CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00876-2026-2031-CD
RU 69751-CD
18 NOVIEMBRE 2026 05:37 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ELOPEZ

PROYECTO DE LEY QUE FORTALECE LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y SIN COMPETENCIA EFECTIVA

El **Grupo Parlamentario Partido Del Buen Gobierno**, a iniciativa de la diputada que suscribe, **GLORIA HIRACHE PIZARRO**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y de conformidad con los artículos 106 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados, aprobado por la Resolución Legislativa del Congreso N.° 005-2025-2026-CR, propone el siguiente PROYECTO DE LEY:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE FORTALECE LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y SIN COMPETENCIA EFECTIVA

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer la transparencia de los precios efectivamente pagados en la cadena farmacéutica, establecer medidas excepcionales y proporcionales frente a medicamentos de alto costo o mercados sin competencia efectiva, y articular la evaluación de tecnologías sanitarias, las decisiones de cobertura, la adquisición y el abastecimiento oportuno.

Artículo 2. Finalidad de la Ley

La finalidad de la presente ley es proteger el derecho a la salud y los intereses económicos de los usuarios, evitar cobros opacos o desproporcionados, mejorar el poder de negociación del Estado y asegurar que una decisión técnica favorable se traduzca oportunamente en una decisión motivada de cobertura y, cuando corresponda, en adquisición y disponibilidad efectiva.

Artículo 3. Modificación del artículo 28-A de la Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios

Se modifica el artículo 28-A de la Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, en los siguientes términos:

"Artículo 28-A. Acceso a la información de precios y transacciones

28-A.1 *Los establecimientos farmacéuticos públicos y privados, las farmacias de los establecimientos de salud, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud y los* ***titulares de registro sanitario que comercializan dichos productos*** *reportan a la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios información confiable, vigente, completa y oportuna sobre precios de oferta y precios efectivamente transados de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.* ***Cada sujeto reporta las operaciones en las que interviene. El reglamento establece la periodicidad, oportunidad y formato del reporte según el tipo de sujeto y operación.***

28-A.2 *El reporte transaccional identifica el producto mediante su código único, Denominación Común Internacional, concentración, forma farmacéutica y presentación; e incluye el precio neto de adquisición después de descuentos, bonificaciones y notas de crédito; cantidad adquirida; fecha de operación; canal de compra; precio de venta; margen aplicado; y demás variables necesarias para comparar transacciones equivalentes.* ***DIGEMID aprueba una metodología estandarizada de imputación de descuentos, bonificaciones y notas de crédito y de cálculo del costo neto y margen, que permite comparar operaciones equivalentes.***

28-A.3 *La autoridad sanitaria valida la calidad de la información, la integra al Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos y publica indicadores agregados, rangos de precios transaccionales y alertas de variaciones atípicas. La información protegida por reserva legal, secreto comercial o datos personales no se publica de forma individualizada, sin perjuicio de su acceso por las autoridades competentes* ***dentro de sus atribuciones legales y con deber de reserva,*** *para fines de regulación, supervisión, competencia, control y contratación pública.* ***El tratamiento observa la Ley 29733 y su reglamento, con controles de acceso y técnicas de agregación y anonimización que impidan identificar a los pacientes.***

28-A.4 *En la dispensación o suministro de medicamentos por clínicas, establecimientos de salud y servicios vinculados, el comprobante de pago distingue el precio de* ***venta del medicamento*** *y los servicios farmacéuticos o logísticos* ***cobrados, conforme a las reglas de SUNAT. No se exige revelar*** *al* ***usuario el costo interno de adquisición ni el margen empresarial, sin perjuicio de su reporte reservado*** *a la* ***autoridad conforme a los numerales anteriores.***

