



**PROYECTO DE LEY QUE
GARANTIZA LA LIBRE ADQUISICIÓN
SEGURA DE MEDICAMENTOS, LA
TRANSPARENCIA DE PRECIOS Y
REGLAS MÍNIMAS DE
RECONOCIMIENTO Y REEMBOLSO
EN LOS SEGUROS PRIVADOS DE
SALUD Y LAS ENTIDADES
PRESTADORAS DE SALUD (EPS)**

El Grupo Parlamentario **FUERZA POPULAR**, a iniciativa del Congresista **DAVID JULIO JIMENEZ HEREDIA**, de conformidad con el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, y los artículos 22° literal c), 37° literal b), 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el Proyecto de Ley siguiente:

FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE GARANTIZA LA LIBRE ADQUISICIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS, LA
TRANSPARENCIA DE PRECIOS Y REGLAS MÍNIMAS DE RECONOCIMIENTO Y
REEMBOLSO EN LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD Y LAS ENTIDADES
PRESTADORAS DE SALUD (EPS)**

Artículo 1. – Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto:

- Garantizar el derecho de los asegurados y pacientes a la libre adquisición segura de medicamentos, asegurando condiciones mínimas de seguridad sanitaria y continuidad del tratamiento durante la atención de salud en IPRESS privadas.
- Promover la transparencia en la fijación y facturación de precios de medicamentos en establecimientos de salud privados y en farmacias intrahospitalarias
- Establecer reglas mínimas, objetivas y verificables para el reconocimiento y/o reembolso de gastos por medicamentos en seguros privados de salud y en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), con salvaguardas antifraude y de seguridad del paciente.

Artículo 2. – Finalidad

La presente ley tiene como finalidad proteger el derecho a la salud y a la protección económica del asegurado, evitar prácticas de cautividad económica en la provisión de medicamentos durante la atención, asegurar la continuidad y seguridad del tratamiento médico, y fortalecer la transparencia y eficiencia del sistema privado de aseguramiento en salud, sin establecer control directo de precios.



Artículo 3. – Ámbito de aplicación

La presente ley es de aplicación obligatoria para:

- a. Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), incluyendo a las aseguradoras privadas de salud y a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
- b. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas.
- c. Las farmacias y boticas intrahospitalarias o vinculadas a IPRESS privadas, cualquiera sea su modalidad de operación.

Artículo 4. – Definiciones

Para efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) **Medicamento adquirido externamente:** aquel adquirido por el asegurado o paciente fuera de la farmacia intrahospitalaria o vinculada a la IPRESS en la que recibe atención, en establecimiento formal autorizado conforme a la normativa sanitaria vigente, y sustentado con comprobante de pago emitido a nombre de la aseguradora o EPS.
- b) **Protocolo de verificación sanitaria:** conjunto de procedimientos mínimos obligatorios para admitir, registrar y administrar medicamentos adquiridos externamente, asegurando autenticidad, trazabilidad, integridad del producto, condiciones de conservación y correspondencia con la prescripción.
- c) **Conformidad de solicitud de reembolso:** acto por el cual la IAFAS deja constancia de haber recibido la documentación esencial completa para evaluar la solicitud, de haber verificado su integridad en una plataforma o canal habilitado.
- d) **Farmacia intrahospitalaria:** servicio de farmacia ubicado dentro o bajo administración o contrato de una IPRESS, destinado a la dispensación a pacientes atendidos en dicha IPRESS.

Artículo 5. – Derecho a la adquisición externa segura de medicamentos

El asegurado o paciente tiene derecho a adquirir medicamentos fuera de la farmacia de la IPRESS privada en la que recibe atención hospitalaria, de emergencia u observación clínica, y a solicitar que dichos medicamentos sean admitidos y administrados por la IPRESS, siempre que cumplan con el protocolo de verificación sanitaria previsto en la presente ley y su reglamento.

En ningún caso el ejercicio de este derecho puede implicar retraso injustificado de la atención, del tratamiento indicado, del alta o de las decisiones clínicas necesarias.

Artículo 6. – Prohibición de condicionamiento de la atención de salud



Las IPRESS privadas, su personal, y las farmacias intrahospitalarias o vinculadas, tienen prohibido condicionar la prestación, continuidad, alta, egreso, intervención o cualquier aspecto de la atención de salud a la adquisición de medicamentos exclusivamente en la farmacia intrahospitalaria o vinculada.

Artículo 7. – Restricción excepcional debidamente motivada

Solo procede restringir la admisión o uso de medicamentos adquiridos externamente cuando se verifique, de manera objetiva, documentada y bajo responsabilidad institucional, alguno de los siguientes supuestos:

- a) Falta de autenticidad, trazabilidad o integridad, razonable, del medicamento.
- b) Incumplimiento verificado de las condiciones de conservación, incluyendo la cadena de frío cuando corresponda.
- c) Medicamentos que requieran preparación estéril inmediata o manipulación especializada bajo control institucional, cuando ello haga inviable asegurar condiciones de seguridad si se usan medicamentos externos.
- d) Medicamentos sujetos a control especial conforme a la normativa sanitaria vigente, cuando no se pueda verificar su procedencia y custodia.

La restricción debe constar por escrito en un acta de verificación, ser comunicada al paciente o asegurado, e incluir la explicación técnica breve, la evidencia básica: observación de empaque, temperatura, falta de documentación y la alternativa ofrecida por la IPRESS para no interrumpir el tratamiento.

Artículo 8. – Protocolo de verificación sanitaria

Las IPRESS privadas están obligadas a implementar y aplicar un protocolo de verificación sanitaria para la admisión y uso de medicamentos adquiridos externamente, que incluya como mínimo:

- a) **Verificación de prescripción:** correspondencia con receta, indicación médica u orden terapéutica en historia clínica.
- b) **Verificación de identificación del producto:** denominación (DCI), nombre comercial si corresponde, concentración, forma farmacéutica, lote y fecha de vencimiento.
- c) **Verificación de integridad y seguridad:** empaque íntegro, ausencia de señales razonables de adulteración, y, cuando corresponda, revisión de condiciones de conservación.

