RAÚL JESÚS CAMARGO PORTA
Diputado de la República

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00908-2026-2031-CD
RU 72594-CD
20 NOVIEMBRE 2026 07:02 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

SUMILLA: Ley que crea la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú» para mejorar el acceso a medicamentos esenciales genéricos en Denominación Común Internacional.

Proyecto de Ley

El Diputado **RAÚL JESÚS CAMARGO PORTA,** y los diputados integrantes del **Grupo Parlamentario Partido Cívico Obras** que suscriben la presente iniciativa, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa reconocido por el artículo 102, inciso 1) y 107 de la Constitución Política del Perú, así como de conformidad con el artículo 3 del Reglamento del Congreso de la República, el artículo 8 del Reglamento de la Cámara de Diputados y las demás disposiciones reglamentarias aplicables, someten a consideración de la Cámara de Diputados la siguiente iniciativa legislativa:

FORMULA LEGAL:

LEY QUE CREA LA RED NACIONAL DE FARMACIAS PÚBLICAS COMUNITARIAS «FARMAPERÚ» PARA MEJORAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES GENÉRICOS EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto contribuir al acceso a medicamentos esenciales genéricos en Denominación Común Internacional (DCI) mediante la articulación y el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos públicos existentes y la implementación progresiva de la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú», de conformidad con la normativa sanitaria y presupuestaria aplicable.

Artículo 2. Finalidad de la Ley

La presente ley tiene por finalidad mejorar la disponibilidad territorial y la accesibilidad de los medicamentos esenciales genéricos en DCI, con prioridad en las zonas con mayores brechas de acceso, a fin de reducir el gasto de la población y preservar la continuidad de las prestaciones y del abastecimiento de los establecimientos públicos de salud.

Artículo 3. Creación y organización de la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú»

3.1. Créase la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú», bajo la conducción del Ministerio de Salud, en coordinación con el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), los gobiernos regionales, los gobiernos locales y el Seguro Social de Salud (EsSalud), conforme a sus respectivas competencias y a los convenios que suscriban.

3.2. La red se integra prioritariamente con establecimientos farmacéuticos públicos existentes. Las entidades competentes pueden incorporar progresivamente nuevos puntos de atención cuando se acredite su necesidad territorial y su viabilidad sanitaria, operativa y financiera, conforme a los artículos 4 y 5 y a la segunda disposición complementaria final.

3.3. Cada convenio identifica, según corresponda, a las entidades responsables del local, el personal, la operación, el financiamiento y el cumplimiento de las condiciones sanitarias de cada punto de atención.

Artículo 4. Criterios de implementación territorial

4.1. La selección de los puntos de atención se sustenta en información técnica y considera, como mínimo, los siguientes criterios:

a) La distancia y el tiempo de desplazamiento hasta los establecimientos farmacéuticos públicos existentes.
b) La población del área de influencia y la demanda estimada de medicamentos.
c) La disponibilidad local de medicamentos esenciales genéricos en DCI.
d) La aptitud del inmueble para cumplir las condiciones sanitarias aplicables.
e) La disponibilidad de personal y la capacidad logística para la operación y reposición de medicamentos.
f) Los costos de implementación y operación y la disponibilidad de recursos legalmente aplicables a dichos fines.

4.2. La implementación es progresiva y prioriza las zonas que presentan las mayores brechas de acceso, de acuerdo con la evaluación de los criterios señalados en el párrafo precedente.

Artículo 5. Condiciones sanitarias y personal

Cada punto de atención, antes de iniciar sus actividades, debe contar con la autorización sanitaria correspondiente y cumplir las condiciones de infraestructura, almacenamiento, conservación, dirección técnica, personal y atención exigibles según su categoría y la normativa sanitaria aplicable. El convenio identifica a la entidad responsable de garantizar el cumplimiento de estas condiciones durante la operación.

Artículo 6. Programación y abastecimiento

6.1. El CENARES participa, conforme a sus funciones y a la normativa aplicable, en la programación y consolidación de la demanda de medicamentos esenciales genéricos en DCI de FarmaPerú. Las adquisiciones y, cuando corresponda, las importaciones se realizan mediante los mecanismos legalmente procedentes y con sujeción a las exigencias sanitarias aplicables.

6.2. La programación identifica la demanda de los puntos de atención de FarmaPerú y considera las necesidades de abastecimiento de los establecimientos y las prestaciones existentes. La implementación se sustenta en la evaluación de la capacidad operativa y financiera de las entidades participantes.

Artículo 7. Continuidad del abastecimiento

7.1. La programación y la operación de FarmaPerú incorporan mecanismos de seguimiento de existencias, reposición oportuna y contingencia frente a riesgos de desabastecimiento, a fin de preservar la atención de los establecimientos públicos de salud.

7.2. La coordinación con el Seguro Integral de Salud (SIS) y con EsSalud se realiza conforme a las competencias, fuentes de financiamiento y condiciones aplicables a cada entidad.

Artículo 8. Precio social y prestaciones cubiertas

8.1. El Ministerio de Salud aprueba la metodología para determinar, publicar y revisar los precios sociales de los medicamentos expendidos por la red. La metodología identifica los componentes de costo que pueden incorporarse al precio y las condiciones para su revisión. Los precios vigentes se publican en los puntos de atención y en los canales institucionales que determine el Ministerio de Salud.

8.2. Las prestaciones y condiciones de cobertura de los asegurados del SIS y de EsSalud se rigen por sus respectivos regímenes. Cuando corresponda, los convenios establecen los mecanismos de coordinación y reconocimiento de las prestaciones cubiertas, conforme a la normativa aplicable.

Artículo 9. Disponibilidad y fiscalización de medicamentos genéricos en el sector privado

9.1. La obligación de mantener disponibles medicamentos esenciales genéricos en DCI en las farmacias, boticas y servicios de farmacia de los establecimientos de salud del sector privado se rige por el numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus disposiciones reglamentarias, de acuerdo con el ámbito de aplicación y la excepción para las microempresas previstos en dicho numeral.

9.2. La autoridad sanitaria competente fiscaliza el cumplimiento de esta obligación y coordina, cuando corresponda, con el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi), en el marco de las competencias de cada entidad.

Artículo 10. Fiscalización y sanciones

Las autoridades competentes investigan y, cuando corresponda, sancionan los incumplimientos de las obligaciones sanitarias y las conductas contrarias a la libre competencia, de conformidad con los regímenes aplicables. En el ejercicio de la potestad sancionadora se observan el debido procedimiento y los principios de legalidad, tipicidad, razonabilidad y prohibición de doble sanción cuando exista identidad de sujeto, hecho y fundamento.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud y en coordinación con las entidades competentes, aprueba el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario, contado a partir del día siguiente de su publicación. El reglamento desarrolla las condiciones sanitarias, la aplicación de los criterios territoriales, la coordinación interinstitucional, la metodología de precios sociales y los mecanismos para preservar el abastecimiento de los establecimientos públicos de salud, conforme a la presente ley.