28-A.5 *La Autoridad Nacional de Salud implementa mecanismos para que el usuario compare precios antes de la compra y conozca las alternativas disponibles. El incumplimiento del deber de reporte* ***y*** *la remisión de información falsa, incompleta o desactualizada* ***se fiscalizan por las autoridades señaladas en el artículo 44 y se sancionan*** *conforme a* ***los artículos 50 a 52 de*** *la* ***presente ley, previa tipificación aplicable*** *y* ***con respeto*** *de* ***los principios de legalidad, tipicidad, razonabilidad y non bis in idem del artículo 248 del Texto Único Ordenado de la Ley 27444. La intervención de Indecopi se limita a las infracciones de su competencia; no procede doble sanción cuando exista identidad de sujeto, hecho y fundamento."***

Artículo 4. Identificación de medicamentos de alto costo o sin competencia efectiva

4.1 El Ministerio de Salud, con opinión técnica del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual y de las entidades que correspondan, publica anualmente la relación de productos farmacéuticos que cumplan una o más de las siguientes condiciones: superen el umbral de alto costo determinado por la Autoridad Nacional de Salud; carezcan de sustitutos terapéuticos razonables; tengan un solo oferente o una estructura de oferta que impida competencia efectiva; presenten diferencias injustificadas respecto de precios internacionales comparables; o generen impacto significativo en el gasto de bolsillo o en el presupuesto público.

4.2 La inclusión se sustenta en un informe técnico que identifica el problema de mercado, la población afectada, la disponibilidad de alternativas, la situación de propiedad intelectual, la evidencia terapéutica y el impacto económico. La relación se revisa como mínimo una vez al año y admite actualización extraordinaria. **La inclusión no constituye declaración de infracción a la libre competencia ni habilita automáticamente el precio máximo previsto en el artículo 6.**

Artículo 5. Medidas graduales para promover el acceso

5.1 Para los productos incluidos en la relación prevista en el artículo 4, el Ministerio de Salud aplica, según la naturaleza del problema y de manera gradual, una o más de las siguientes medidas: requerimientos reforzados de transparencia; convocatoria a negociación centralizada; compra corporativa; mecanismos diferenciados de adquisición; acuerdos de riesgo compartido; referencia internacional de precios; promoción de alternativas terapéuticas; acciones de defensa de la competencia; o precio máximo temporal de venta.

5.2 La medida elegida debe ser idónea, necesaria, proporcional, temporal y revisable. Se priorizan las soluciones que incrementen la competencia y la negociación antes de establecer un precio máximo.

Artículo 6. Precio máximo temporal de venta

6.1 Excepcionalmente, el Ministerio de Salud puede establecer un precio máximo temporal de venta para uno o más productos incluidos en la relación prevista en el artículo **4 solo cuando concurran una falla de mercado objetivamente acreditada; riesgo grave y comprobado para el acceso, la continuidad terapéutica o la sostenibilidad financiera del sistema; insuficiencia demostrada de las medidas menos restrictivas previstas en el artículo 5; y un juicio favorable de idoneidad, necesidad y**

proporcionalidad. El expediente incorpora un informe técnico de Indecopi sobre las condiciones de competencia, sin que este constituya declaración de infracción.

6.2 La decisión se adopta mediante resolución ministerial sustentada en un expediente técnico público que **delimita el producto y el mercado analizado, explica la fórmula de cálculo y ponderación de sus variables, y** considera, como mínimo, precios internacionales de países comparables; precios netos de adquisiciones públicas y privadas; costo del tratamiento; valor terapéutico y costo-efectividad; tipo de cambio; costos eficientes de importación, almacenamiento y distribución; disponibilidad de sustitutos; volumen de demanda; derechos de propiedad intelectual; un margen razonable de **comercialización; y los efectos previsibles sobre la oferta y el riesgo de desabastecimiento. El reglamento establece la metodología de cálculo; la resolución publica su aplicación y sustenta que la medida no compromete la continuidad del suministro.**

6.3 El precio máximo se establece por un plazo no mayor de doce meses, renovable previa nueva evaluación. Se revisa de oficio cuando cambien sustancialmente las condiciones de competencia, costos, tipo de cambio, disponibilidad o evidencia terapéutica. La medida se deja sin efecto cuando exista competencia efectiva o desaparezca el riesgo que la justificó.