- d) **Cadena de frío u otras condiciones especiales:** cuando aplique, registro de temperatura o verificación razonable de conservación; si no se puede verificar, se activa el supuesto del artículo 7.
- e) **Acta de recepción y custodia:** registro de recepción, condiciones de ingreso, responsable que recibe, y custodia institucional hasta su administración o devolución.
- f) **Registro en historia clínica:** consignación de que el medicamento fue adquirido externamente, verificado y administrado, o restringido motivadamente.

El reglamento desarrolla formatos, tiempos operativos, trazabilidad digital y controles adicionales, sin afectar el núcleo del derecho ni los supuestos excepcionales previstos en esta ley.

Artículo 9. – Deber de continuidad terapéutica

Cuando la IPRESS restrinja el uso del medicamento externo por las causales del artículo 7, debe asegurar la continuidad terapéutica mediante:

- a) Dispensa o provisión institucional del medicamento equivalente o alternativa terapéutica clínicamente aceptable, cuando exista disponibilidad; o
- b) Coordinación con la IAFAS o EPS, según corresponda, para garantizar el acceso oportuno, sin trasladar al paciente cargas irrazonables.

Artículo 10. – Transparencia de precios de medicamentos

Las IPRESS privadas y las farmacias intrahospitalarias o vinculadas deben publicar y mantener actualizada una lista accesible de precios de los medicamentos y productos farmacéuticos de mayor rotación, en medios físicos y digitales, de manera clara y comprensible para los usuarios, incluyendo unidad de medida y presentación.

El reglamento establece criterios objetivos para identificar “mayor rotación”, periodicidad de actualización y mecanismos de acceso para usuarios.

Artículo 11. – Facturación desagregada obligatoria

Toda facturación por concepto de medicamentos debe detallar, como mínimo: denominación común internacional (DCI), nombre comercial si corresponde, concentración, forma farmacéutica, cantidad, precio unitario, precio total, y condición de cobertura por parte del seguro o EPS, así como el monto no cubierto, si lo hubiera.

Artículo 12. – Oferta efectiva de medicamentos genéricos



Las farmacias intrahospitalarias deben informar y ofrecer al asegurado o paciente alternativas terapéuticas en denominación común internacional (DCI) equivalentes al medicamento prescrito cuando se encuentren disponibles, sin reemplazar la prescripción en contra de la indicación clínica y dejando constancia de la opción elegida por el usuario o de la indicación del médico tratante cuando corresponda.

Artículo 13. – Reconocimiento y reembolso por adquisición externa de medicamentos

Cuando el asegurado adquiera medicamentos externamente por ejercicio del derecho reconocido en la presente ley, la IAFAS debe reconocer o reembolsar el gasto conforme al porcentaje de cobertura pactado y a las exclusiones expresas válidamente establecidas en el contrato, aplicando un precio de referencia objetivo conforme al artículo 14.

Las IAFAS deben contar con canales de recepción físicos o digitales accesibles y con requisitos objetivos y razonables, evitando cargas documentales desproporcionadas.

Artículo 14. – Precio de referencia objetivo para reconocimiento o reembolso

El precio de referencia para efectos de reconocimiento o reembolso se determina conforme a una metodología objetiva, verificable y previamente publicada por cada IAFAS, como mínimo bajo las siguientes reglas:

1. El precio de referencia aplicable será el menor entre:
 - a) El precio acreditado por el asegurado con comprobante válido;
 - b) El valor correspondiente en el tarifario o tabla de reembolso vigente de la IAFAS para dicho medicamento (o su equivalente terapéutico), si existiera; y
 - c) Un valor de mercado obtenido de fuentes públicas o registros de precios disponibles, conforme a lo que establezca el reglamento.
2. Cuando no exista tarifario o tabla aplicable, la IAFAS utilizará el precio acreditado por el asegurado, salvo que existan evidencias objetivas de sobreprecio manifiesto según la metodología publicada; en dicho caso, aplicará el valor de mercado determinado conforme al numeral 1.c), debiendo sustentar su decisión.
3. La metodología y sus fuentes deben publicarse y actualizarse periódicamente.

Su aplicación no constituye control directo de precios ni limita la libre fijación de precios en el mercado, siendo aplicable solo para fines de reembolso.

Artículo 15. – Reembolso en atenciones de emergencia fuera de red

En los casos de atención de emergencia brindada fuera de la red prestacional de la IAFAS, el reconocimiento o reembolso de los gastos por medicamentos no puede ser restringido ni degradado por dicha condición, debiendo aplicarse las coberturas correspondientes



conforme a la normativa vigente y a la naturaleza de la emergencia acreditada en la documentación clínica.

Artículo 16. – Plazos, subsanación y salvaguardas antifraude

1. El plazo máximo para presentar las solicitudes de reembolso es de 90 días calendario de adquirido el medicamento.
2. El plazo máximo para que la IAFAS se pronuncie sobre una solicitud de reembolso es de días (10) días calendario contados desde la presentación de la solicitud de reembolso.
3. El plazo máximo para efectuar el pago es de 10 días calendario contados desde la conformidad de la solicitud.
4. Si la solicitud no cumple la documentación esencial, la IAFAS podrá requerir una sola subsanación dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la recepción, suspendiéndose el cómputo del plazo hasta por un máximo de diez (10) días calendario.
5. Excepcionalmente, cuando existan indicios razonables y objetivos de fraude, la IAFAS podrá ampliar el plazo de pronunciamiento por única vez hasta por veinte (20) días calendario adicionales, comunicando motivación concreta al asegurado y dejando constancia de las acciones de verificación realizadas.

Vencidos los plazos sin pronunciamiento, se considera denegada la solicitud para efectos de activar los mecanismos de reclamo, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas aplicables.

