsabilidades funcionales y los plazos máximos correspondiente.

Lima, 7 de marzo del 2022.



Hilson Aguayo



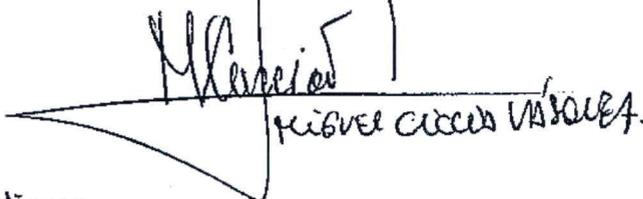
Javier Padilla Romero



Alejandro Muriente



Esdras R. Medina Minaya.



Miguel Caceres Vasquez.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **10** de **marzo** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N°1422/2021-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:
1. SALUD Y POBLACIÓN.

.....
HUGO ROVIRA ZAGAL
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTACION

Antecedentes constitucionales y legales

El derecho a la salud constituye un derecho constitucional. Conforme al artículo 7 de la Constitución, *"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. (...)"*. El contenido o ámbito de protección de este derecho constitucional consiste en la *"facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo"*.¹

Así, nuestra Norma Fundamental prescribe principios en torno a la defensa de la persona humana y su dignidad, en virtud a ello, se aprecia en su articulado la incorporación de derechos fundamentales como a la de protección a la salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, reconociendo el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y supervisando su eficaz funcionamiento.

Así, el derecho a la salud, bajo este contexto, *"se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado"*². Este doble aspecto del derecho a la salud se orienta ciertamente a posibilitar un *estado pleno de salud*.

En ese sentido, el Tribunal Constitucional ha previsto como contenido esencial de este derecho fundamental la conservación del estado de salud, el cual comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes. Por esto, el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en cuanto ámbitos de protección o contenidos del derecho a la salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria de la prestación, una perturbación en el goce de la misma o finalmente, una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud.³

Sobre esta interpretación constitucional, es oportuno señalar que el artículo 10 de nuestra Constitución Política ha previsto que *"el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida"*. De igual manera, el artículo 11 de esta Norma Fundamental señala que *"el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento."*

Así también, cabe resaltar que, a juicio del Tribunal Constitucional peruano, expuesto en la STC N° 0033-2010-PI/TC, el contenido del principio de equidad en salud comprende, cuando menos, las siguientes variables:

¹ STC 1429-2002-HC/TC, FJ 12, segundo párrafo

² STC 1429-2002-HC/TC, FJ 13

³ STC 7231-2005-PA/TC, fundamento 2

"a) En primer lugar, la exigencia de enfrentar las desigualdades sociales que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud. Como se recoge en la Observación General N° 14, "el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano" (párrafo 4). Desde que el principio de equidad en salud pretende una equiparación en el goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y no sólo en la prestación de los servicios de salud, éste exige que se ataquen diversas inequidades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud. En particular, los denominados determinantes sociales de la salud, que, conforme a la Organización Mundial de la Salud, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" son los siguientes:

- *Educación y atención desde la primera infancia.*
- *Entornos urbanos y rurales saludables.*
- *Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.*
- *Protección social a lo largo de la vida.*
- *Atención universal de salud o Políticas y programas sanitarios equitativos.*

(...)

c) En tercer lugar, el principio de equidad en salud supone también la posibilidad de acceder a los servicios de salud de modo integral, esto es, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica. En tanto elementos esenciales de la atención sanitaria de acuerdo a lo recogido en la Observación General N° 14 [párrafo 12]. Para la satisfacción de este principio es preciso contar con la posibilidad de "tener un seguro de salud" que cubra determinadas contingencias sanitarias. Es preciso, además, que la persona pueda acceder físicamente al servicio (lo que supone la presencia cercana y suficiente de centros de salud), y que sea tratada con atenciones que efectivamente prevengan o recuperen su salud (lo que supone la provisión de servicios de calidad), además de ser ética y culturalmente aceptables (lo que exige, por ejemplo, el desarrollo de procedimientos de salud intercultural)

(...)"

Tal como se puede advertir, nuestra Constitución Política garantiza el derecho a la salud, su universalidad y garantiza el acceso a los servicios de salud, con la premisa de elevar la calidad de vida. Es preciso indicar que, además, el Estado protege la vida y la salud de la persona a través de políticas públicas que permitan atender la problemática de la salud en general, dentro de las cuales se encuentra comprendidas las enfermedades raras, huérfanas, oncológicas y otras de difícil tratamiento en nuestro sistema de salud. Asimismo, en el marco del derecho internacional humanitario, nuestro país se encuentra sujeto a la protección del derecho fundamental a la salud, que le otorga la Declaración de Derechos Humanos, cuyo artículo 25 prescribe que toda persona tiene derecho a un

nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia y el bienestar, y en especial, entre otros aspectos, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

De igual forma, resulta importante señalar que en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobado por las Naciones Unidas, se estableció como objetivos los siguientes:

"3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

(...)

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos."