SEGUNDA. Evaluación del financiamiento

La implementación de las medidas previstas en la presente ley se sujeta a la evaluación previa de sus costos de implementación y operación, de la disponibilidad y el destino legal de los recursos y de su compatibilidad con las disposiciones presupuestarias aplicables. Los convenios identifican los aportes y las responsabilidades de cada entidad participante, conforme a sus competencias y a los recursos legalmente disponibles.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ALVARON DE LA CRUZ Edgar Adrian FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 18:01:36-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CAMARGO PORTA Raul Jesus FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 16:04:55-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CABRERA NIETO Juan Cesar FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 18:19:40-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PIÑAN MAMANI Victor Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 16:50:19-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ALBAÑIL CARMONA Henry Antonio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 17:12:01-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PIÑAN MAMANI Victor Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 16:50:33-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VALQUI CALDERON Demetrio Flavio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/11/2026 17:31:02-0500

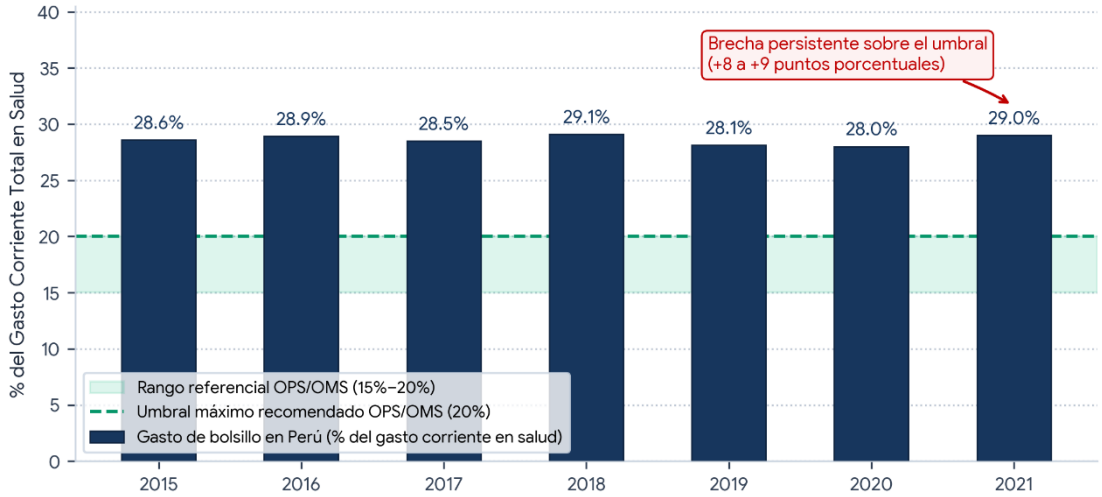
I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. IDENTIFICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

A. El gasto de bolsillo en salud y el acceso a medicamentos esenciales

El acceso oportuno, equitativo y financieramente asequible a los productos farmacéuticos esenciales constituye uno de los principales desafíos pendientes del sistema sanitario peruano. De acuerdo con la Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (GHED) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Cuentas Nacionales de Salud del Ministerio de Salud (MINSA), el gasto de bolsillo en salud en el Perú —entendido como el desembolso directo que realizan los hogares al momento de recibir atención o adquirir insumos sanitarios, medido como proporción del gasto corriente total en salud a nivel nacional— se ha mantenido de manera persistente alrededor del 28% al 29% durante el periodo 2015–2021 (registrando 28.6% en 2015, 28.1% en 2019 y 29.0% en 2021).[1] Conviene precisar metodológicamente que este indicador agregado nacional mide el peso del financiamiento directo en el sistema sanitario en su conjunto y no equivale a un porcentaje uniforme para cada hogar, pues su incidencia varía según quintil de ingreso, aseguramiento efectivo y presencia de enfermedades crónicas. Conforme a la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS/OMS (Documento CD53/5, 2014) y al Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS (2010), cuando el gasto directo supera el umbral referencial de 15% a 20% del gasto total en salud, se eleva

Figura 1. Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú vs. Umbral de Protección Financiera OPS/OMS



Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (GHED - OMS), Cuentas Nacionales de Salud (MINSA) y OPS/OMS (CD53/5, 2014).

[1] -Ministerio de Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Cuentas Nacionales de Salud del Perú*. MINSA; OPS.
-Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. OMS.
-Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (Global Health Expenditure Database — GHED): Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) — Peru (2015–2021)*. OMS.
-Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud* (Documento CD53/5 y Resolución CD53.R14). OPS/OMS.

significativamente la exposición de los hogares a gastos catastróficos y empobrecimiento.

Dentro de la estructura del gasto de bolsillo familiar en el Perú, los análisis basados en el Módulo 400 (Salud) y el Módulo de Gastos del Hogar de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), así como estudios publicados en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS), evidencian que la adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos en el canal privado constituye el componente individual más elevado del gasto directo en salud de los hogares, concentrando históricamente entre el 43% y el 50% del gasto de bolsillo sanitario total y superando el 60% en el segmento de hogares de menores ingresos que requieren atención ambulatoria [2]. Si bien estos promedios agregados no determinan por sí solos el desembolso individual de cada paciente, demuestran que la brecha de acceso a medicamentos es el principal detonante del gasto directo familiar, afectando con mayor intensidad a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles —como hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial y trastornos de salud mental— que requieren continuidad terapéutica permanente.

Cuando un ciudadano afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) o asegurado del Seguro Social de Salud (EsSalud) acude a un establecimiento público de salud y no obtiene oportunamente el fármaco prescrito debido a quiebres de inventario o limitaciones logísticas, se ve obligado a recurrir al mercado minorista privado. En los hogares de menores recursos y en pacientes con tratamientos crónicos prolongados, la compra reiterada de medicamentos en el canal comercial eleva el riesgo de incurrir en gasto catastrófico en salud —definido por la OMS y el Banco Mundial en el indicador ODS 3.8.2 cuando el gasto de bolsillo supera el 10% del gasto total del hogar o el 40% de su capacidad de pago—, generando el riesgo de postergación o abandono de tratamientos y el consiguiente deterioro evitable de la salud ambulatoria[3].

B. Brechas en la dispensación pública ambulatoria y articulación con servicios existentes

La problemática descrita no implica una ausencia absoluta de oferta farmacéutica estatal, sino una limitada capilaridad territorial y falta de articulación comunitaria de los servicios públicos existentes. En efecto, el ordenamiento vigente ya contempla mecanismos de expendio público, tales como la autorización otorgada mediante el Decreto Supremo N.° 016-2001-SA a determinadas farmacias del MINSA, direcciones de salud, sanidades de las

[2] -Instituto Nacional de Estadística e Informática. (s. f.). *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO): Módulo 400 (Salud) y Módulo de Gastos del Hogar*. INEI.
-Instituto Nacional de Salud. (s. f.). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Análisis empíricos sobre la composición del gasto de bolsillo en medicamentos en hogares peruanos]. INS.
-Ministerio de Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Cuentas Nacionales de Salud del Perú*. MINSA; OPS.
[3] Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (s. f.). *Tracking universal health coverage: Global monitoring report* [Metodología del Indicador ODS 3.8.2]. OMS; Banco Mundial.

Fuerzas Armadas y Policía Nacional y EsSalud para vender directamente al público medicamentos esenciales genéricos e insumos médicos, así como los servicios de farmacia institucionales (incluidas las farmacias públicas existentes administradas por el MINSA y gobiernos regionales)[4].

Sin embargo, dichos puntos de atención se encuentran concentrados principalmente al interior de hospitales y establecimientos de salud, presentan restricciones de horarios, distancias considerables para poblaciones periféricas o rurales y brechas de disponibilidad oportuna. Por su parte, el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) cuenta con competencias técnicas para consolidar la demanda del sector público y realizar compras corporativas a escala, pero su articulación con puntos ambulatorios cercanos a la comunidad resulta aún insuficiente. Frente a esta realidad, la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú» no busca duplicar los servicios existentes, sino articular y fortalecer prioritariamente los establecimientos farmacéuticos públicos ya operativos e incorporar progresivamente nuevos puntos de atención únicamente donde se acredite una brecha territorial concreta —evaluando distancia, tiempo de desplazamiento, población, oferta local y viabilidad sanitaria y financiera—, conforme a los artículos 3 y 4 de la fórmula legal y en cumplimiento de los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú.