Artículo 17. – Mecanismos de reclamo y medidas correctivas mínimas

El asegurado o paciente puede presentar reclamo por:

- a) Condicionamiento de atención a compra intrahospitalaria;
- b) Negativa injustificada de admisión y uso de medicamento externo;
- c) Incumplimiento de transparencia y facturación;
- d) Denegatoria no motivada o incumplimiento de plazos de reembolso.

Las autoridades competentes pueden disponer medidas correctivas orientadas a la restitución de derechos, incluyendo la emisión de información, refacturación, devolución de cobros indebidos, reembolso y otras medidas proporcionadas.

Artículo 18. – Coordinación interinstitucional

SUSALUD y la SBS establecen mecanismos de coordinación para:

- a) Derivación y atención de reclamos con componentes mixtos (prestacionales y de aseguramiento).



- b) Criterios operativos de intercambio de información, respetando la normativa de protección de datos.
- c) Lineamientos de supervisión articulada para evitar duplicidades o vacíos.

Artículo 19. – Fiscalización y supervisión

La supervisión y fiscalización del cumplimiento de la presente ley corresponde a:

- a) SUSALUD, en el ámbito de las IPRESS privadas y farmacias intrahospitalarias o vinculadas, respecto de deberes prestacionales, transparencia en el punto de atención, no condicionamiento, y aplicación del protocolo.
- b) SBS, en el ámbito de las IAFAS, respecto de reglas de reembolso, metodología de precio de referencia, plazos, requisitos, y salvaguardas antifraude.

Sin perjuicio de las competencias de INDECOPÍ en materia de protección al consumidor y libre competencia, según corresponda.

Artículo 20. – Infracciones tipificadas

Constituyen infracciones administrativas, sin perjuicio de las previstas en el marco normativo aplicable, las siguientes conductas:

1. Condicionar la atención o su continuidad a la compra de medicamentos en farmacia intrahospitalaria o vinculada.
2. Negar o restringir la admisión o uso de medicamentos externos sin causal del artículo 7 o sin acta motivada.
3. No implementar o no aplicar el protocolo mínimo del artículo 8.
4. No publicar o no actualizar precios conforme al artículo 10.
5. Emitir facturación sin desagregación conforme al artículo 11.
6. Incumplir plazos de pronunciamiento o pago, o establecer requisitos irrazonables que impidan el reembolso.
7. Aplicar metodologías de precio de referencia no publicadas, no verificables o arbitrarias.

La determinación de la gravedad, sanciones y procedimientos se rige por los regímenes sancionadores de SUSALUD y SBS, según ámbito de competencia, garantizando proporcionalidad y debido proceso.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

Primera. – Reglamentación

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, con participación de SUSALUD y opinión de la SBS, aprueba el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de



noventa (90) días calendario contados desde su entrada en vigencia. El reglamento desarrolla formatos del acta de verificación, estándares operativos, fuentes para el valor de mercado del artículo 14, y mecanismos de coordinación.

Segunda. – Adecuación y progresividad operativa

Las IPRESS privadas, farmacias intrahospitalarias o vinculadas, e IAFAS adecuan sus procesos, planes de salud, tarifarios, canales de atención y sistemas informáticos para el cumplimiento de la presente ley en un plazo máximo de ciento ochenta (180) días calendario desde la publicación del reglamento. Durante dicho plazo, se prioriza la implementación del protocolo de verificación, publicación de precios y canales de reembolso.

Tercera. – Financiamiento

La implementación de la presente ley se financia con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades competentes, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Cuarta. – Vigencia

La presente ley entra en vigencia al día siguiente de la publicación de su reglamento en el Diario Oficial.

Lima, enero 2026



Firmado digitalmente por:
HUAMAN CORONADO Raul FAU
20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/01/2026 14:34:48-0500



Firmado digitalmente por:
JIMENEZ HEREDIA David
Julio FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/01/2026 12:17:13-0500



Firmado digitalmente por:
MOYANO DELGADO Martha
Lupe FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/01/2026 15:29:43-0500

David Julio Jiménez Heredia
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA



Firmado digitalmente por:
REVILLA VILLANUEVA Cesar
Manuel FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/01/2026 12:30:14-0500



Firmado digitalmente por:
ZETA CHUNGA Cruz Maria
FAU 20181749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/01/2026 15:47:14-0500



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ASPECTOS GENERALES

El sistema de aseguramiento privado en salud en el Perú constituye un componente relevante del Sistema Nacional de Salud, articulando a aseguradoras privadas, Entidades Prestadoras de Salud (EPS), clínicas privadas y farmacias vinculadas a estas últimas. Este sistema ha experimentado una expansión sostenida en las últimas décadas, ampliando la oferta de servicios médicos especializados y diversificando los mecanismos de financiamiento de la atención de salud; sin embargo, su desarrollo también ha puesto de manifiesto **tensiones estructurales** en determinados ámbitos de la provisión de servicios, particularmente en lo referido al acceso, dispensación y financiamiento de medicamentos durante la atención hospitalaria y de emergencia.

Diversos estudios institucionales y académicos han señalado que el mercado de medicamentos en el ámbito hospitalario privado presenta características diferenciadas respecto del mercado farmacéutico ambulatorio. En particular, se ha advertido que los medicamentos dispensados en clínicas privadas suelen registrar **precios significativamente más elevados** que los observados en farmacias comunitarias o cadenas farmacéuticas, incluso cuando se trata de productos idénticos en principio activo, concentración y forma farmacéutica (INDECOPI, 2021¹; MINSA, 2020²).