Ahora bien, dentro de nuestras normas nacionales, la legislación ha previsto disposiciones que desarrollan las políticas públicas en favor del sector salud y la lucha contra el cáncer y otras enfermedades raras y huérfanas. Así tenemos la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que prevé, entre otros aspectos, que:

- a) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- b) La protección de la salud es de interés público.
- c) Toda persona tiene derecho a la protección de su salud.
- d) La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.
- e) Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población.
- f) Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Asimismo, mediante el Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se establece en sus artículos 3 y 4 que el MINSA es el ente rector del Sector Salud y tiene como ámbito de competencia: 1) Salud de las Personas; 2) Aseguramiento en salud; 3) Epidemias y emergencias sanitarias; 4) Salud ambiental e inocuidad alimentaria; 5) Inteligencia sanitaria; 6) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; 7) Recursos humanos en salud; 8) Infraestructura y equipamiento en salud; y, 9) Investigación y tecnologías en salud.

Igualmente, destaca el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344⁴, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, el cual precisa en su artículo 1 lo siguiente:

«(...) La presente Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento»⁵

En este contexto, nuestra legislación permite que más peruanos puedan acceder oportunamente a un servicio de calidad, cualquiera sea su condición económica, protegiendo a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado con eventos de enfermedad.

En cuanto a las enfermedades oncológicas, se publicó el Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que aprueba el "Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú - Plan Esperanza", publicado el 03 de noviembre de 2012, en el cual se definen las áreas prioritarias de trabajo en materia de salud oncológica por parte del Estado, que tuvo por finalidad "contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante el mejoramiento del acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos" 16 y por objetivo mejorar "el acceso a la oferta de servicios en salud de promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadaje y tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer, para toda la población a nivel nacional, mediante acciones intersectoriales y multisectoriales, atendiendo la diversidad sociocultural del país".

Posteriormente, se aprobaron diversas normas complementarias, tales como: a) El Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino (2017-2020); b) El Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Mama (2017- 2021); y, c) El Plan Nacional de Atención Integral de Leucemia Linfática Aguda de 1 a 21 años (2017-2021).

Estas disposiciones normativas condicen con la dación del Decreto Supremo N° 026-2020-SA 18, publicado el 27 de agosto de 2020, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud Al 2030 "Perú, País Saludable", que dispuso espacios colaborativos entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones eficientes y equitativas, innovadoras, solidarias y conjuntas. Finalmente, se emite la Resolución Ministerial N° 1003-2020/MINSA 19, publicada el 06 de diciembre de 2020, que aprueba el Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024)

Por su parte, respecto a las enfermedades raras y huérfanas, se promulgó la Ley N° 29698, que declara de interés nacional la prevención, el diagnóstico, la atención integral de salud y la rehabilitación de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas. Define a las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, como aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una frecuencia baja, presentan muchas dificultades para ser diagnosticadas y efectuar su seguimiento, tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos que conllevan múltiples problemas sociales y con escasos datos epidemiológicos.

⁴ Congreso de la República 2009

⁵ Ley N°29344 Ley marco de aseguramiento universal en salud.

De igual manera, la precitada ley establece en su artículo 3 que *"El Ministerio de Salud elabora el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico, Atención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Monitoreo de las Enfermedades Raras o Huérfanas y presenta anualmente a las Comisiones Permanentes de Coordinación Interministerial (las CIAS) y la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República los avances y metas alcanzadas en la ejecución de dicho plan nacional."*

Asimismo, en su artículo 5 señala que el Ministerio de Salud implementa el Registro Nacional de Pacientes que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas para generar el sistema de información sobre este tipo de enfermedades, que proporcione un mayor conocimiento respecto de la incidencia, prevalencia y mortalidad en cada área geográfica y permita identificar recursos sanitarios, sociales y científicos que se requieran.

Bajo este contexto, se propone a través del presente proyecto precisar las facultades del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para garantizar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras, huérfanas y oncológicas; a fin de promover la suscripción de acuerdos, a nivel nacional e internacional, para el tratamiento de las enfermedades bajo comentario.

Para tal efecto, resulta necesario indicar la naturaleza y objetivos que cumple FISSAL en nuestra legislación nacional, así como la problemática y necesidad existente que justifica los aspectos de la presente propuesta normativa.

El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)

Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, crea la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL sobre la base del fondo creado por la Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud.

De manera complementaria, el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, prescribe que el FISSAL es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), lo que comprende que es una entidad que tiene por finalidad recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud.

Por su parte, el numeral 2.3 del artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, faculta al FISSAL para financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, de acuerdo con los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, además de los procedimientos de alto costo.

Posteriormente, a través del Decreto Supremo N° 002-2016-SA se modificó el Reglamento de Organización y Funciones del Sistema Integral de Salud – SIS, aprobado por el Decreto Supremo N° 011-2011 SA, con la finalidad de incorporar el artículo 36-A

para que el Fondo Intangible Solidario de Salud se emplee como un órgano desconcentrado del Seguro Integral de Salud – SIS.⁶

Por otro lado, conforme al Manual de Operaciones del FISSAL, aprobado por Resolución Jefatural 132-2016-SIS, se indica que este Fondo Intangible Solidario de Salud se encuentra habilitado para aprobar normas, directivas, y procedimientos mediante Resoluciones Jefaturales según su competencia funcional como Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud IAFAS Pública, así como puede aprobar normas internas, directivas, reglamentos y procedimientos como el órgano desconcentrado y unidad ejecutora del SIS.