6.4 Los interesados pueden presentar información y observaciones durante el **procedimiento, con audiencia previa y acceso a la versión pública del expediente conforme al reglamento.** La resolución identifica la metodología aplicada y responde los argumentos relevantes, respetando la información confidencial protegida por ley.

Artículo 7. Articulación posterior a la evaluación de tecnologías sanitarias

7.1 La **entidad miembro de la** Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias **competente conforme a la normativa sectorial, bajo la coordinación del Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud del Instituto Nacional de Salud,** emite la evaluación de una tecnología sanitaria de alto costo en un plazo máximo de ciento veinte días hábiles contado desde que el expediente se encuentre completo. Por complejidad debidamente motivada, el plazo puede ampliarse una sola vez hasta por treinta días hábiles. En situaciones de urgencia clínica o riesgo de interrupción terapéutica, la evaluación se prioriza conforme al reglamento. **Un requerimiento técnico indispensable al solicitante puede suspender el cómputo por un plazo motivado de hasta treinta días hábiles, con notificación y reanudación al recibirse la respuesta o vencer dicho plazo; no cabe suspensión indefinida.**

7.2 Emitida una recomendación favorable, la institución administradora de fondos de aseguramiento en salud, entidad financiadora o entidad responsable de la cobertura adopta, dentro de los cuarenta y cinco días hábiles siguientes, una decisión expresa y motivada sobre cobertura y financiamiento. La recomendación favorable no genera aprobación automática de gasto, pero obliga a una decisión oportuna, transparente y sustentada.

7.3 Cuando la decisión de cobertura sea favorable y exista disponibilidad presupuestal, la entidad responsable inicia dentro de los treinta días hábiles siguientes las actuaciones de programación, financiamiento y contratación que correspondan, pudiendo aplicar mecanismos diferenciados de adquisición.

7.4 El Ministerio de Salud publica un tablero de seguimiento de los plazos y estados de la cadena de acceso, desde la solicitud de evaluación hasta la disponibilidad del producto, sin difundir datos personales ni información clínicamente sensible.

Artículo 8. Modificación del artículo 44 de la Ley 32069, Ley General de Contrataciones Públicas

Se incorporan los numerales 44.3, 44.4 y 44.5 al artículo 44 de la Ley 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, en los siguientes términos:

"Artículo 44. Acuerdos mediante mecanismos diferenciados de adquisición (MDA)

[...]

44.3 El ente rector del Sistema Nacional de Salud publica anualmente la relación de tecnologías sanitarias nominadas y priorizadas para ser contratadas mediante mecanismos diferenciados de adquisición, la entidad encargada, el cronograma estimado y los criterios técnicos aplicados. ***Esta publicación no sustituye las competencias de autorización, nominación, priorización y contratación previstas en el numeral 44.1 y su reglamento para el ente rector, EsSalud, las sanidades y las entidades contratantes.***

44.4 La entidad contratante publica, ***de forma agregada y anonimizada,*** *al menos, el monto total comprometido y ejecutado, el número de pacientes o unidades atendidas, los indicadores de acceso y desempeño, el cumplimiento de resultados y la evaluación de continuidad del acuerdo. La reserva o confidencialidad se limita a la información protegida por ley y no alcanza a los criterios de decisión, el gasto público agregado ni los resultados sanitarios agregados.* ***La información se publica en el nivel de agregación necesario para impedir la identificación de pacientes o la revelación de condiciones contractuales legalmente reservadas, sin extender la confidencialidad a información que deba ser pública.***