¹ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. (2021). Reporte del mercado de comercialización de medicamentos en clínicas privadas. INDECOPI. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2153419/Reporte%20de%20mercado%20de%20comercializacion%20de%20medicamentos%20en%20clinicas.pdf?v=1713983561>

² Ministerio de Salud (2020). Análisis de la disponibilidad, precios y asequibilidad de medicamentos en el Perú. Ministerio de Salud del Perú. <https://repositorio-digemid.minsa.gob.pe/handle/20.500.14882/732>



El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) ha identificado que estas diferencias de precios no pueden explicarse únicamente por mayores costos operativos o exigencias sanitarias, sino que responden, en gran medida, a **condiciones de mercado caracterizadas por asimetrías de información y restricciones a la capacidad de elección del consumidor**, especialmente en contextos de hospitalización, donde el paciente se encuentra en una situación de dependencia material respecto del establecimiento de salud (INDECOPI, 2021).

Desde una perspectiva de protección de derechos, la Defensoría del Pueblo ha advertido que la atención de salud en establecimientos privados puede generar **barreras económicas indirectas** para los usuarios, particularmente cuando la estructura de costos y precios no es transparente o cuando el paciente carece de alternativas reales para acceder a bienes esenciales como los medicamentos. En diversos informes, dicha entidad ha señalado que estas barreras impactan de manera directa en el ejercicio efectivo del derecho a la salud, incluso en escenarios en los que formalmente existe cobertura por parte de un seguro privado (Defensoría del Pueblo, 2018)³.

Estas barreras se ven reforzadas por prácticas recurrentes en las que las clínicas privadas **restringen o desalientan el uso de medicamentos adquiridos fuera del propio establecimiento**, alegando razones generales de seguridad sanitaria. Si bien la seguridad del tratamiento constituye un objetivo legítimo, la Superintendencia Nacional de Salud

³ Defensoría del Pueblo. (2018). Reporte Salud N.º 8: Medicamentos.
<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/REPORTE-SALUD-8.pdf>



(SUSALUD) ha señalado que la ausencia de protocolos claros y uniformes para la admisión de medicamentos externos genera incertidumbre y limita la capacidad de los usuarios para ejercer decisiones informadas sobre su tratamiento y su gasto en salud (SUSALUD, 2024)⁴.

En el mismo sentido, SUSALUD ha identificado que los usuarios de seguros privados enfrentan dificultades recurrentes para comprender y ejercer sus derechos en materia de cobertura de medicamentos, copagos y reembolsos, especialmente cuando la atención se brinda fuera de la red prestacional o cuando los medicamentos no se encuentran plenamente cubiertos. Estas dificultades se traducen en **cargas administrativas y económicas adicionales**, que afectan la función protectora del aseguramiento en salud (SUSALUD, 2024).

La literatura académica especializada sobre sistemas de salud y mercados farmacéuticos ha señalado que los entornos hospitalarios tienden a generar **mercados cautivos**, en los que el proveedor de servicios de salud controla simultáneamente la prestación médica y la dispensación de medicamentos, reduciendo los incentivos a la competencia y limitando la capacidad de los pacientes para comparar precios o acceder a alternativas terapéuticas equivalentes (Mossialos et al., 2016)⁵. Estas dinámicas han sido observadas tanto en países desarrollados como en economías emergentes, y suelen requerir intervenciones

⁴ Anuario estadístico SUSALUD 2024, Recuperado de:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8459372/7020158-anuario-estadistico-susalud-2024.pdf?v=1754660104>

⁵ Mossialos, E., Ge, Y., Hu, J., & Wang, L. (2016). Pharmaceutical policy in China: Challenges and opportunities for reform. World Health Organization – European Observatory on Health Systems and Policies. Recuperado de:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d00c5d36-e5fe-4cbe-914b-078abbe6cde6c/content>



regulatorias focalizadas orientadas a mejorar la transparencia y proteger al usuario, sin recurrir a controles directos de precios.

Adicionalmente, diversos estudios sobre políticas farmacéuticas han resaltado que la promoción del uso de medicamentos genéricos constituye una de las herramientas más eficaces para reducir el gasto de bolsillo de los pacientes; sin embargo, dicha promoción pierde efectividad cuando la oferta de genéricos no es visible, accesible o efectivamente presentada al usuario en el punto de atención, como ocurre con frecuencia en el ámbito intrahospitalario (Hernández-Vásquez et al., 2020⁶; Ugarte Ubilluz, 2019⁷).

La convergencia de estos factores —precios intrahospitalarios elevados, restricciones prácticas a la adquisición externa de medicamentos, limitada transparencia en la oferta terapéutica y procedimientos complejos de cobertura y reembolso— configura una **asimetría estructural** entre los usuarios de seguros privados y los agentes económicos que participan en la provisión y financiamiento de la atención de salud. Esta asimetría ha sido reconocida por las autoridades administrativas y por la literatura especializada como un elemento que afecta tanto la equidad en el acceso a medicamentos como la eficiencia del mercado de servicios de salud (INDECOPI, 2021; Defensoría del Pueblo, 2018; SUSALUD, 2024).

⁶ Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Magallanes-Quevedo, L., & Bendezu-Quispe, G. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*, 20(2), e7833.

<https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7833>

⁷ Ugarte Ubilluz, O. (2019). Estrategias para mejorar el acceso a medicamentos en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 104–108.

<https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15878>



En este contexto general, se evidencia la necesidad de analizar de manera integral el marco vigente y las prácticas actuales, a fin de identificar los puntos de fricción que justifican una intervención normativa orientada a mejorar la transparencia, fortalecer la protección del usuario y asegurar que la cobertura de medicamentos en el sistema privado de salud se desarrolle en condiciones de razonabilidad económica y seguridad sanitaria, sin alterar la arquitectura básica del aseguramiento ni el funcionamiento del mercado.