Conforme a su Manual de operaciones, el Fondo Intangible Solidario de Salud es una IAFAS que, como órgano desconcentrado del SIS, tiene por funciones generales las siguientes:

- Financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo, enfermedades raras o huérfanas, procedimientos de alto costo y otras de acuerdo con la ley.
- Administrar los recursos provenientes de los fondos públicos y otras fuentes, destinadas al financiamiento de las prestaciones a su cargo, conforme a ley.
- Promover convenios y/o contratos con IAFAS/IPRESS⁷ en el territorio nacional o extranjero con el fin de garantizar la atención de los asegurados bajo los planes de cobertura que brinda.
- Establecer mecanismos de control y procedimientos que permitan financiar las prestaciones a su cargo.
- Gestionar los riesgos relacionados con la cobertura que brinda, así como desarrollar instrumentos de gestión financiera tales como mecanismos de pago, tarifas, entre otros.
- Desarrollar los procesos de atención al asegurado dentro del marco de su competencia.
- Desempeñar otras funciones establecidas de acuerdo con la ley

Ahora, respecto al financiamiento que efectúa el FISSAL a las atenciones de las enfermedades de alto costo, enfermedades raras o huérfanas, procedimientos de alto costo y otras, dicha institución cuenta con los siguientes dispositivos normativos que establecen qué enfermedades y tratamientos son los considerados dentro del alcance del financiamiento:

⁶ Conforme al artículo 2 del Decreto Supremo N° 064-2021-PCM, que modifica los Lineamientos de Organización del Estado, aprobados mediante el Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, se establece modificar el numeral 14.1 del artículo 14 a efectos de indicar que los Órganos Desconcentrados "Son órganos que desarrollan funciones sustantivas para prestar bienes o servicios, y se crean para atender necesidades no cubiertas en el territorio. Requieren de una organización desconcentrada, distinta a la de la entidad de la cual forman parte, la cual se desarrolla en un manual de operaciones, de corresponder. Actúan en representación de la entidad de la cual forman parte. En el ROF se habilita a la entidad a crear órganos desconcentrados y se establecen sus funciones específicas, de conformidad con lo dispuesto en la normativa sustantiva aplicable a la entidad".

⁷ El artículo 8 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, prescribe que Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

- a) Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, aprobado por Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA del 24 de abril de 2012.
- b) Listado de Procedimientos de Alto Costo para asegurados del Seguro Integral de Salud – SIS, a causa de: i) Trasplante de Médula Ósea, ii) Trasplante Renal; y, iii) Trasplante Hepático, aprobado por Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS del 28 de abril de 2015.
- c) Documento Técnico: Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas, aprobado por Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA del 24 de abril de 2020.

Problemática relacionada a las Enfermedades Raras, Huérfanas, Oncológicas y su tratamiento

Sobre las Enfermedades Raras y Huérfanas (ERH), de acuerdo con un estudio efectuado por Videnza Consultores se estima que en el mundo existen entre cinco mil y siete mil enfermedades raras, el 75% de las cuales tiene un origen genético; estas enfermedades tienen la característica de contar con una frecuencia baja (menos de cinco casos por cada diez mil habitantes), presentar peligro de muerte o de invalidez crónica, y ser de difícil diagnóstico y seguimiento, lo cual hace más complicada la situación de salud del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud, el 7% de la población global sufre alguna de ellas, lo que supone más de 42 millones en América Latina y al menos 2,5 millones en nuestro país.⁸

El análisis de las enfermedades raras y de sus medicamentos –los llamados medicamentos huérfanos– constituye un problema de salud pública, cuyo diagnóstico requiere de especialistas que cuenten con instrumentos tecnológicos más sofisticados.

Así también, un estudio de la Universidad de San Martín, Facultad de Medicina⁹, señala que las ERH son enfermedades que provocan un grado severo de discapacidad crónica o muerte. Son "raras" por su prevalencia definida como menor a 5 en 10 000 habitantes; aunque puede ser tan rara como una única persona en el mundo (más de 7500 millones en 2018) con la enfermedad. Sin embargo, sumadas todas las personas con enfermedades raras hacen entre 5 a 7 % de la población mundial que, **trasladado al Perú, serían entre 1.5 a 2 millones de compatriotas afectados.**

De igual manera, dicho estudio señala que, las familias afectadas con ERH necesitan ser atendidas no solo en sus necesidades hospitalarias cuando ya está la enfermedad identificada; sino mucho antes, teniendo el derecho de ser parte de un sistema de detección rápida y oportuna. El problema no solo es de salud, también es social y tiene que involucrar a la comunidad local en temas de facilidades para discapacidad, rehabilitación, educación, preparación y entorno amigable con los pacientes, sus cuidadores y sus familias.