C. Estructura del mercado farmacéutico minorista, precios y prácticas comerciales

A las brechas de capilaridad pública se suma una estructura dual en el mercado minorista farmacéutico privado. De acuerdo con el Estudio de Mercado sobre el Sector Farmacéutico en el Perú elaborado por la Dirección Nacional de Investigación y Promoción de la Libre Competencia del INDECOPI (2022), debe distinguirse el segmento correspondiente al canal moderno de cadenas de boticas respecto del universo de farmacias y boticas independientes (en su mayoría micro y pequeñas empresas). Mientras que las boticas independientes representan la mayoría en número de establecimientos a nivel nacional, dentro del segmento de cadenas de boticas —tras la adquisición de Quicorp S.A. por InRetail Pharma S.A. en 2018— un solo grupo empresarial (que agrupa las marcas Inkafarma y Mifarma) concentra más del 80% de las ventas del canal de cadenas, configurando una elevada concentración económica en dicho segmento[5].

En el plano de los precios, tanto el Estudio de Mercado del INDECOPI (2022) como la información pública difundida en el Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) documentan brechas sustanciales entre los medicamentos

[4] Decreto Supremo N.° 016-2001-SA, que autoriza a las farmacias del Ministerio de Salud, direcciones de salud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y EsSalud a vender directamente al público medicamentos esenciales genéricos e insumos médicos. (2001). *Diario Oficial El Peruano*.

[5] Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. (2022). *Estudio de mercado sobre el sector farmacéutico en el Perú*. Dirección Nacional de Investigación y Promoción de la Libre Competencia (DLC), INDECOPI.

esenciales genéricos en Denominación Común Internacional (DCI) y sus equivalentes de marca comercial o genéricos de marca para el mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica —con diferencias que oscilan frecuentemente entre 3 y más de 10 veces el valor unitario en medicamentos esenciales de alta rotación para patologías crónicas y ambulatorias—. Asimismo, corresponde precisar técnicamente que la identidad del principio activo constituye una condición necesaria pero no automáticamente equivalente a la intercambiabilidad terapéutica en todos los casos, la cual se sujeta a las exigencias de bioequivalencia y calidad establecidas por DIGEMID conforme al Reglamento que regula la intercambiabilidad de medicamentos (Decreto Supremo N.° 024-2018-SA)[6].

Cuadro 1. Referencia comparativa de brechas de precios y condición de equivalencia en medicamentos esenciales

Principio Activo (DCI)	Concentración y Forma	Uso Terapéutico	Cobertura Normativa	Brecha de Precios Documentada (Marca vs. DCI)	Condición de Equivalencia
Losartán potásico	50 mg — Tableta	Antihipertensivo (crónico)	Incluido en listado esencial DCI (R.M. N.° 220-2024/MINSA)	Brecha documentada entre marca comercial y genérico DCI: 4x a más de 10x por unidad (Estudio INDECOPI 2022 / Observatorio DIGEMID)	Sujeto a calidad sanitaria y reglas de intercambiabilidad (D.S. N.° 024-2018-SA)
Metformina clorhidrato	850 mg — Tableta	Antidiabético oral (crónico)	Incluido en listado esencial DCI (R.M. N.° 220-2024/MINSA)	Brecha documentada entre marca comercial y genérico DCI: 3x a 8x por unidad (Estudio INDECOPI 2022 / Observatorio DIGEMID)	Sujeto a calidad sanitaria y reglas de intercambiabilidad (D.S. N.° 024-2018-SA)
Enalapril maleato	10 mg — Tableta	Antihipertensivo (crónico)	Incluido en listado esencial DCI (R.M. N.° 220-2024/MINSA)	Brecha documentada entre marca comercial y genérico DCI: 4x a más de 10x por unidad (Estudio INDECOPI 2022 / Observatorio DIGEMID)	Sujeto a calidad sanitaria y reglas de intercambiabilidad (D.S. N.° 024-2018-SA)
Omeprazol	20 mg — Cápsula	Gastroprotector (alta rotación)	Incluido en listado esencial DCI (R.M. N.° 220-2024/MINSA)	Brecha documentada entre marca comercial y genérico DCI: 5x a más de 12x por unidad (Estudio INDECOPI 2022 / Observatorio DIGEMID)	Sujeto a calidad sanitaria y reglas de intercambiabilidad (D.S. N.° 024-2018-SA)
Amoxicilina	500 mg — Cápsula / Tableta	Antibiótico esencial (ambulatorio)	Incluido en listado esencial DCI (R.M. N.° 220-2024/MINSA)	Brecha documentada entre marca comercial y genérico DCI: 3x a 7x por unidad (Estudio INDECOPI 2022 / Observatorio DIGEMID)	Sujeto a calidad sanitaria y reglas de intercambiabilidad (D.S. N.° 024-2018-SA)

[6] -Decreto Supremo N.° 024-2018-SA, Reglamento que regula la intercambiabilidad de medicamentos. (2018). *Diario Oficial El Peruano*.
-Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. (s. f.). *Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos*. Ministerio de Salud.
-Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. (2022). *Estudio de mercado sobre el sector farmacéutico en el Perú*. INDECOPI.
-Resolución Ministerial N.° 220-2024/MINSA, que aprueba el Listado de medicamentos esenciales genéricos en Denominación Común Internacional (DCI). (2024). *Diario Oficial El Peruano*.

Desde la perspectiva del análisis económico y regulatorio, la existencia de márgenes comerciales más amplios en los productos de marca frente a los genéricos en DCI genera incentivos económicos que pueden favorecer la promoción preferente de alternativas más costosas en el punto de venta. Sin perjuicio de ello, la concentración de mercado o la existencia de dichos incentivos no acreditan por sí solas la comisión generalizada de infracciones por parte de todas las empresas del sector. En ese sentido, deben distinguirse rigurosamente las hipótesis económicas respecto de las conductas anticompetitivas efectivamente acreditadas y sancionadas en sede administrativa —como el precedente sancionador del INDECOPI recaído en la Resolución N.° 010-2016/CLC-INDECOPI, confirmada por la Resolución N.° 0738-2017/SDC-INDECOPI, respecto de concertación de precios de medicamentos—, correspondiendo toda investigación y eventual sanción a DIGEMID en materia sanitaria y al INDECOPI en materia de libre competencia y protección al consumidor, dentro de sus respectivos marcos legales[7].

D. Alcance y fiscalización del régimen vigente de medicamentos genéricos en DCI

En el ámbito normativo privado, la Ley N.° 32033 modificó el artículo 27 de la Ley N.° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, incorporando el numeral 27.4 que establece expresamente la obligación para las farmacias, boticas y servicios de farmacia del sector privado de mantener disponibles y demostrar la venta de medicamentos esenciales genéricos en DCI contenidos en el listado aprobado por el Ministerio de Salud (actualizado mediante la Resolución Ministerial N.° 220-2024/MINSA y sus modificatorias), en un porcentaje mínimo del 30% de la oferta de medicamentos de marca que comercialicen (calculado por ítem y no por número de unidades), contemplando expresamente una excepción para las microempresas[8].

En consecuencia, el ordenamiento vigente sí cuenta con una regla cuantitativa del 30% bajo una metodología específica por ítem y con protección diferenciada para microempresas. La dificultad observada en la práctica —reportada en los operativos de control sanitario de DIGEMID y las direcciones integradas y regionales de salud— no radica en la inexistencia de dicha obligación legal, sino en la necesidad de fortalecer su verificación efectiva en campo y la coordinación entre la autoridad sanitaria competente y el INDECOPI, así como de

[7] -Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI. (2016). *Resolución N.° 010-2016/CLC-INDECOPI*. INDECOPI.
-Decreto Legislativo N.° 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas. (2008). *Diario Oficial El Peruano*.
-Ley N.° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor. (2010). *Diario Oficial El Peruano*.
-Sala Especializada en Defensa de la Competencia del INDECOPI. (2017). *Resolución N.° 0738-2017/SDC-INDECOPI*. INDECOPI.