Cabe mencionar que la presente iniciativa nace de la observancia de la problemática específica tratada en el proyecto de ley, y no del pedido de algún gremio, institución, autoridad o colectivo.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El acceso efectivo a medicamentos en el marco del aseguramiento privado de salud y de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) presenta una problemática estructural que no se agota en la existencia formal de cobertura contractual, sino que se manifiesta en la interacción concreta entre aseguradoras, clínicas privadas, farmacias intrahospitalarias y usuarios asegurados. Diversos estudios y reportes especializados han evidenciado que la cobertura parcial de medicamentos, combinada con precios intrahospitalarios elevados y restricciones operativas a la libre adquisición externa, genera una carga económica significativa para los asegurados, aun cuando estos cuenten con planes de salud de cobertura media o alta⁸.

⁸ Ojo Público (2015), Jefa de Susalud: clínicas y pacientes se rigen por el libre mercado. Recuperado de: <https://ojo-publico.com/derechos-humanos/salud/jefa-susalud-clinicas-y-pacientes-se-rigen-por-el-libre-mercado>



Investigaciones periodísticas de carácter técnico han documentado que los medicamentos dispensados en clínicas privadas pueden alcanzar precios sustancialmente superiores a los observados en farmacias comunitarias y cadenas farmacéuticas, con márgenes que superan ampliamente los costos logísticos y de almacenamiento. Un análisis comparativo realizado durante la pandemia de la COVID-19 evidenció que determinados medicamentos de uso hospitalario llegaron a costar más del doble en clínicas privadas respecto del precio de venta en farmacias externas, sin que existiera información clara al paciente sobre las razones de dicha diferencia (El Comercio, 2021)⁹.

Este fenómeno no constituye un hecho aislado ni coyuntural. Estudios de investigación independientes han señalado que el modelo de negocio de diversas clínicas privadas incorpora la venta de medicamentos como una fuente relevante de financiamiento cruzado, permitiendo compensar otros costos de la atención médica. En este contexto, el paciente hospitalizado se convierte en un consumidor cautivo, sin capacidad real de comparar precios ni de optar por alternativas más económicas, particularmente cuando la cobertura del seguro no alcanza el 100 % del costo del medicamento (Ojo Público, 2021)¹⁰.

La problemática se intensifica en los supuestos de cobertura parcial, que son predominantes en atenciones no emergenciales. Cuando el asegurado debe asumir copagos o coaseguros —que pueden oscilar entre el 10 % y el 50 % del costo—, la aplicación de dichos porcentajes sobre precios intrahospitalarios elevados incrementa de

⁹ El Comercio. (2021, 21 de septiembre). Indecopi: clínicas cobraron más del doble por medicamentos frente a farmacias privadas. <https://elcomercio.pe/economia/peru/indecopi-clinicas-cobraron-mas-del-doble-en-medicamentos-para-covid-19-en-comparacion-con-las-farmacias-y-boticas-privadas-nndc-noticia/>

¹⁰ Ojo Público. (2021), Los ocho grupos económicos detrás del negocio de la salud en Perú. <https://ojo-publico.com/3225/los-ocho-grupos-economicos-detras-del-negocio-la-salud>



manera desproporcionada el gasto de bolsillo. Estudios académicos sobre gasto en salud en el Perú han demostrado que los medicamentos constituyen el principal componente del gasto directo de los hogares, incluso entre personas aseguradas, lo que revela una brecha entre la cobertura formal y la protección financiera efectiva (Apoyo Consultoría, 2023)¹¹.

A ello se suma la existencia de barreras operativas para la adquisición de medicamentos fuera de la red prestacional. Investigaciones especializadas en políticas farmacéuticas han señalado que, si bien no existe una prohibición expresa para que los pacientes adquieran medicamentos en farmacias externas, en la práctica muchas clínicas privadas restringen o condicionan el ingreso y uso de dichos productos durante la hospitalización, invocando criterios genéricos de seguridad que no siempre se encuentran respaldados por protocolos públicos o verificables (INFOBAE, 2021)¹².

Este escenario genera una asimetría significativa de información y de poder de negociación. El asegurado desconoce, en muchos casos, si el medicamento dispensado tiene alternativas terapéuticas equivalentes más económicas, si existe la opción de un genérico disponible o si pudiese adquirir el producto fuera del establecimiento sin afectar la continuidad del tratamiento. Estudios del Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos han señalado que la falta de transparencia en la información sobre precios

¹¹ Apoyo Consultoría. (2023). Los peruanos gastan más de lo que deberían en medicamentos por el desabastecimiento en el sistema de salud público. <https://www.apoyoconsultoria.com/es/los-peruanos-gastan-mas-de-lo-que-deberian-en-medicamentos-por-el-desabastecimiento-en-el-sistema-de-salud-publico/>

¹² Infobae. (2021, 22 de septiembre). Medicamentos en clínicas se vendían 1236% más caros que en boticas durante la pandemia. <https://www.infobae.com/america/peru/2021/09/22/medicamentos-en-clinicas-se-vendian-1236-mas-caros-que-en-boticas-durante-la-pandemia/>



y alternativas terapéuticas limita la capacidad del paciente para tomar decisiones racionales en contextos de vulnerabilidad sanitaria (DIGEMID, 2020)¹³.

En relación con los mecanismos de reembolso, diversos informes técnicos han identificado que, aunque las pólizas de seguros privados contemplan esta modalidad, su aplicación efectiva enfrenta obstáculos administrativos y procedimentales. Un boletín especializado de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) ha advertido que los procesos de reembolso suelen ser percibidos por los usuarios como complejos, lentos y poco predecibles, lo que desincentiva su uso y refuerza la dependencia del consumo dentro de la red afiliada, incluso cuando existen opciones más económicas fuera de ella (SBS, 2019)¹⁴.

El **reembolso que, actualmente, realizan las aseguradoras privadas de salud** a favor de los asegurados por **gastos de óptica** —específicamente por los conceptos de **monturas y lunas**—, así como la **verificación de los plazos efectivos** en que dichos reembolsos se tramitan y materializan, a fin de contar con un **parámetro objetivo** para la determinación de los plazos que deben incorporarse en la propuesta normativa.