44.5 El reglamento ***de la Ley 32069*** *establece plazos máximos entre la priorización, la programación, la convocatoria o negociación y la suscripción del acuerdo, así como mecanismos de alerta temprana y contingencia para evitar interrupciones terapéuticas."*

Artículo 9. Continuidad terapéutica y alerta de desabastecimiento

Las entidades del Sistema Nacional de Salud identifican los medicamentos de alto costo o sin competencia efectiva cuyo quiebre de stock genere riesgo grave para los pacientes. Para dichos productos establecen programación anticipada, niveles de seguridad razonables, alertas interoperables, mecanismos de redistribución y planes de contingencia, de acuerdo con sus competencias y disponibilidad presupuestal.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en un plazo no mayor de ciento veinte días calendario, contado desde su entrada en vigor.

SEGUNDA. Adecuación de sistemas de información

La Autoridad Nacional de Salud adecua progresivamente el Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos y los sistemas vinculados para recibir, validar y publicar información transaccional agregada. La primera etapa comprende medicamentos oncológicos, medicamentos para enfermedades raras o huérfanas, productos biológicos y los productos que superen el umbral de alto costo.

TERCERA. Financiamiento

La implementación de la presente ley se financia con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al tesoro público. La ley no obliga a aprobar cobertura ni adquisición alguna sin disponibilidad presupuestal y evaluación técnica correspondiente. **Las actuaciones se realizan dentro de las competencias, capacidades operativas y créditos presupuestarios autorizados, sin crear órganos, plazas, fondos ni transferencias.**

Lima, septiembre del año dos mil veintiséis

DIPUTADOS

PROYECTO DE LEY QUE FORTALECE LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y SIN COMPETENCIA EFECTIVA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

Actualmente, el precio que paga un paciente por un medicamento puede formarse a partir de referencias comerciales que no reflejan el costo neto de adquisición, de descuentos o bonificaciones no visibles y de márgenes incorporados en distintos eslabones. Este asunto se se visibiliza más cuando el medicamento se suministra dentro de una clínica o cuando se trata de una tecnología de alto costo sin sustitutos ni competencia efectiva.

Respecto de aquello, el Proyecto de Ley 00184/2026-2031-CD identificó correctamente el problema de los precios de medicamentos en establecimientos privados y propuso utilizar la mediana publicada por DIGEMID como referencia.[1] Sin embargo, la Ley 32033 y el Observatorio vigente se basan principalmente en precios de oferta reportados; no se ha acreditado que exista una mediana transaccional nacional homogénea que represente costos netos comparables después de descuentos, bonificaciones, volúmenes y condiciones comerciales.[2][3] Por ello, una regla apoyada en esa mediana podría resultar inaplicable o inducir comparaciones entre operaciones distintas.

La iniciativa recoge la preocupación del antecedente, pero la hace verificable: exige datos de transacciones efectivas, separa el precio de venta del medicamento y los servicios en el comprobante, reservando el costo neto y el margen para su reporte a la autoridad, protege la información confidencial mediante agregación y permite a las autoridades detectar márgenes o variaciones atípicas.

Los precios de los medicamentos en clínicas

El estudio de mercado de INDECOPI sobre comercialización minorista de medicamentos en clínicas privadas encontró que el precio público sugerido de una fuente comercial era referente en al menos 88,3 % de los contratos analizados entre clínicas e instituciones administradoras de fondos de aseguramiento.