[8]- Ley N.° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. (2009). *Diario Oficial El Peruano*.
-Ley N.° 32033, Ley que garantiza y promueve el acceso y uso a los medicamentos genéricos en Denominación Común Internacional (DCI). (2024). *Diario Oficial El Peruano*.
-Resolución Ministerial N.° 220-2024/MINSA y sus modificatorias. (2024). *Diario Oficial El Peruano*.

complementar el mercado con una oferta pública comunitaria accesible[9]. Por ello, y en estricta coherencia con la fórmula legal (artículo 9), la presente iniciativa no crea una segunda cuota ambigua sobre la oferta total ni modifica el régimen vigente del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 —preservando la excepción para microempresas—, sino que remite expresamente a dicho marco y refuerza la articulación fiscalizadora entre la autoridad sanitaria e INDECOPI, respetando sus competencias.

Cuadro 2. Situación Actual vs. Propuesta Legislativa (Alineado a la Fórmula Legal)

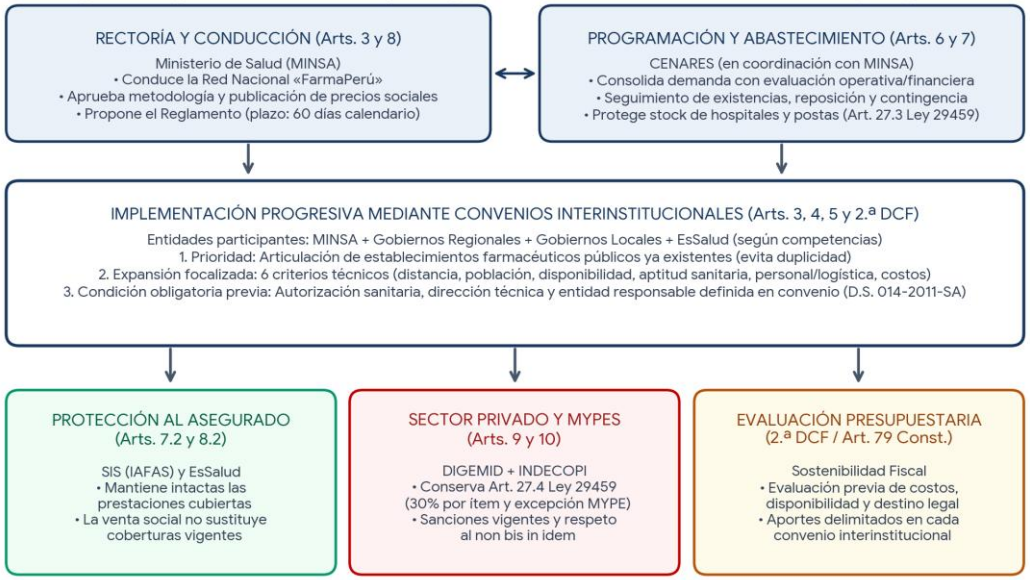
Eje de Análisis	Situación Actual	Propuesta de la Presente Ley (Fórmula Legal Vigente)
Presencia pública ambulatoria	Farmacias estatales autorizadas (D.S. N.° 016-2001-SA) concentradas principalmente en hospitales y establecimientos internos, con brechas de cercanía y horarios.	Articulación prioritaria de establecimientos farmacéuticos públicos existentes e implementación progresiva de nuevos puntos comunitarios «FarmaPerú» en zonas con mayores brechas (Arts. 3 y 4).
Programación y abastecimiento	Compras públicas desarticuladas respecto de la demanda ambulatoria comunitaria y riesgo de quiebres de stock.	Participación de CENARES en la programación y consolidación de la demanda con evaluación previa de capacidad operativa y salvaguardas para proteger hospitales y postas (Arts. 6 y 7).
Precio social y cobertura	Ausencia de metodología uniforme de precio social comunitario y riesgo de trasladar al gasto de bolsillo prestaciones cubiertas.	Metodología aprobada por el MINSA para determinar, publicar y revisar precios sociales, sin modificar ni sustituir las coberturas del SIS ni de EsSalud (Art. 8).
Obligación en el sector privado	Regla vigente del 30% por ítem en el numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 (con excepción MYPE), con desafíos de fiscalización.	Se conserva íntegramente el régimen del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 (incluida la excepción para microempresas) y se refuerza la fiscalización coordinada con INDECOPI (Art. 9).
Régimen sancionador y financiamiento	Superposición potencial si se crean sanciones paralelas o normas sin evaluación presupuestaria.	Remisión a los regímenes sancionadores vigentes con respeto al debido procedimiento y principio de non bis in idem (Art. 10), e implementación sujeta a evaluación previa de costos y disponibilidad presupuestaria (2.ª DCF).

Fuente: *Elaboración técnica parlamentaria con base en el marco normativo de la Ley N.° 32033 y la fórmula legal del Proyecto de Ley de creación de la Red FarmaPerú.*

[9] Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Direcciones de Redes Integradas de Salud, & Direcciones/Gerencias Regionales de Salud. (s. f.). *Reportes institucionales de acciones de inspección y fiscalización sanitaria sobre disponibilidad de medicamentos esenciales genéricos en DCI*. MINSA.

1.2. SUJETOS INVOLUCRADOS

Figura 2. Arquitectura Institucional y Salvaguardas de la Red «FarmaPerú» (Fórmula Legal Vigente)



Fuente: Elaboración propia con base en la Fórmula Legal vigente (Artículos 1 al 10 y Disposiciones Complementarias Finales).

a) **Población usuaria y beneficiarios progresivos:** De acuerdo con las Estimaciones y Proyecciones de Población del INEI (Boletín de Análisis Demográfico N.° 39, serie 2020–2050), la población nacional supera los 34 millones de habitantes (34.04 millones estimados para 2024 y más de 34.3 millones hacia 2025–2026), mientras que el Registro Nominal de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de SUSALUD reporta una cobertura superior al 95% de la población, concentrada principalmente en el Seguro Integral de Salud (SIS, con más de 25 millones de afiliados) y en el Seguro Social de Salud (EsSalud, con más de 12 millones de asegurados) [10] . Al respecto, debe precisarse institucionalmente que la población potencial nacional difiere de la población efectivamente cubierta en cada fase progresiva de implementación, y que el SIS es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública financiadora —y no una red de establecimientos prestadores—, mientras que EsSalud opera su propia red asistencial y fuentes de financiamiento; en ambos casos, la atención en FarmaPerú se articula conforme a sus respectivos regímenes y convenios, sin sustituir las prestaciones cubiertas.

b) **Ministerio de Salud (MINSA):** Ente rector que conduce la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú», aprueba la metodología de determinación, publicación y revisión de precios sociales

[10] - Instituto Nacional de Estadística e Informática. (s. f.). *Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamento, provincia y distrito, 2020–2050* (Boletín de Análisis Demográfico N.° 39). INEI.
- Superintendencia Nacional de Salud. (s. f.). *Registro Nominal de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud (AUS)*. SUSALUD.