Además, se debe ver cómo financiar los insumos para diagnosticar y medicamentos para estas enfermedades, frecuentemente de muy alto precio por su misma calidad de "medicamentos huérfanos", poco atractivos para la industria por el poco número de

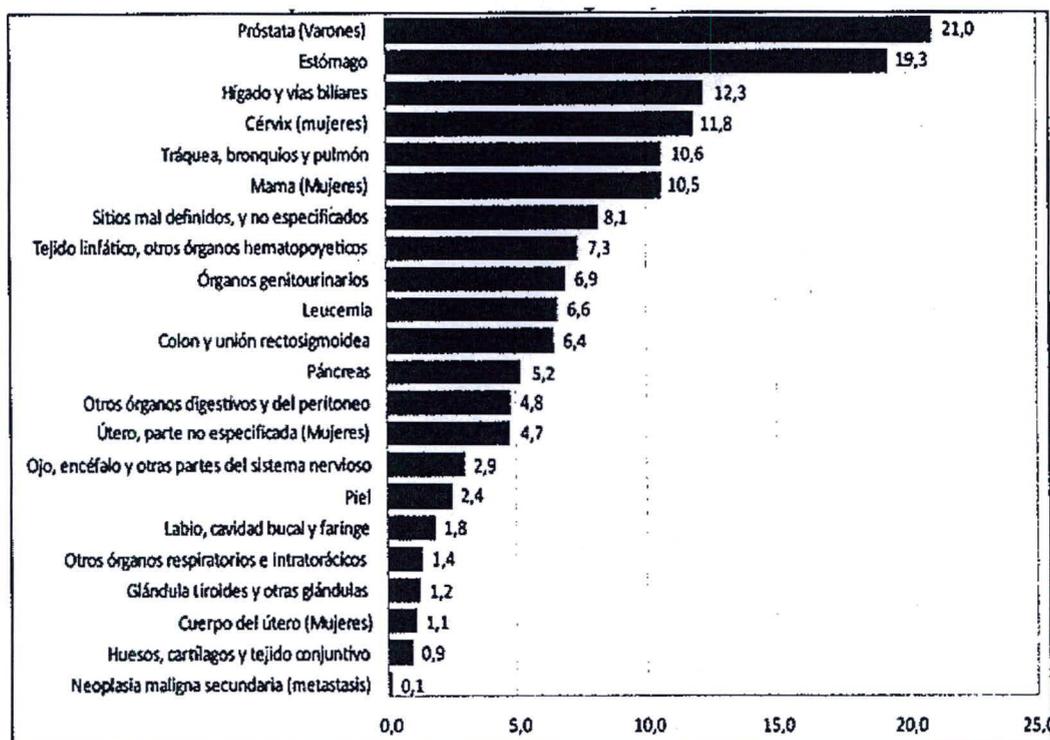
⁸ Videnza, 2019

⁹ Fujita, R., & Lizaraso Caparó, F. (2018). Enfermedades Raras o Huérfanas, en Perú más huérfanas que raras. *Horizonte Médico (Lima)*, 18(2), 4-5.

usuarios. No obstante, el diagnóstico y su tratamiento responden a necesidades de salud pública y el derecho de cada ciudadano afectado.

En lo que respecta a los pacientes oncológicos, el cáncer constituye un problema de salud pública mundial por su elevada carga, en especial para los países en desarrollo. Cada año se diagnostica algún cáncer a más de 18 millones de personas a nivel mundial, cifra que, según se prevé, ascenderá a 29,5 millones en 2040.¹⁰

Gráfico 1. Tasa ajustada de mortalidad según tipos de cáncer. Perú, 2016



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2016. MINSA. Cálculo con corrección de sub registro y expansión de base de datos realizado por la CDC-MINSA

Durante el período 2014-2018, los casos fueron detectados con mayor frecuencia cuando los pacientes acudieron a un establecimiento de salud por los síntomas ocasionados por el cáncer (presentación clínica con síntomas) que representó el 67,7% de los casos; esto indica que el diagnóstico se realiza tardíamente. Las técnicas de detección temprana y tamizaje detectaron de forma global al 7,2% de los casos correspondiendo de forma específica al 32,2% de los cánceres de cérvix, 6,2% de los cánceres de próstata y 4,2% de los cánceres de mama. Se observó un incremento importante para el cáncer de cérvix cuya tendencia fue ascendente; mientras que, la detección temprana de casos de cáncer de próstata y mama es muy limitada.¹¹

¹⁰ International Agency for Research on Cancer. Cancer today. Lyon: IARC; 2018. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>

¹¹ Programa Presupuestal 024, Prevención y Control del Cáncer, Ministerio de Salud, 2021.