Cuando algunas relaciones contractuales migraron hacia esquemas basados en costo de adquisición más margen o precios negociados, se observaron reducciones promedio de 41 % a 72 % en medicamentos, aunque con reajustes en otros componentes de la atención.[4] Esta

[1] Cámara de Diputados. Proyecto de Ley 00184/2026-2031-CD, antecedente sobre precios en establecimientos privados. Copia disponible en: https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2026/09/PL-00184-2026-2031-CD-LPderecho.pdf (consulta: 16 de septiembre de 2026).
[2] DIGEMID. Ley 32033. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Normatividad/2024/PERUANO_LEY_32033.pdf (consulta: 16 de septiembre de 2026).
[3] DIGEMID. Observatorio de Precios de Medicamentos. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/notas/2025/observatorio-de-precios-de-medicamentos-cuenta-con-catalogo-de-mas-de-16-mil-productos-a-consultar/ (consulta: 17 de septiembre de 2026).
[4] INDECOPI. Mercado de comercialización minorista de medicamentos en clínicas. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/indecopi/informes-publicaciones/2133505-mercado-de-comercializacion-minorista-de-medicamentos-en-clinicas (consulta: 17 de septiembre de 2026).

evidencia, a nuestra consideración, justifica transparentar la transacción completa y evitar que el margen se desplace de manera opaca hacia otro concepto.

Por lo que, el presente proyecto se centra en el segmento donde la competencia puede ser insuficiente aun con procedimientos regulatorios ágiles: productos de fuente única, terapias innovadoras, medicamentos huérfanos, oncológicos o de alto impacto presupuestal. En estos mercados, la transparencia por sí sola no basta; se requiere negociación centralizada, acuerdos de riesgo compartido y, excepcionalmente, un precio máximo temporal técnicamente sustentado.

Sobre lo señalado *ut supra,* el Perú ya cuenta con la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, responsable de realizar evaluaciones clínicas y económicas y coordinada por el Instituto Nacional de Salud.[5] También cuenta con mecanismos diferenciados de adquisición en el artículo 44 de la Ley 32069 y en los artículos 293 y siguientes de su Reglamento.[6] La propuesta no recrea estas instituciones: introduce plazos, trazabilidad, transparencia de resultados y continuidad entre una evaluación favorable y la decisión de cobertura o compra.

Brecha entre evaluación, financiamiento, compra y acceso

El Informe Defensorial 280, de mayo de 2026, concluyó que la metodología de evaluación multicriterio es un avance, pero no existe un mecanismo que garantice que una recomendación favorable se traduzca oportunamente en decisiones de financiamiento y adquisición. También identificó falta de transparencia en la nominación y priorización para mecanismos diferenciados, desfases entre financiamiento y contratación, implementación incipiente, ausencia de indicadores públicos y riesgos de interrupción terapéutica.[7]

El mismo informe registra que en el presupuesto de 2026 se creó una actividad específica para tratamiento de enfermedades raras o huérfanas, con un presupuesto inicial superior a S/ 166 millones. Por ello, el problema no debe abordarse mediante la creación parlamentaria de un fondo adicional, sino mediante reglas que conecten evaluación, decisión, contratación y abastecimiento y que permitan conocer el desempeño del gasto.

El Decreto Supremo 006-2026-SA tuvo que incorporar una medida transitoria para permitir el uso de determinados medicamentos y biológicos mientras se encontraba pendiente el pronunciamiento de RENETSA.[8] La necesidad de una excepción confirma que los tiempos de la cadena ordinaria pueden afectar la continuidad terapéutica.

En esta propuesta se busca establecer una escala. Primero se exige información transaccional comparable. Luego se identifica productos de alto costo o sin competencia y aplica medidas procompetitivas o de negociación. Solo cuando esas alternativas resulten

[5] Instituto Nacional de Salud. Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Disponible en: https://www.gob.pe/55329-red-nacional-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-renetsa (consulta: 19 de septiembre de 2026).

[6] OECE. Ley 32069 y Reglamento actualizados. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/osce/informes-publicaciones/6444155-ley-n-32069-ley-general-de-contrataciones-publicas-y-su-reglamento-actualizados (consulta: 16 de septiembre de 2026).

[7] Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 280, mayo de 2026. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2026/05/id_enfermedades_raras.pdf (consulta: 19 de septiembre de 2026).