(artículo 8) y propone el reglamento de la ley en coordinación con las entidades competentes.

c) **Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES):** Participa, conforme a sus funciones y normativa aplicable (Manual de Operaciones aprobado por Resolución Ministerial N.° 491-2024/MINSA y modificatorias), en la programación y consolidación de la demanda de medicamentos esenciales genéricos en DCI de la red, así como en las adquisiciones e importaciones procedentes. Su intervención se sujeta a una evaluación previa de su capacidad operativa, logística, de almacenamiento, distribución y de carga laboral, sin presumir automáticamente la suficiencia ni la necesidad obligatoria de contrataciones adicionales (artículo 6)[11].

d) **Gobiernos Regionales (DIRESA / GERESA), Gobiernos Locales y EsSalud:** Entidades que coordinan con el MINSA y suscriben convenios interinstitucionales conforme a sus respectivas competencias. Cada convenio identifica expresamente a la entidad responsable del local, su autorización sanitaria previa, el personal, la operación, el financiamiento y el cumplimiento permanente de las condiciones sanitarias aplicables (artículos 3.3 y 5)[12].

e) **Autoridad sanitaria competente (DIGEMID / DIRIS / DIRESA / GERESA) e INDECOPI:** Ejercen sus competencias de fiscalización y sanción respecto del cumplimiento de las obligaciones sanitarias y de la libre competencia, respectivamente, en el marco de los regímenes legales aplicables y en observancia estricta del debido procedimiento y la prohibición de doble sanción (artículos 9 y 10).

f) **Farmacias, boticas privadas y microempresas farmacéuticas (MYPES):** Los establecimientos privados continúan sujetos a la regla del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459. A fin de evitar cargas desproporcionadas de inventario, vencimiento o cumplimiento regulatorio sobre los pequeños establecimientos de barrio, la propuesta conserva expresamente la excepción vigente para las microempresas prevista en dicha norma, evaluando los efectos de manera diferenciada según tamaño y ubicación.

g) **Profesionales Químico-Farmacéuticos y personal técnico:** Asumen la dirección técnica y dispensación en cada punto de atención conforme a la categoría del establecimiento y al Reglamento de Establecimientos

[11] - Decreto Supremo N.° 008-2017-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias. (2017). *Diario Oficial El Peruano*.
- Resolución Ministerial N.° 491-2024/MINSA, Manual de Operaciones del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), y sus modificatorias. (2024). *Diario Oficial El Peruano*.

[12] Decreto Supremo N.° 014-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y sus modificatorias. (2011). *Diario Oficial El Peruano*.

Farmacéuticos (Decreto Supremo N.° 014-2011-SA), debiendo definirse en cada convenio la dotación, horarios y entidad empleadora responsable.

1.3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

A. Objetivo General: Contribuir al acceso oportuno y asequible a medicamentos esenciales genéricos en Denominación Común Internacional (DCI), mediante la articulación y el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos públicos existentes y la implementación progresiva de la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú», priorizando las zonas con mayores brechas de acceso y preservando la continuidad del abastecimiento de los establecimientos públicos de salud.

B. Objetivos Específicos:

1. Crear y organizar la Red Nacional de Farmacias Públicas Comunitarias «FarmaPerú» bajo la conducción del MINSA, integrándola prioritariamente con establecimientos farmacéuticos públicos existentes e incorporando progresivamente nuevos puntos de atención previo sustento técnico de necesidad territorial y viabilidad sanitaria, operativa y financiera.
2. Establecer criterios técnicos objetivos para la selección territorial de los puntos de atención (distancia, tiempo de desplazamiento, población, disponibilidad local, aptitud sanitaria del inmueble, personal, logística y financiamiento).
3. Garantizar que todo punto de atención cuente con autorización sanitaria previa, dirección técnica, condiciones de conservación y una entidad expresamente responsable definida en el convenio respectivo.
4. Articular la participación de CENARES en la programación y consolidación de la demanda con salvaguardas expresas de seguimiento de existencias, reposición oportuna y contingencia para no afectar el abastecimiento de hospitales y establecimientos públicos existentes.
5. Facultar al MINSA a aprobar la metodología de determinación, publicación y revisión de precios sociales, resguardando que las prestaciones cubiertas del SIS y de EsSalud no se vean sustituidas ni menoscabadas.
6. Reafirmar la vigencia y fiscalización coordinada del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 en el sector privado —respetando la excepción para microempresas— y la aplicación de los regímenes sancionadores vigentes con respeto al debido procedimiento y al principio de non bis in idem.
7. Sujetar la implementación de la ley a la evaluación previa de sus costos, disponibilidad y destino legal de los recursos y compatibilidad presupuestaria conforme a la Constitución Política del Perú.

1.4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN , DEBATE DOCTRINARIO Y MARCO CONSTITUCIONAL

Para abordar las brechas de acceso territorial y económico a los medicamentos esenciales genéricos en DCI, se evaluaron comparativamente distintas alternativas de intervención pública en función de sus costos, cobertura, plazos de implementación y proporcionalidad[13]:

Cuadro 3. Evaluación Comparativa de Alternativas de Solución

Alternativa Evaluada	Diseño	Evaluación de costos, cobertura y riesgos	Decisión
Alternativa 1: Statu quo (solo fiscalización ordinaria)	Mantener el esquema actual sin articulación territorial de farmacias públicas ni criterios de expansión.	Bajo costo fiscal inmediato, pero mantiene intactas las brechas geográficas de dispensación ambulatoria en zonas periféricas y rurales.	Descartada por insuficiencia territorial.
Alternativa 2: Fortalecimiento aislado de farmacias existentes y horarios ampliados	Invertir exclusivamente en los establecimientos públicos actuales sin habilitar convenios para nuevos puntos en zonas sin cobertura.	Mejora la atención donde ya existe infraestructura hospitalaria o de primer nivel, pero no resuelve la distancia crítica en distritos sin farmacia pública próxima.	Parcialmente incorporada como base prioritaria (Art. 3.2).
Alternativa 3: Fijación administrativa general de precios máximos en el sector privado	Establecer controles tarifarios generalizados en boticas privadas.	Aunque la intervención regulatoria en precios en bienes esenciales es materia de debate constitucional y exige un riguroso análisis de proporcionalidad, una fijación generalizada conlleva altos costos administrativos de supervisión y riesgos económicos de desabastecimiento o reducción de oferta formal.	Descartada por riesgos económicos y menor eficiencia.
Alternativa 4: Creación rígida e inmediata de una red nueva paralela con nueva cuota privada	Abrir locales nuevos a escala nacional sin evaluación previa e imponer una segunda cuota del 30% sobre oferta total con nuevas sanciones.	Riesgo de duplicación de servicios, presión presupuestaria no evaluada, superposición normativa con la Ley N.° 29459 y afectación a microboticas.	Descartada y corregida en la fórmula legal.
Alternativa 5 (Adoptada): Articulación prioritaria + expansión progresiva focalizada + respeto al régimen vigente	Articular primero las farmacias públicas existentes e incorporar nuevos puntos progresivamente según criterios técnicos (Arts. 3-5), conservando la regla del Art. 27.4 de la Ley N.° 29459 con excepción MYPE (Art. 9).	Optimiza infraestructura ya operativa, permite pilotos y priorización por brechas, protege el abastecimiento hospitalario y evita cargas regulatorias adicionales sobre microempresas.	**Adoptada por ser la opción más proporcional y viable.**

Sustento constitucional y jurisprudencia verificada del Tribunal Constitucional

Desde el punto de vista constitucional, la iniciativa se fundamenta directamente en los artículos 1, 2 inciso 1, 7 y 9 de la Constitución Política del Perú, que reconocen la defensa de la persona humana, el derecho a la vida y a la

[13] - Congreso de la República del Perú. (s. f.-a). *Manual de técnica legislativa*. Congreso de la República.
- Congreso de la República del Perú. (s. f.-b). *Reglamento del Congreso de la República*. Congreso de la República.

protección de la salud, y asignan al Estado la determinación y conducción plural y descentralizada de la política nacional de salud para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Asimismo, conforme a los artículos 58, 59 y 65 de la Carta Fundamental, la iniciativa privada se ejerce en una economía social de mercado en la que el Estado actúa principalmente en áreas de promoción del empleo, salud, educación, seguridad y servicios públicos, y defiende el interés de los consumidores y usuarios garantizando su derecho a la información.