Es importante resaltar que, de acuerdo con información del Instituto Nacional de Salud del Niño, la Leucemia Linfática Aguda es la primera causa de cáncer en el grupo de edad de 1 a 21 años al representar el 80% del total de leucemias registradas en el país, según la Guía de Práctica Clínica de Leucemia Linfática Aguda y la Guía de Práctica Clínica de Leucemia Linfoblástica Aguda del precitado Instituto¹², los datos de morbilidad y mortalidad demuestran que la leucemia es el principal problema oncológico en la población pediátrica. Según el Ministerio de Salud, en el Perú la leucemia es el cáncer más mortal para niños y adolescentes.¹³

El tratamiento para las leucemias infantiles tiene necesidades de atención especiales que requieren de un equipo de profesionales de la salud,¹⁴ que se encuentren en condiciones de ofrecer al paciente las mejores opciones de tratamiento luego del diagnóstico, dentro de los principales tipos de tratamiento para la leucemia esta la quimioterapia, la terapia dirigida, y el trasplante de médula ósea. De acuerdo con los datos obtenidos de médicos hematólogos peruanos, se ha demostrado que las leucemias agudas de alto y muy alto riesgo requieren la atención de trasplante de médula ósea al ser una de las opciones más efectivas en el manejo de este tipo de leucemias.¹⁵

Existen dos tipos básicos de trasplantes que se denominan en función de la fuente de donde provienen las células madre¹⁶, cuando las células provienen del mismo paciente se denomina trasplante autólogo y cuando provienen de otra persona entonces se denomina trasplante alogénico el cual a su vez puede ser de 3 tipos: emparentado y haploidentico (de un familiar) y no emparentado (de un Banco Mundial de Donantes), este último tipo de trasplante aun no es realizado nuestro país:

Tabla 1: Tipos de trasplante de médula ósea

TIPO DE TRANSPLANTE	DETALLE	DONANTE	LUGAR
AUTÓLOGO	Paciente recibe sus propias células	No necesita	Perú
ALOGÉNICO	Emparentado	Familia compatible hermano (> 97 % compatibilidad)	Perú
	Haploidentico	Familia compatible hermano, padres (> 50 % compatibilidad)	
	No emparentado	Registro Mundial de Donante	Extranjero

Fuente: INEN, elaboración propia, año 2022.

¹² Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, año 2016

¹³ Anexo 2 de la Guía de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Niños y Adolescentes en el Perú.

¹⁴ Entre médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación y otros profesionales de la salud, usualmente dirigido por un hematooncólogo pediátrico.

¹⁵ Las principales indicaciones de trasplante han sido en linfomas (50%), Leucemia Mieloide Aguda (LMA) (30%), Leucemia Mieloide Crónica (LMC) (10%), y Leucemia Linfóide Aguda (LLA) (5%).

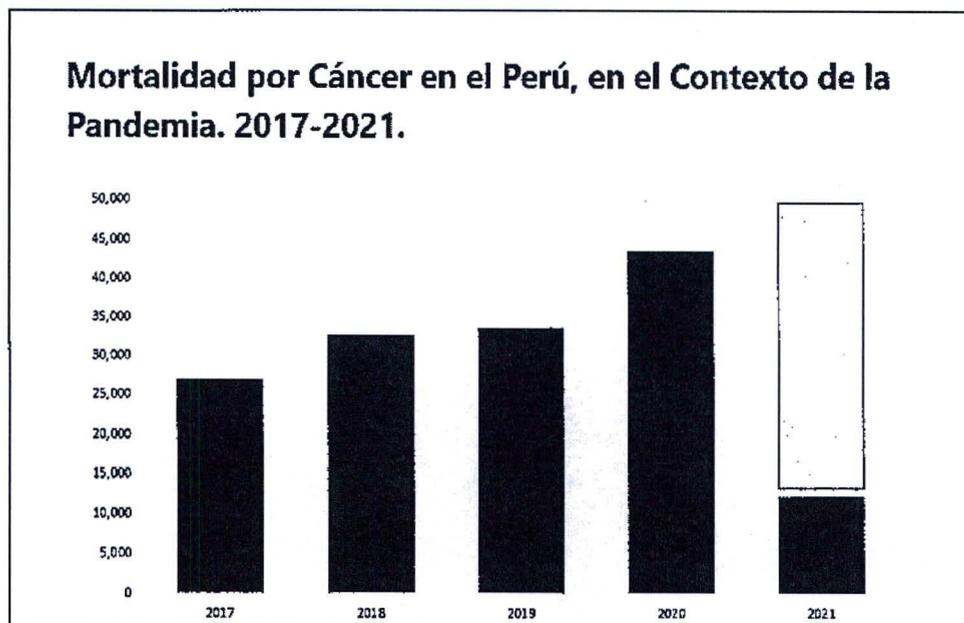
¹⁶ <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer>

Para el año 2018, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) estima que la tasa estandarizada de incidencia de cáncer en el Perú era de 192,6 casos nuevos por 100 000 habitantes lo que representa, el diagnóstico de 66 627 casos nuevos en una población de 32 551 811 personas para ese año. Dichas estimaciones se realizan en base a los datos proporcionados por los registros de cáncer de base poblacional de Lima Metropolitana y Arequipa.