[8] Ministerio de Salud. Decreto Supremo 006-2026-SA. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/8125786-006-2026-sa (consulta: 17 de septiembre de 2026).

insuficientes y exista riesgo comprobado permite un precio máximo temporal, con metodología pública, participación de interesados, margen razonable, revisión y caducidad.

Con este diseño se evita un congelamiento general. Es decir, propuesta se limita a mercados excepcionales y se levanta cuando aparece competencia efectiva. Brasil publica precios máximos de fábrica, al consumidor y de venta al Gobierno a través de la CMED; Colombia emplea SISMED y control directo selectivo; y Chile utiliza intermediación pública voluntaria para farmacias privadas adheridas con precio máximo de venta.[9][10][11] Las experiencias demuestran que la reducción de precios exige instrumentos diferenciados según el tipo de mercado.

La Organización Mundial de la Salud señala que las políticas farmacéuticas de precios deben combinar instrumentos, acompañarse de evaluación y monitoreo y adaptarse al contexto nacional.[12] La propuesta sigue esa recomendación y descarta una única regla para todos los medicamentos.

En cuanto a nuestra Constitución Política, debemos señalar que, la economía social de mercado no excluye la intervención estatal cuando están comprometidos la salud, la competencia y los consumidores. El Tribunal Constitucional ha señalado que, como regla, los precios se determinan por oferta y demanda; por ello, la medida propuesta es excepcional y proporcional, no una fijación general.[13] Es decir, con esta propuesta se procura un equilibrio entre acceso, sostenibilidad, libertad de empresa y margen razonable.

Ya que el objetivo general es reducir precios injustificados y tiempos de acceso en los segmentos de mayor vulnerabilidad, asimismo, obtener información transaccional real; transparentar los cobros en clínicas; identificar mercados problemáticos; aplicar negociación y regulación selectiva; fijar plazos entre evaluación y decisión; hacer evaluables los mecanismos diferenciados; y prevenir desabastecimientos.

II. EFECTOS DE LA VIGENCIA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La propuesta se vincula con los artículos 58, 59, 61 y 65 de la Constitución Política, es decir, la intervención se realiza en una economía social de mercado, respeta la iniciativa privada, combate las fallas de competencia y protege el derecho de los consumidores a información adecuada.

El artículo 28-A de la Ley 29459 se modifica para distinguir precios de oferta y precios efectivamente transados. La información individualizada se reserva para las autoridades competentes y la publicación se realiza mediante indicadores agregados, preservando secretos comerciales y datos personales.

---

[9] ANVISA, Brasil. Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos. Disponible en: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos (consulta: 20 de septiembre de 2026).

[10] Ministerio de Salud de Colombia. Regulación de precios de medicamentos. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/medicamentos-y-tecnologias/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx (consulta: 20 de septiembre de 2026).

[11] CENABAST, Chile. Farmacias adheridas y precios máximos. Disponible en: https://www.cenabast.cl/farmacias-adheridas-a-la-ley-cenabast-cuentan-con-medicamentos-esenciales-para-este-invierno/ (consulta: 19 de septiembre de 2026).

[12] Organización Mundial de la Salud. Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240011878 (consulta: 19 de septiembre de 2026).

[13] Tribunal Constitucional. Pronunciamiento sobre libertad de precios y economía social de mercado. Disponible en: https://www.tc.gob.pe/institucional/notas-de-prensa/not-c5daadb03413dcc43682bec26a236563/ (consulta: 20 de septiembre de 2026).

La Ley 32033 conserva su obligación de oferta mínima de genéricos y su sistema de información. La propuesta añade un nivel transaccional y reglas específicas para clínicas, alto costo y falta de competencia. Tampoco modifica la duración de patentes ni la exclusividad de datos.

El artículo 44 de la Ley 32069 ya regula los mecanismos diferenciados de adquisición. Los nuevos numerales no crean una modalidad contractual; incorporan transparencia, indicadores, plazos y alertas para hacer evaluable y oportuna su aplicación.