Esta lectura se respalda en doctrina jurisprudencial consolidada y verificada del Tribunal Constitucional del Perú [14]: (i) en las sentencias recaídas en los **Expedientes N.° 02945-2003-AA/TC (caso Azanca Alhelí Meza García) y N.° 02016-2004-AA/TC (caso José Luis Correa Condori)**, el Tribunal precisó que el derecho a la salud comporta la obligación estatal de realizar acciones positivas para garantizar el acceso oportuno a tratamientos y medicamentos esenciales en resguardo de la vida digna; (ii) en la sentencia recaída en el **Expediente N.° 00008-2003-AI/TC (caso Roberto Nesta Brero)**, desarrolló los alcances de la economía social de mercado, señalando que las libertades económicas no son absolutas y deben armonizarse con el bien común y la salud pública; (iii) en la sentencia del **Expediente N.° 00032-2010-PI/TC (caso Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco)**, reafirmó la prevalencia razonable de la protección de la salud pública frente a restricciones proporcionales a la actividad comercial; y (iv) en la sentencia del **Expediente N.° 00045-2004-PI/TC (caso Colegio de Abogados del Cono Norte de Lima)**, sistematizó los subprincipios de idoneidad, necesidad y proporcionalidad en sentido estricto aplicables al control constitucional de las normas.

1.5. INDICADORES, DERECHO COMPARADO Y TEST DE PROPORCIONALIDAD

A. Línea de base e indicadores cuantitativos verificables

La línea de base del problema público se sustenta en cuatro indicadores oficiales verificables: (i) gasto de bolsillo en salud del Perú situado entre 28.0% y 29.1% del gasto corriente total en salud en la serie 2015–2021 (OMS-GHED / Cuentas Nacionales de Salud MINSA), por encima del umbral máximo de 20% recomendado por la OPS/OMS; (ii) participación de los medicamentos como el mayor componente del gasto directo familiar en salud —entre 43% y 50% a nivel

[14] - Constitución Política del Perú. (1993). *Diario Oficial El Peruano*.
- Tribunal Constitucional del Perú. (2003). *Sentencia recaída en el Expediente N.° 00008-2003-AI/TC (Caso Roberto Nesta Brero)*. Pleno Jurisdiccional.
-Tribunal Constitucional del Perú. (2004). *Sentencia recaída en el Expediente N.° 02945-2003-AA/TC (Caso Azanca Alhelí Meza García)*. Sala Primera.
-Tribunal Constitucional del Perú. (2005a). *Sentencia recaída en el Expediente N.° 00045-2004-PI/TC (Caso Colegio de Abogados del Cono Norte de Lima)*. Pleno Jurisdiccional.
-Tribunal Constitucional del Perú. (2005b). *Sentencia recaída en el Expediente N.° 02016-2004-AA/TC (Caso José Luis Correa Condori)*. Sala Primera.
-Tribunal Constitucional del Perú. (2011). *Sentencia recaída en el Expediente N.° 00032-2010-PI/TC (Caso Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco)*. Pleno Jurisdiccional.

nacional y más de 60% en hogares de menores ingresos— según análisis de la ENAHO (INEI) e INS; (iii) concentración superior al 80% de las ventas dentro del segmento de cadenas de boticas en un solo grupo económico, diferenciado del universo de boticas independientes MYPES (Estudio de Mercado del Sector Farmacéutico, INDECOPI 2022); y (iv) brechas de precios documentadas de entre 3 y más de 10 veces entre marcas comerciales y medicamentos esenciales genéricos en DCI en el Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos de DIGEMID.

B. Matriz de indicadores de seguimiento ex post para evaluación de impacto

Cuadro 4

Indicador	Fórmula de cálculo	Fuente oficial	Línea de base	Meta	Frecuencia	Responsable
1. Articulación y cobertura territorial de FarmaPerú	(N.° de puntos articulados y nuevos habilitados con autorización sanitaria / N.° de puntos programados en zonas priorizadas) x 100	Registro Nacional de Establecimientos Farmacéuticos (DIGEMID) y reportes de convenios MINSA	Año 0: Inventario base de farmacias públicas operativas	Meta progresiva definida por fases en el Reglamento	Semestral / Anual	MINSA (en coordinación con GORE/GL)
2. Continuidad de abastecimiento y no afectación hospitalaria	(N.° de ítems esenciales en DCI con stock ≥ 2 meses en hospitales/postas y puntos FarmaPerú / Total de ítems programados) x 100	SISMED / Reportes logísticos CENARES-MINSA	Año 0: Tasa base de disponibilidad SISMED	Mantener o superar la línea de base hospitalaria sin quiebres atribuibles a la red	Trimestral	CENARES y DIRIS/DIRESA/GERESA
3. Evolución del gasto de bolsillo en medicamentos	Variación porcentual del gasto promedio real de los hogares en medicamentos en distritos con FarmaPerú vs. distritos comparables sin intervención (diferencias en diferencias)	ENAHO (INEI) y Cuentas Nacionales de Salud (MINSA)	Año 0: Gasto medio base en distritos priorizados y de control	Reducción estadísticamente significativa en distritos intervenidos	Anual	MINSA (OGTI / OGPP) con soporte de datos INEI
4. Cumplimiento del Art. 27.4 Ley N.° 29459 en sector privado	(N.° de establecimientos privados no MYPE que cumplen la cuota vigente del 30% por ítem / Total de establecimientos fiscalizados) x 100	Informes de fiscalización sanitaria DIGEMID / DIRIS / DIRESA / GERESA e INDECOPI	Año 0: Tasa base de cumplimiento reportada por DIGEMID	Incremento progresivo anual del cumplimiento verificado	Semestral	DIGEMID / Autoridades Regionales de Salud e INDECOPI

C. Análisis de Derecho Comparado (referencias institucionales verificadas)

La experiencia comparada en América Latina y Europa ofrece referencias útiles sobre modelos de intermediación pública de medicamentos, farmacias municipales y promoción de genéricos en DCI. No obstante, los resultados cuantitativos y modalidades operativas de cada país dependen de su estructura

institucional, presupuesto, año de evaluación, cobertura de aseguramiento y diseño regulatorio específico, por lo que no pueden trasladarse automáticamente al Perú, sino tomarse como insumos referenciales de diseño[15]:

Cuadro 5

País	Marco Normativo Comparado	Mecanismo de Referencia y Alcance
Chile	Ley N.° 21.198 (Ley Cenabast, publicada en diciembre de 2019 y vigente desde abril de 2020) y farmacias comunales municipales	Faculta a la Central de Abastecimiento (CENABAST) a intermediar la compra de medicamentos para farmacias independientes y municipales adheridas, fijando un precio máximo de venta al público para los productos intermediados. Los reportes institucionales de CENABAST documentan reducciones sustanciales en los precios finales frente al promedio minorista, variables según principio activo, presentación y cobertura.
Brasil	Programa «Farmácia Popular do Brasil» (Ley Federal N.° 10.858/2004, Decreto N.° 5.090/2004 y Portaria de Consolidação N.° 5/2017)	Articula el abastecimiento estatal con una red acreditada de farmacias («Aqui Tem Farmácia Popular»), garantizando acceso gratuito o subsidiado a medicamentos esenciales para hipertensión, diabetes y asma, sujeto a financiamiento federal y evaluación sanitaria continua.
España	Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio (arts. 87 y 89, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos)	Promueve la prescripción por principio activo (DCI) y obliga a dispensar la presentación de menor precio en igualdad de composición dentro del sistema de precios de referencia del Sistema Nacional de Salud.
Uruguay	Ley N.° 18.161 (creación de ASSE como servicio descentralizado) y Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM)	Articula la dispensación descentralizada de medicamentos esenciales en la red de establecimientos públicos de ASSE y convenios locales de cercanía.
Perú (Propuesta)	**Proyecto de Ley «FarmaPerú»**	Articulación prioritaria de farmacias públicas existentes e implementación progresiva focalizada por brechas (Arts. 3-5), compras programadas vía CENARES (Arts. 6-7), metodología de precio social (Art. 8) y conservación del régimen vigente del Art. 27.4 Ley N.° 29459 (Art. 9).