La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en Registros Hospitalarios realizada principalmente en hospitales del Ministerio de Salud muestra que los cánceres más frecuentes en hospitales de la costa son los de cérvix, piel, mama, estómago y colorrectal; los más frecuentes en la sierra son los de cérvix y estómago; mientras que, el más frecuente en la selva es el de cérvix con una proporción notablemente más elevada que en la costa y la sierra.¹⁷

El cáncer es una de las principales causas de muerte por enfermedades no transmisibles en niños mayores de un año y en adolescentes. Afortunadamente, en los últimos 50 años se han registrado avances muy importantes en el tratamiento del cáncer. La leucemia constituye el cáncer más frecuente en la niñez y la adolescencia (cerca del 80% de todas las leucemias agudas, y en países desarrollados alcanza el 90% de curación. El éxito radica en brindar un diagnóstico oportuno, y un tratamiento rápido y adecuado en establecimientos de salud que dispongan de los recursos humanos y técnicos especializados.

Gráfico 2. Mortalidad de cáncer en el Perú en el contexto de pandemia



Fuente: Sinadef, abril 2021

¹⁷ Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2018/ Elaborado por Willy Cesar Ramos Muñoz y Nadia Nathali Guerrero Ramírez. Lima Ministerio de Salud: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja (INSN-SB) son las instituciones especializadas que atienden a los pacientes con este tipo de diagnóstico en el país. Su equipo de trasplante evalúa cada caso y discute cuál es la mejor opción terapéutica considerando los pros y contras del procedimiento, debiendo explicar en extenso a la familia del paciente los riesgos involucrados. Son estos institutos los que solicitan la atención financiera de los casos al FISSAL.

Problema público advertido en el tratamiento de ERH y enfermedades oncológicas

En la actualidad, el Seguro Integral de Salud (SIS), dentro del marco institucional de aseguramiento universal, con énfasis en las poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, otorga el acceso a diferentes tipos de tratamientos, que incluyen el trasplante de órganos y tejidos como consecuencia del padecimiento de un cáncer y ERH, los cuales son considerados complejos, altamente especializados y muy costosos.

Desde el año 2012, el SIS, a través de la unidad ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal), financia el tratamiento de las enfermedades incluidas en el "*Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención*", así como el "*Listado de enfermedades raras y huérfanas*", de las personas que se encuentran aseguradas bajo el SIS.

De esta manera, el Fissal, en su condición de IAFAS, transfiere los recursos necesarios para financiar las atenciones de enfermedades, cubriendo el tratamiento médico quirúrgico, medicamentos, exámenes e inclusive el trasplante de médula ósea, riñón e hígado, así como cualquier otro procedimiento adicional que pudiera ser necesario durante el tratamiento. Para tal efecto, la cobertura es automática una vez que el asegurado del SIS es diagnosticado con alguna enfermedad considerada en la normatividad vigente.

En este contexto, el Fissal atiende las ERH y los casos de pacientes oncológicos que necesiten un tratamiento especializado que no puede ser asumido por los establecimientos de salud que forman parte del SIS, firmando convenios y contratos con otras instituciones de salud privados o públicos, en el territorio nacional o en el extranjero, dependiendo de la oferta del servicio que es requerido en cada caso que se presente.

Así, el FISSAL suscribe estos acuerdos bajo un procedimiento de contratación pública, con todos los elementos propios que norma este tipo de contratación, para la prestación de un servicio en particular (la atención del asegurado), bajo el TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, su Reglamento y Normas Complementarias. Para la suscripción de estos contratos o convenios, el FISSAL debe recibir el requerimiento de un Centro de Salud (Institución Prestadora de Servicios de Salud- IPRESS pública, que actúa además como IAFA), en el cual se especifique que el caso en concreto no puede ser tratado bajo los factores que indique (médicos, técnicos, o falta de equipamiento logístico, oferta hospitalaria, entre otros).

Asimismo, es de resaltar que la suscripción de convenios y contrataciones por parte del FISSAL, esta entidad debe contar con la disponibilidad presupuestal correspondiente para atender el caso en particular; siendo que, en su totalidad, el proceso de contratación puede demorar más de 30 días hábiles, siendo sumamente perjudicial para

el asegurado con ERH u oncológico, que necesita una atención urgente y prioritaria por parte de nuestro sistema de salud, considerando que, tal como se ha expuesto en los puntos precedentes, son enfermedades cuya demora o deficiente atención podría ocasionar la muerte del paciente.

A esta situación se debe tener en cuenta el alto costo que implicaría asumir el costo del tratamiento de manera particular en el caso que el FISSAL no suscriba los contratos o convenios a tiempo y, por consiguiente, no asuma el financiamiento; así como, el esfuerzo físico, el tiempo, la salud mental e incluso la renuncia al arraigo laboral en el territorio nacional de los familiares.

Por este motivo, consideramos que el financiamiento que otorga el FISSAL debe estar regulado en procesos predefinidos eficientes y eficaces, con responsabilidades funcionales de los servidores que forman parte del proceso de contratación, indicadores y condiciones que garantice la continuidad del acceso al tratamiento, a fin de poder materializar una verdadera gestión por resultados en favor de los asegurados.