En ese sentido, corresponde evaluar que el diseño vigente resulta **desproporcionado**, en la medida que establece **hasta quince (15) días hábiles** para la evaluación y emisión de pronunciamiento respecto de la solicitud de reembolso, a lo que se adiciona un plazo de **treinta (30) días calendario** para la ejecución del pago. En términos prácticos, ello puede implicar que el asegurado **recupere el importe desembolsado en un horizonte cercano a dos (2) meses**, lo cual puede generar una **afectación relevante** al usuario, atendiendo a su situación económica y al **monto** del gasto asumido, con impacto potencial en la

¹³ Ministerio de Salud (2020). Óp. Citada

¹⁴ Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. (2019). Boletín SBS N° 24-2019: Seguros privados de salud. <https://www.sbs.gob.pe/boletin/detalleboletin/idbulletin/72>



continuidad de la atención y en la **oportunidad** del acceso a prestaciones complementarias vinculadas a salud visual.

La combinación de estos factores —precios elevados en farmacias intrahospitalarias, restricciones prácticas a la adquisición externa de medicamentos, limitada transparencia en la información sobre genéricos y dificultades en los mecanismos de reembolso— configura un problema estructural que afecta la equidad del aseguramiento privado en salud. Investigaciones comparadas en sistemas de salud de economías de mercado han advertido que, en ausencia de reglas claras que garanticen la libre elección informada y la razonabilidad económica, los seguros privados pueden perder su función de protección financiera y convertirse en esquemas de cobertura meramente nominal.

En nuestro caso, esta problemática adquiere especial relevancia debido al crecimiento sostenido del aseguramiento privado y a la coexistencia de múltiples regímenes de cobertura. La evidencia disponible muestra que el marco actual no asegura, de manera uniforme, que el asegurado pueda beneficiarse de los precios de mercado de los medicamentos ni que la cobertura contractual se traduzca en un gasto razonable y previsible. Esta situación justifica la necesidad de identificar con precisión los vacíos existentes en la regulación y en las prácticas del sector, como paso previo para el diseño de una intervención normativa orientada a restablecer el equilibrio entre protección del usuario, seguridad sanitaria y funcionamiento eficiente del mercado.

III. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La solución normativa propuesta se orienta a corregir la problemática identificada en la provisión y cobertura de medicamentos en el ámbito del aseguramiento privado de salud y



de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), sin alterar la arquitectura general del sistema de aseguramiento ni interferir en la libertad del mercado o en el régimen de libre formación de precios que es defendido por nuestra Carta Magna. En ese sentido, la iniciativa adopta un enfoque funcional, centrado en el fortalecimiento de derechos operativos del asegurado, la reducción de asimetrías de información y la introducción de estándares mínimos de transparencia y razonabilidad económica para el beneficio del usuario.

La propuesta se articula sobre **ejes complementarios**, cuya interacción permite que la cobertura formal de medicamentos se traduzca en una protección económica efectiva para el usuario, especialmente en todos los contextos de atención médica.

3.1. Garantía del derecho a la libre adquisición segura de medicamentos

El primer eje de la solución consiste en reconocer de manera expresa el derecho del asegurado o paciente a adquirir medicamentos fuera de la farmacia intrahospitalaria, incluso durante la hospitalización, siempre que se cumplan condiciones objetivas de seguridad sanitaria. Este reconocimiento permite corregir la situación de cautividad económica en la que se encuentra el paciente hospitalizado, quien actualmente carece de capacidad real para optar por alternativas de adquisición más económicas cuando la cobertura del seguro es parcial.

Para evitar que este derecho comprometa la seguridad del tratamiento, la propuesta incorpora la obligación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) privadas de implementar un protocolo de verificación sanitaria uniforme, que permita evaluar la trazabilidad, autenticidad, condiciones de conservación y compatibilidad terapéutica del medicamento adquirido externamente. De este modo, la seguridad clínica



deja de ser un argumento discrecional y se convierte en un procedimiento técnico verificable.

Este mecanismo no elimina la dispensación intrahospitalaria ni impone obligaciones de abastecimiento externo, sino que **habilita una alternativa real** para el asegurado, reduciendo el impacto económico de los copagos cuando la cobertura no es total y asegurando la continuidad del tratamiento bajo control del establecimiento de salud.

3.2. Eliminación del condicionamiento económico de la atención de salud

El segundo eje de la propuesta aborda directamente la práctica de condicionar, de manera expresa o implícita, la continuidad de la atención médica a la adquisición de medicamentos en la farmacia de la propia clínica. La solución normativa establece la prohibición de este tipo de condicionamientos, salvo en supuestos excepcionales debidamente justificados por razones sanitarias objetivas.

Con ello, se delimita con claridad el ámbito legítimo de actuación de las IPRESS privadas, evitando que la venta de medicamentos se convierta en un requisito fáctico para la hospitalización, la administración del tratamiento o el alta médica. La propuesta no restringe la capacidad de las clínicas para definir su modelo de atención, pero sí impide que la posición de dominio que ya tiene sobre el paciente sea utilizada como mecanismo de imposición económica.

3.3. Transparencia en precios y facturación de medicamentos

El tercer eje de la solución se orienta a corregir la asimetría de información existente entre los prestadores de servicios de salud y los asegurados. La propuesta establece



obligaciones claras de transparencia en la publicación de precios de medicamentos de mayor rotación y en la facturación de los productos dispensados durante la atención médica.

La exigencia de facturación desagregada, con identificación del principio activo, la forma farmacéutica, la cantidad y el precio unitario, permite que el asegurado comprenda el costo real del medicamento y el impacto económico de los copagos o coaseguros. Esta información resulta indispensable para que el usuario pueda ejercer de manera efectiva su derecho a elegir, tanto dentro como fuera del establecimiento de salud, cuando la cobertura no es integral.

La transparencia, en este sentido, no constituye un control de precios, sino un mecanismo de corrección del desequilibrio informativo que actualmente impide decisiones económicas informadas o racionales por parte del asegurado.