[15] - Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. (s. f.). *Reportes institucionales de intermediación de medicamentos (Ley Cenabast)*. Ministerio de Salud de Chile.
- Decreto N.° 5.090, regulamenta a Lei N.° 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. (2004). Presidência da República do Brasil.
- Lei Federal N.° 10.858, autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento. (2004). Congresso Nacional do Brasil.
- Ley N.° 18.161, creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado. (2007). Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay.
- Ley N.° 21.198, que autoriza la intermediación de medicamentos por parte de CENABAST a almacenes farmacéuticos y farmacias privadas. (2019, 9 de diciembre). Congreso Nacional de Chile.
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (s. f.). *Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM)*. MSP.
- Portaria de Consolidação N.° 5/2017, consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (Programa Farmácia Popular do Brasil). (2017). Ministério da Saúde do Brasil.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (2015). Gobierno de España.

D. Juicio de Proporcionalidad de la Medida Legislativa

Aplicando la metodología del test de proporcionalidad sistematizada por el Tribunal Constitucional (STC Exp. N.° 00045-2004-PI/TC) a las medidas efectivamente contenidas en la fórmula legal:

a) **Juicio de Idoneidad:** Articular las farmacias públicas existentes, habilitar la apertura progresiva de puntos comunitarios en zonas con brechas acreditadas y fortalecer la fiscalización coordinada del marco vigente son medios directamente idóneos para contribuir a un fin constitucionalmente legítimo: mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales genéricos en DCI (artículos 7 y 9 de la Constitución).

b) **Juicio de Necesidad:** La fórmula legal opta por la alternativa menos gravosa entre las opciones eficaces: prioriza el uso de establecimientos públicos ya operativos antes de crear nuevos puntos (artículo 3.2), exige evaluación previa de costos y viabilidad sanitaria (artículos 4, 5 y Segunda DCF), no impone controles generales de precios al sector privado y conserva íntegramente la excepción para microempresas del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 (artículo 9).

c) **Juicio de Proporcionalidad en Sentido Estricto:** La medida genera un beneficio verificable en la protección del derecho a la salud y en la accesibilidad territorial de poblaciones con brechas, sin introducir nuevas cargas regulatorias ni sanciones adicionales sobre las farmacias y boticas privadas más allá de los regímenes legales ya vigentes (artículos 9 y 10), logrando un equilibrio razonable entre la tutela sanitaria y las libertades económicas.

II. MARCO NORMATIVO

Marco normativo aplicable: Constitución Política del Perú (artículos 1, 2 inciso 1, 7, 9, 58, 59, 65, 79, 102 inciso 1 y 107); Reglamento del Congreso de la República (artículos 3 y 75) y Reglamento de la Cámara de Diputados (artículo 8); Ley N.° 26842, Ley General de Salud; Ley N.° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (en especial su artículo 27, numerales 27.3 y 27.4, modificado por la Ley N.° 32033); Decreto Supremo N.° 016-2001-SA; Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos (Decreto Supremo N.° 014-2011-SA); Reglamento de Intercambiabilidad de Medicamentos (Decreto Supremo N.° 024-2018-SA); Decreto Legislativo N.° 1440, del Sistema Nacional de Presupuesto Público; Ley N.° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; Decreto Legislativo N.° 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas; y TUO de la Ley N.° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Análisis artículo por artículo (Fórmula Legal vigente de 10 artículos y 2 DCF)

- **Artículo 1 (Objeto de la Ley):** Define el objeto orientado a contribuir al acceso a medicamentos esenciales genéricos en DCI mediante la articulación y fortalecimiento de los servicios farmacéuticos públicos existentes y la implementación progresiva de la Red «FarmaPerú», en sujeción a la normativa sanitaria y presupuestaria aplicable.
- **Artículo 2 (Finalidad de la Ley):** Precisa la finalidad de mejorar la disponibilidad territorial y accesibilidad de los medicamentos esenciales genéricos en DCI, priorizando las zonas con mayores brechas de acceso, para reducir el gasto de la población y preservar la continuidad de las prestaciones y del abastecimiento de los establecimientos públicos de salud.
- **Artículo 3 (Creación y organización de la Red «FarmaPerú»):** Crea la red bajo la conducción del MINSA en coordinación con CENARES, gobiernos regionales, gobiernos locales y EsSalud. Dispone que se integre prioritariamente con establecimientos públicos existentes y que solo se incorporen nuevos puntos cuando se acredite necesidad territorial y viabilidad sanitaria, operativa y financiera, identificando cada convenio a la entidad responsable del local, personal, operación, financiamiento y condiciones sanitarias.
- **Artículo 4 (Criterios de implementación territorial):** Establece seis criterios técnicos mínimos para seleccionar puntos de atención: distancia y tiempo de desplazamiento, población y demanda estimada, disponibilidad local de genéricos en DCI, aptitud sanitaria del inmueble, disponibilidad de personal y capacidad logística, y costos y financiamiento legalmente disponible, disponiendo una implementación progresiva.
- **Artículo 5 (Condiciones sanitarias y personal):** Exige que cada punto de atención cuente, antes de iniciar actividades, con autorización sanitaria y cumpla las condiciones de infraestructura, almacenamiento, conservación, dirección técnica, personal y atención según su categoría y normativa vigente (D.S. N.° 014-2011-SA), asignando en el convenio la responsabilidad expresa de su cumplimiento.
- **Artículo 6 (Programación y abastecimiento):** Regula la participación de CENARES en la programación y consolidación de la demanda de FarmaPerú y las adquisiciones o importaciones procedentes, precisando que la programación considera las necesidades de abastecimiento de los establecimientos y prestaciones existentes y se sustenta en la evaluación de capacidad operativa y financiera.
- **Artículo 7 (Continuidad del abastecimiento):** Incorpora salvaguardas expresas de seguimiento de existencias, reposición oportuna y contingencia frente a riesgos de desabastecimiento para proteger la atención de los establecimientos públicos de salud, y precisa que la

coordinación con el SIS y EsSalud respeta sus competencias, fuentes de financiamiento y condiciones aplicables.

- **Artículo 8 (Precio social y prestaciones cubiertas):** Encarga al MINSA aprobar la metodología para determinar, publicar y revisar los precios sociales —identificando los componentes de costo incorporables— y garantiza que las prestaciones y coberturas de los asegurados del SIS y EsSalud se rigen por sus propios regímenes, sin ser sustituidas por ventas.
- **Artículo 9 (Disponibilidad y fiscalización de medicamentos genéricos en el sector privado):** Remite expresamente al numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 y sus disposiciones reglamentarias —conservando su ámbito de aplicación y la excepción para microempresas— y dispone la fiscalización sanitaria en coordinación con el INDECOPI conforme a sus respectivas competencias.
- **Artículo 10 (Fiscalización y sanciones):** Reafirma que las autoridades competentes investigan y sancionan los incumplimientos sanitarios y conductas anticompetitivas conforme a los regímenes legales vigentes, observando estrictamente el debido procedimiento y los principios de legalidad, tipicidad, razonabilidad y prohibición de doble sanción (non bis in idem).
- **Primera Disposición Complementaria Final (Reglamentación):** Establece el plazo de sesenta (60) días calendario para que el Poder Ejecutivo, a propuesta del MINSA y en coordinación con las entidades competentes, apruebe el reglamento desarrollando condiciones sanitarias, criterios territoriales, coordinación interinstitucional, metodología de precios sociales y mecanismos de protección del abastecimiento existente.
- **Segunda Disposición Complementaria Final (Evaluación del financiamiento):** Sujeta la implementación de la ley a la evaluación previa de sus costos de implementación y operación, de la disponibilidad y destino legal de los recursos y de su compatibilidad con las disposiciones presupuestarias aplicables, precisando que los convenios identifican los aportes y responsabilidades de cada entidad participante.

III. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN

De conformidad con el artículo 75 del Reglamento del Congreso de la República, la presente proposición legislativa se inserta armónicamente en el ordenamiento jurídico nacional sin derogar ni distorsionar normas vigentes:

- **Complementariedad con la Ley N.° 29459 y la Ley N.° 32033:** No modifica ni sustituye la regla del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 (modificada por la Ley N.° 32033), sino que la preserva

íntegramente —incluida la excepción para microempresas— y refuerza la coordinación interinstitucional entre la autoridad sanitaria competente e INDECOPI (artículo 9). Asimismo, se articula de forma complementaria con el numeral 27.3 del artículo 27 de dicha ley, estableciendo salvaguardas para que el abastecimiento de FarmaPerú no afecte la disponibilidad de medicamentos esenciales en los establecimientos públicos de salud existentes[16].

- **Articulación con el Decreto Supremo N.° 016-2001-SA y el Decreto Supremo N.° 014-2011-SA:** Reconoce los antecedentes normativos de venta pública directa de medicamentos esenciales genéricos y los integra en un esquema organizado de articulación y expansión progresiva por brechas territoriales, manteniendo intactas las exigencias de autorización sanitaria, dirección técnica y buenas prácticas de almacenamiento y dispensación.
- **Adecuación reglamentaria:** El Poder Ejecutivo, en un plazo de sesenta (60) días calendario, deberá emitir el reglamento de la ley y, de corresponder, adecuar las disposiciones reglamentarias y directivas técnicas del MINSA y CENARES para regular los convenios interinstitucionales, criterios territoriales, metodología de precio social y mecanismos de continuidad del abastecimiento.

IV. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

A. Evaluación presupuestaria, costos de implementación y compatibilidad constitucional

En estricto rigor técnico y conforme al artículo 79 de la Constitución Política del Perú y al Decreto Legislativo N.° 1440 (Sistema Nacional de Presupuesto Público), no corresponde afirmar de manera automática que la implementación de una red de farmacias públicas carezca de costos o tenga un impacto fiscal igual a cero soles. La puesta en marcha y operación de nuevos puntos de atención o el fortalecimiento de los existentes involucra componentes de costo identificables: adquisición inicial y reposición de stock de medicamentos, personal profesional químico-farmacéutico y de apoyo (o evaluación del impacto de su reasignación), adecuación sanitaria de inmuebles, almacenamiento, cadena de distribución y transporte, sistemas de control de existencias y acciones de fiscalización[17].

Por ello, la Segunda Disposición Complementaria Final sujeta expresamente la implementación de la ley a la evaluación previa de sus costos de implementación

[16] Ley N.° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. (2009). *Diario Oficial El Peruano*.
[17]- Constitución Política del Perú. (1993). *Diario Oficial El Peruano*.
- Decreto Legislativo N.° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público. (2018). *Diario Oficial El Peruano*.

y operación, de la disponibilidad y el destino legal de los recursos existentes y de su compatibilidad con las disposiciones presupuestarias aplicables, disponiendo que la red se integre prioritariamente con establecimientos públicos ya operativos y que los convenios delimiten los aportes y responsabilidades de cada entidad participante. Asimismo, dado que la fórmula legal no crea un «fondo de medicamentos rotatorio» autónomo, los mecanismos de financiamiento inicial, reposición de inventarios, cobertura de mermas o vencimientos y destino legal de los ingresos recaudados por precio social deberán sujetarse a las reglas del Sistema Nacional de Presupuesto Público y del Sistema Nacional de Tesorería, así como a la evaluación técnica previa que efectúe el Poder Ejecutivo en la etapa reglamentaria y en los convenios respectivos.

B. Impacto económico y social esperado (criterio metodológico por escenarios)

En lugar de consignar proyecciones globales de ahorro no acreditadas en una línea de base verificable, el impacto económico de la iniciativa debe estimarse y evaluarse de manera gradual y verificable a partir de la población efectivamente atendida en los puntos priorizados, la frecuencia de dispensación, la canasta de medicamentos esenciales en DCI y la brecha real de precios entre el precio social aprobado por el MINSA y el precio minorista local, construyendo escenarios conservador, intermedio y alto durante la evaluación previa y la implementación por fases[18].

En el plano social y sanitario, la articulación de farmacias públicas comunitarias en zonas con mayores brechas contribuye a mejorar la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas, reducir la carga económica directa en los hogares de menores ingresos y descongestionar la dispensación ambulatoria en hospitales de mayor complejidad. Para evitar que esta nueva demanda genere externalidades negativas sobre los servicios existentes, los artículos 6.2 y 7 incorporan salvaguardas expresas de programación diferenciada, seguimiento de existencias, reposición oportuna y planes de contingencia que protegen el abastecimiento de hospitales y postas públicas, así como la continuidad de las prestaciones cubiertas del SIS y de EsSalud[19].

C. Impacto ambiental

La operación de los puntos de atención bajo autorización sanitaria y dirección técnica profesional asegura el cumplimiento del Decreto Legislativo N.° 1278, Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, y de la normativa sanitaria sobre manejo y disposición final segura de medicamentos vencidos o deteriorados.

[18]- Congreso de la República del Perú. (s. f.-b). *Reglamento del Congreso de la República*. Congreso de la República.
- Departamento de Investigación y Asesoría Técnico-Parlamentaria. (2026). *Informe técnico final de evaluación de iniciativa legislativa*. Cámara de Diputados, Congreso de la República del Perú.

[19] Ley N.° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. (2009). *Diario Oficial El Peruano*.

Cuadro 6. Balance Cualitativo de Costos y Beneficios (Alineado a la 2.ª DCF)

Componente	Costos e Implicancias Identificadas	Beneficios Esperados
Articulación y expansión progresiva de FarmaPerú	Costos de adecuación sanitaria, stock inicial, reposición, personal, logística y sistemas, sujetos a evaluación previa de costos y disponibilidad presupuestaria legal (2.ª DCF).	Mayor proximidad territorial y acceso a medicamentos esenciales genéricos en DCI a precio social transparente en zonas con mayores brechas.
Protección del abastecimiento hospitalario y coberturas	Costos administrativos de programación diferenciada y seguimiento de existencias en CENARES y entidades participantes.	Preservación del stock en hospitales y postas y protección efectiva de las prestaciones cubiertas del SIS y EsSalud (Arts. 6, 7 y 8).
Fiscalización sanitaria y de competencia en privados	Uso coordinado de capacidades inspectivas ordinarias de la autoridad sanitaria e INDECOPI, sin crear nuevas cargas sobre microempresas.	Mayor cumplimiento efectivo del numeral 27.4 del artículo 27 de la Ley N.° 29459 y seguridad jurídica mediante respeto al debido procedimiento (Arts. 9 y 10).

V. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La proposición legislativa guarda plena coherencia con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional: Política 13 (Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social), Política 17 (Afirmación de la economía social de mercado), Política 18 (Búsqueda de la competitividad, productividad y formalización, preservando la excepción para microempresas farmacéuticas) y Política 24 (Afirmación de un Estado eficiente, transparente y descentralizado mediante convenios interinstitucionales). Asimismo, se alinea con la Visión del Perú al 2050 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, particularmente el ODS 3 (Meta 3.8: cobertura sanitaria universal, protección financiera y acceso a medicamentos esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad) y el ODS 10 (Reducción de las desigualdades).