Es importante mencionar que, el FISSAL, en la actualidad, solo cuenta con contratos internacionales suscritos con dos IPRESS extranjeras:

- a) La The University of Miami Miller School of Medicine, por el procedimiento de trasplante de médula ósea no emparentado (suscrito el 13 de diciembre de 2012).
- b) El Hospital Universitario Austral de Argentina, por el procedimiento de trasplante hepático (suscrito el 29 de abril de 2015).

Es así que, se evidencia documentalmente que desde la creación del FISSAL no se cuenta con contratos con entidades públicas o privadas de salud en el extranjero que atiendan la variedad de enfermedades urgentes que no cuentan con oferta de atención o tratamiento en el territorio nacional.

El FISSAL no puede, dentro de sus atribuciones actuales, de oficio, efectuar contratos o convenios de oficio, a pesar de existir la necesidad de ampliar la cobertura en salud hacia el extranjero, puesto que las IPRESS públicas peruanas son las únicas que pueden solicitar la contratación de servicio, en su condición de áreas usuarias, en el marco de la Ley de Contrataciones del Estado; razón por la cual existe la necesidad de otorgarle mayores competencias que permitan tener un rol activo ante esta problemática.

II. PROPUESTA NORMATIVA

El presente proyecto busca promover la suscripción de convenios y contratos con instituciones de salud, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, a requerimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), a través del Fissal; con la finalidad de atender el tratamiento de pacientes oncológicos, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas. Esto bajo el Principio de Oportunidad que tutela el derecho fundamental a la salud.

De esta manera, los establecimientos de salud tienen la obligación de brindar atención oportuna a los pacientes, en función a la urgencia de la enfermedad y el estado de salud

de los pacientes, de manera que no sean sometidos a retrasos innecesarios o injustificados que agraven su situación de salud o causen su deceso.

Asimismo, el Fissal otorga atención prioritaria a las solicitudes efectuadas para la suscripción de contratos y convenios relacionados a la atención de los tratamientos de pacientes oncológicos, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, bajo responsabilidad funcional de comisión de infracción administrativa, prevista en la Ley del Servicio Civil o en la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.

El presente proyecto recoge parte de la propuesta legislativa de la ex congresista de la República, Valeria Valer Collado, integrante del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, quien con fecha 26 de abril del 2021 presenta el Proyecto de Ley N° 7587/2020-CR, denominado "Proyecto de Ley que garantiza las atenciones de las enfermedades de alto costo, raras y huérfanas". Dicho proyecto ingresó a la Comisión de Salud y Población con fecha 29 de abril del 2021.

Para los efectos antes señalados, se modifica el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, precisando que el FISSAL financia las atenciones de las enfermedades oncológicas, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas; de acuerdo con los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial; así como, procedimientos de alto costo, determinados por el Seguro Integral de Salud. Los listados antes mencionados son actualizados de forma anual.

Para tal efecto, la precitada institución suscribe convenios o contratos con otras instituciones de salud, IAFAS e IPRESS, públicas o privadas, en el territorio nacional o en el extranjero, para brindar atención a enfermedades oncológicas, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, así como procedimientos de alto costo. El proceso de contratación no puede demorar, dada la condición médica de los asegurados, por tanto, no debe exceder de 30 días calendarios, contado desde la solicitud de las IAFAS o IPRESS hasta la suscripción del contrato.

Asimismo, en el marco del principio de transparencia y la rendición de cuentas, los contratos y convenios que suscriba el Fissal deben ser publicados en el Portal de Transparencia Estándar de la institución, bajo responsabilidad.

Por otro lado, se ha considerado necesario otorgar al FISSAL y las IPREES públicas un rol activo en la suscripción de convenios y contratos con instituciones de salud nacionales o extranjeras, cuando no hay oferta en el territorio nacional. De esta manera, las IPRESS públicas, como áreas usuarias, efectúan una evaluación técnica y legal, de manera anual, sobre la viabilidad de suscribir convenios o contratos con IAFAS o IPRESS, públicas o privadas, en el territorio nacional o en el extranjero. Esto en función a las necesidades de atención de las enfermedades y procedimientos aprobados en el listado del Ministerio de Salud.

En caso de ser viable, el FISSAL en coordinación con la IPRESS, quien hace el requerimiento, suscribe de oficio los convenios o contratos con las entidades de salud nacionales o extranjeras.

De esta manera, se contará con un listado de instituciones de salud, nacionales y extranjeras, que puedan cubrir las necesidades de atención de ERH u oncológicas con una debida anticipación, sin la necesidad de esperar a que se formule el requerimiento para recién proceder con el proceso de contratación o suscripción del convenio; cumpliendo de esta manera con el Principio de Oportunidad de tutela del derecho a la salud.