3.4. Oferta efectiva de medicamentos genéricos y elección informada

El cuarto eje de la propuesta se centra en garantizar que el asegurado cuente con **alternativas terapéuticas reales** al momento de la dispensación del medicamento. La iniciativa establece la obligación de las farmacias intrahospitalarias de ofrecer alternativas en denominación común internacional (DCI) cuando estas se encuentren disponibles, dejando constancia de la opción elegida por el usuario.



Este mecanismo no interfiere en la libertad de prescripción médica ni impone el uso obligatorio de medicamentos genéricos, sino que asegura que la elección del medicamento —especialmente cuando implica un mayor gasto de bolsillo— sea el resultado de una decisión informada y no de la ausencia de opciones visibles para el paciente.

3.5. Reglas mínimas de reconocimiento y reembolso de medicamentos

Finalmente, la propuesta introduce reglas mínimas uniformes para el reconocimiento y reembolso de gastos por medicamentos cuando estos son adquiridos fuera de la farmacia intrahospitalaria o fuera de la red prestacional. Estas reglas no sustituyen los términos contractuales del seguro, pero establecen estándares básicos de razonabilidad, transparencia y predictibilidad en los procedimientos de reembolso.

La incorporación de un criterio objetivo de referencia para el reembolso, así como plazos máximos para la evaluación y el pago de reembolsos, permite reducir la incertidumbre que actualmente enfrentan los asegurados y evita que los mecanismos de reembolso se conviertan en barreras administrativas que desincentiven el ejercicio de derechos legítimos.

Como se trata de evidenciar, la propuesta normativa en su conjunto, transforma la cobertura de medicamentos de un esquema meramente formal a un **sistema operativamente exigible**, en el que el asegurado puede acceder a alternativas de adquisición, conocer los costos reales de su tratamiento y ejercer sus derechos sin poner en riesgo la continuidad ni la seguridad de la atención médica. Todo ello se logra sin alterar el régimen de libre mercado ni la estructura del aseguramiento privado, mediante la introducción de reglas claras que ordenan la interacción entre aseguradoras, clínicas y usuarios.



IV. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS:

En el periodo parlamentario 2021–2026 se han presentado, entre otros, los siguientes proyectos de ley con **finalidad afín** (protección del usuario/asegurado, corrección de asimetrías y fortalecimiento de reglas de acceso, cobertura y precios en salud/medicamentos), que guardan un **espíritu similar** al de la iniciativa sobre **medicamentos vinculados a seguros privados/EPS, copagos y reembolsos**:

- **Proyecto de Ley N° 1508/2021-CR**, del Grupo Parlamentario **Acción Popular**, a iniciativa del congresista **Espinoza Vargas**, que propone la **Ley que establece la obligatoriedad de la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)**; presentado el **22 de marzo de 2022**; acumulado y tramitado en el marco de un **predictamen** en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social.
- **Proyecto de Ley N° 3458/2022-CR**, del Grupo Parlamentario **Perú Democrático**, a iniciativa de la congresista **Limachi Quispe**, que propone la **Ley que modifica los artículos 10 y 17 de la Ley 26790 y el artículo 118 de la Ley 29946 (Contrato de Seguro), para cubrir enfermedades preexistentes y congénitas**; presentado el **4 de noviembre de 2022** y decretado a comisión el **7 de noviembre de 2022** (con Comisión de Justicia como segunda dictaminadora); materia también comprendida en el **predictamen** conjunto con el PL 1508/2021-CR.

V. MARCO NORMATIVO

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
4. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.



5. Ley N° 29414, Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
6. Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.
7. Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
8. Ley N° 32033, Ley que garantiza y promueve el acceso y uso de medicamentos genéricos.
9. Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790.
10. Decreto Supremo N° 016-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
11. Decreto Supremo N° 014-2011-SA, Reglamento de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
12. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Reglamento de la Ley N° 29414.
13. Decreto Supremo N° 030-2016-SA, Reglamento de la Ley N° 29459.

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

Incorporación de un régimen jurídico específico sobre medicamentos en el aseguramiento privado de salud

La iniciativa legislativa producirá la incorporación de un **bloque normativo especializado** que regula de manera expresa la adquisición, dispensación, cobertura y reembolso de medicamentos en el ámbito del aseguramiento privado de salud y de las EPS, materia que actualmente se encuentra abordada de forma dispersa y fragmentaria en el ordenamiento



jurídico. Este efecto contribuye a la **completitud del sistema normativo sanitario**, al llenar un vacío regulatorio existente en el cuerpo legal nacional.

Desarrollo normativo y precisión del contenido del derecho del usuario de servicios de salud

La norma generará un efecto de **densificación normativa** de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, al establecer reglas claras y operativas sobre el acceso a medicamentos, la información sobre precios, la posibilidad de elección y la razonabilidad de los mecanismos de cobertura y reembolso. Con ello, el acervo legislativo incorporará disposiciones que **precisan el alcance de derechos previamente reconocidos en términos generales**, fortaleciendo su exigibilidad jurídica.

Articulación sistemática entre la legislación sanitaria y la legislación de seguros

La aprobación de la norma producirá una **articulación expresa** entre el régimen jurídico de los productos farmacéuticos y el régimen del contrato de seguro, estableciendo puntos de conexión normativos claros en materia de cobertura, reconocimiento y reembolso de medicamentos. Este efecto reduce la actual disociación normativa entre ambos cuerpos legales y favorece una **interpretación armónica y coherente del ordenamiento jurídico**, reforzando la seguridad jurídica.

Delimitación normativa de prácticas permitidas y prohibidas en la dispensación de medicamentos en el sector privado de salud

La iniciativa tendrá como efecto la **clarificación normativa** de las conductas admisibles y no admisibles en la dispensación de medicamentos en establecimientos privados de salud, particularmente en lo referido al condicionamiento de la atención, a la información al usuario

y a los criterios de admisión de medicamentos adquiridos externamente. Este efecto contribuye a **ordenar el marco normativo vigente**, reduciendo zonas de ambigüedad y fortaleciendo la coherencia interna del sistema legal aplicable al sector.