Finalmente, respecto de este punto, debemos señalar que la propuesta complementa la Ley 29698, modificada por la Ley 31738, y su reglamento. Los plazos posteriores a una evaluación sanitaria favorable no convierten automáticamente la recomendación en gasto: obligan a emitir una decisión motivada y condicionan el inicio de la contratación a cobertura aprobada y disponibilidad presupuestal. La implementación se sujeta a las capacidades operativas y créditos institucionales autorizados; la cláusula de financiamiento no acredita por sí sola ausencia de costos incrementales, conforme al artículo 79 de la Constitución y a los artículos 106 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

III. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Identificamos que los costos son principalmente regulatorios y tecnológicos, mientras que los beneficios se concentran en reducción de sobreprecios, mayor capacidad de negociación, continuidad terapéutica y mejor calidad del gasto. La medida de precio máximo no es automática ni general; solo se activa después de un análisis que también valora los costos de una intervención equivocada.

3.1. Costos

Costos	Descripción
Reporte transaccional	Adecuación de sistemas de clínicas, farmacias, aseguradoras y proveedores para reportar precios netos, descuentos, cantidades y márgenes.
Validación y analítica	Fortalecimiento funcional del Observatorio para depurar datos, generar rangos comparables y detectar anomalías con recursos institucionales.
Evaluación de mercados	Elaboración de informes técnicos conjuntos de MINSA e Indecopi para identificar alto costo o ausencia de competencia efectiva.
Procedimiento de precio máximo	Costo administrativo excepcional de recopilar referencias, recibir observaciones, calcular margen razonable y revisar la medida.

3.2. Beneficios

Beneficios	Descripción
Transparencia para el usuario	El paciente distingue el precio del medicamento y los servicios; la autoridad contrasta costos y márgenes mediante reportes reservados, lo que reduce la asimetría de información y facilita reclamos.

Beneficios	Descripción
Mejor negociación	Datos transaccionales comparables fortalecen la posición de compradores públicos, aseguradoras y usuarios frente a mercados concentrados.
Regulación focalizada	El precio máximo se aplica solo cuando existe evidencia de falla y cesa al aparecer competencia, reduciendo distorsiones frente a controles generales.
Acceso oportuno	Los plazos obligan a que una ETS no permanezca indefinidamente sin decisión de cobertura, financiamiento o contratación.
Continuidad terapéutica	La programación anticipada, alertas y planes de contingencia reducen el riesgo de interrupciones en tratamientos críticos.
Mejor calidad del gasto	Los indicadores de MDA permiten verificar si los acuerdos lograron ahorro, acceso y resultados sanitarios antes de renovarlos.
Control y competencia	La información permite detectar prácticas restrictivas, diferencias injustificadas y posibles infracciones sanitarias o de consumo.

IV. RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La propuesta se alinea con las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional.[14]

1. **Decimotercera Política de Estado: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.** Con la propuesta se busca reducir barreras económicas y temporales para tecnologías esenciales o de alto costo y protege la continuidad terapéutica.
2. **Decimoséptima Política de Estado: Afirmación de la economía social de mercado.** La intervención es selectiva, proporcional y orientada a corregir fallas de información y competencia, preservando iniciativa privada y márgenes razonables.
3. **Vigésimo Cuarta Política de Estado: Afirmación de un Estado eficiente y transparente.** Los datos transaccionales, plazos e indicadores de los mecanismos diferenciados permiten controlar la calidad del gasto y evaluar resultados.
4. **Vigésimo Octava Política de Estado: Plena vigencia de la Constitución y de los derechos humanos.** La articulación entre evaluación, cobertura y abastecimiento hace efectivo el derecho a la salud de poblaciones expuestas a enfermedades graves y gastos catastróficos.

[14] Acuerdo Nacional. Políticas de Estado. Disponible en: https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ (consulta: 16 de septiembre de 2026).