Cuadro comparativo de la modificación normativa propuesta

DECRETO LEGISLATIVO N° 1163	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1163
<p>Artículo 2.- Facultades del Seguro Integral de Salud (SIS) El Seguro Integral de Salud (SIS) se encuentra facultado para lo siguiente:</p> <p>2.1 Administrar los fondos de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud.</p> <p>2.2 Administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud.</p> <p>Adicionalmente, en el caso del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) está facultado para:</p> <p>2.3 Financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, de acuerdo a los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, así como procedimientos de alto costo.</p> <p>2.4 Establecer convenios con otras IAFAS públicas, con cargo a sus propios presupuestos, para gestionar el uso de recursos dirigidos a brindar prestaciones de alto costo a los asegurados de dichas IAFAS públicas.</p> <p>Las facultades enumeradas no son limitativas de las indicadas en otras disposiciones legales.</p>	<p>"Artículo 2.- Facultades del Seguro Integral de Salud (SIS) El Seguro Integral de Salud (SIS) se encuentra facultado para lo siguiente:</p> <p>2.1 Administrar los fondos de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud.</p> <p>2.2 Administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud.</p> <p>Adicionalmente, en el caso del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) está facultado para:</p> <p>2.3 Financiar las atenciones de las enfermedades oncológicas, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas; de acuerdo a los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial; así como, procedimientos de alto costo, determinados por el Seguro Integral de Salud. Los listados antes mencionados son actualizados de forma anual.</p> <p>2.4 Establecer convenios con otras IAFAS públicas, con cargo a sus propios presupuestos, para gestionar el uso de recursos dirigidos a brindar prestaciones de alto costo a los asegurados de dichas IAFAS públicas.</p> <p>2.5. Suscribir convenios o contratos con otras instituciones de salud, IAFAS e IPRESS, públicas o privadas, en el territorio nacional o en el extranjero, para brindar atención a enfermedades oncológicas, enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, así como procedimientos de alto costo.</p> <p>2.6. El procedimiento especial de contratación señalado en el numeral</p>

	<p><i>2.5 no debe exceder de 30 días calendarios, contado desde la solicitud de las IAFAS o IPRESS hasta la suscripción del contrato.</i></p> <p><i>2.7. Los convenios y contratos suscritos por las IAFAS o IPRESS son publicados en el Portal de Transparencia Estándar del FISSAL, bajo responsabilidad.</i></p> <p><i>2.8. Las IPRESS públicas, en diciembre de cada año fiscal, presentan al FISSAL un informe sobre la necesidad de suscribir convenios o contratos con instituciones de salud, IAFAS o IPRESS, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para la atención de enfermedades oncológicas, de alto costo, enfermedades raras y huérfanas, y procedimientos de alto costo.</i></p> <p><i>2.9. El FISSAL evalúa los requerimientos efectuados por las IPRESS, en un plazo de 30 días, bajo responsabilidad. De ser viables, el FISSAL gestiona la suscripción de oficio de los convenios o contratos, previa certificación presupuestal.</i></p> <p><i>Las facultades enumeradas no son limitativas de las indicadas en otras disposiciones legales."</i></p>
--	---

III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente propuesta no genera gasto adicional al Tesoro Público, debido a que las modificaciones propuestas se enmarcan en las competencias ordinarias que cuenta en la actualidad el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para garantizar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras, huérfanas y oncológicas; en la suscripción de contratos y convenios con instituciones de salud públicas o privadas, nacionales o extranjeras, en función al presupuesto público aprobado para tal fin en cada año fiscal.

Adicionalmente, el presente proyecto tiene como población objetiva beneficiaria a las personas aseguradas en el Sistema Integral de Salud, que no cuentan con una oferta nacional pública para tratar las enfermedades raras, huérfanas u oncológicas de urgente atención y que, en algunos casos, necesiten viajar a otros países para contar con el tratamiento pertinente, en el ejercicio de su derecho fundamental a la salud, el cual debe ser tutelado prioritariamente por el Estado peruano, en observancias de nuestro marco Constitucional y en virtud de las obligaciones asumidas por el Estado en los tratados internacionales de Derechos Humanos.



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

La presente iniciativa de Ley no se contrapone a ningún dispositivo normativo de nuestro ordenamiento jurídico; puesto que, solo modifica las atribuciones del Fondo Intangible Solidario de Salud, previstas en el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.

De igual modo, se prevé que el Poder Ejecutivo realice las modificaciones reglamentarias mediante Decreto Supremo, refrendado por el ministro de Salud, en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario contados desde su publicación; estableciendo el procedimiento especial de contratación pública, las responsabilidades funcionales y los plazos máximos correspondiente.

V. MARCO LEGAL

- Constitución Política del Perú, cuyo artículo 4 señala que la comunidad y el Estado protegen especial ente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono. También protegen a la familia y promueven el matrimonio. Reconocen a estos últimos como institutos naturales y fundamentales de la sociedad.
- Reglamento del Congreso de la República, cuyo artículo 22°, literal c) precisa el derecho que tiene todo congresista a presentar proposiciones de ley.
- Ley 30364 – Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar
-

VI. EFECTO DE VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente norma no contraviene las disposiciones legales vigentes.

VII. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa concuerda con la siguiente política de Estado:

- Segunda Política de Estado del Acuerdo Nacional: referida a el Desarrollo con Equidad y Justicia Social