VII. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Actores involucrados	Costos	Beneficios
ASEGURADOS DE SEGUROS PRIVADOS Y EPS	Costos de adaptación al ejercicio activo de sus derechos, incluyendo decisiones informadas sobre adquisición externa de medicamentos y eventuales trámites de reembolso. Posibles costos transaccionales iniciales asociados a cambios en prácticas habituales de consumo intrahospitalario. No se generan costos monetarios obligatorios adicionales ni impacto presupuestal para el asegurado.	Reducción directa del gasto de bolsillo en medicamentos cuando la cobertura es parcial, al permitir acceso a precios de mercado. Mayor previsibilidad económica en copagos y reembolsos. Beneficios monetarios directos por disminución de sobrecostos intrahospitalarios. Beneficios no monetarios sustantivos en autonomía del paciente, información, capacidad de elección y protección económica efectiva. Mejora de la confianza en el seguro contratado y fortalecimiento de la seguridad jurídica del asegurado.
CLÍNICAS PRIVADAS	Costos de adecuación operativa y administrativa para implementar protocolos de verificación sanitaria, transparencia de precios y facturación desagregada. Impacto económico asociado a la reducción de ingresos derivados de	Mayor claridad normativa sobre prácticas permitidas y prohibidas, reduciendo riesgos regulatorios y contingencias legales. Beneficios no monetarios en reputación institucional, confianza del usuario y licencia social para operar. Incentivo



	sobrepuestos en la dispensación intrahospitalaria de medicamentos. Costos de cumplimiento normativo y ajustes en modelos de negocio farmacéutico interno. Sin impacto presupuestal público, al tratarse de costos asumidos por el sector privado.	a la especialización en la prestación del servicio médico propiamente dicho. Impacto económico positivo de mediano plazo por reducción de conflictos, reclamos y contingencias sancionadoras.
ESTADO PERUANO	Costos de adecuación normativa, emisión de disposiciones reglamentarias y fortalecimiento de capacidades de supervisión y fiscalización en materia de medicamentos, seguros y prestación privados de salud. Impacto económico indirecto vinculado a mayores exigencias de coordinación interinstitucional y ajustes operativos en los sistemas de supervisión existentes. Efectos monetarios limitados, al no crearse nuevas entidades ni programas, concentrándose el esfuerzo en reasignación de funciones. Impacto presupuestal acotado y absorbible dentro de los presupuestos institucionales vigentes.	Fortalecimiento del orden normativo y de la coherencia regulatoria en el sistema de salud privado. Reducción de conflictos administrativos y controversias recurrentes entre usuarios, clínicas y aseguradoras, con efectos positivos en eficiencia institucional. Mejora de la capacidad del Estado para proteger derechos sin intervenir en la formación de precios. Efectos no monetarios relevantes en legitimidad regulatoria, previsibilidad y seguridad jurídica. A mediano plazo, contribución a la reducción de litigios y reclamos, con efectos fiscales indirectos positivos.
POBLACIÓN EN GENERAL	Costos de información y adaptación inicial al nuevo marco normativo, particularmente en la comprensión de derechos y opciones disponibles en la adquisición de medicamentos.	Mejora estructural del entorno de acceso a medicamentos y del funcionamiento del mercado farmacéutico privado, con efectos indirectos en contención de precios

	Impacto económico indirecto limitado, sin imposición de cargas financieras ni tributarias. No se generan efectos monetarios negativos directos ni impacto presupuestal para la población no asegurada.	y mayor transparencia. Beneficios no monetarios asociados al fortalecimiento del derecho a la salud, reducción de asimetrías informativas y aumento de confianza en el sistema. Impacto económico positivo de largo plazo derivado de un mercado más competitivo y ordenado, sin costo fiscal para la población.
FARMACIAS FUERA DE LAS CLÍNICAS	Costos de adecuación para integrarse a una mayor demanda de medicamentos vinculada a pacientes asegurados, incluyendo ajustes logísticos, informativos y de cumplimiento sanitario. Impacto económico inicial moderado por incremento de competencia y exigencias de trazabilidad. Sin impacto presupuestal público ni cargas regulatorias extraordinarias.	Incorporación de pacientes asegurados. Beneficios directos por aumento de ventas y mayor competencia en precios. Efectos monetarios derivados de una mayor rotación y volumen de mercado. Beneficios no monetarios en formalización, integración al sistema de salud y fortalecimiento de la competencia farmacéutica, contribuyendo a un mercado más equilibrado y transparente.

VIII. VINCULACIÓN DE LA NORMA PROPUESTA CON LA AGENDA LEGISLATIVA 2024/2025¹⁵ Y EL ACUERDO NACIONAL¹⁶

AGENDA LEGISLATIVA DEL CONGRESO 2024-2025

¹⁵ Agenda Legislativa-del Congreso 2024-2025. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/congreso-aprueba-agenda-legislativa-para-el-periodo-anual-de-sesiones-20242025>

¹⁶ Acuerdo Nacional tomado de <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado-politicas-de-estado-castellano/>



Firmado digitalmente por:
RAMIREZ GARCIA Tania
Estefany FAU 20181748126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/01/2026 16:40:17-0500

CONGRESO
de la
REPÚBLICA

DAVID JIMÉNEZ HEREDIA

AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN
DE LA ECONOMÍA PERUANA

Política 13 -	Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social
Tema 52	Sobre los establecimientos de servicios de salud y acceso a medicamentos
ACUERDO NACIONAL	
Política 13	Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social



Firmado digitalmente por:
VENTURA ANGEL Hector Jose
FAU 20181748126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/01/2026 13:46:11-0500