CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00084-2026-2031-CD
RU 8282-CD
21 AGOSTO 2026 05:02 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE GARANTIZA LA UBICACIÓN, RESERVA Y ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS EN LAS REDES PÚBLICAS DE SALUD

El Diputado de la República que suscribe **CARLOS ALBERTO YALTA SOTELO**, integrante del Grupo Parlamentario RENOVACIÓN POPULAR, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú presenta la siguiente proposición conforme a los artículos 106 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE GARANTIZA LA UBICACIÓN, RESERVA Y ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS EN LAS REDES PÚBLICAS DE SALUD

Artículo 1. Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer la continuidad en la dispensación de medicamentos prescritos y cubiertos en las redes públicas de salud, mediante la incorporación de reglas sobre información al usuario, consulta de disponibilidad, reserva, atención de cantidades pendientes, redistribución y seguimiento, para lo cual modifica la Ley 26842, Ley General de Salud, y la Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

Artículo 2. Finalidad

La ley reduce interrupciones evitables de tratamiento, desplazamientos inútiles y asimetrías de información, y mejora el uso de las existencias disponibles dentro de cada red prestacional.

Artículo 3. Incorporación del numeral 15.5 al artículo 15 de la Ley 26842, Ley General de Salud

Se incorpora el numeral 15.5 al artículo 15 de la Ley 26842, Ley General de Salud, en los siguientes términos:

"15.5. Continuidad en la dispensación de medicamentos financiados por instituciones públicas

Las personas usuarias de los servicios públicos de salud tienen los siguientes derechos:

a) A recibir, en el mismo acto y sin costo, una constancia física o electrónica cuando la farmacia del establecimiento de salud no disponga total o parcialmente de un medicamento prescrito, vigente y cubierto. La constancia

identifica la receta, el medicamento, la cantidad dispensada y la cantidad pendiente, así como la fecha, hora y establecimiento de atención. No consigna el diagnóstico, salvo cuando sea exigido por la normativa sanitaria aplicable.

b) A que, antes de concluir la atención, el establecimiento consulte la disponibilidad del medicamento en las farmacias de la misma red prestacional o institución financiadora. De existir disponibilidad, se informa al usuario sobre las alternativas accesibles y, con su aceptación, se efectúa una reserva por un plazo de cuarenta y ocho horas o por uno menor cuando así lo exijan las condiciones de conservación o seguridad del medicamento.

c) A que, cuando la dispensación sea parcial, la cantidad pendiente mantenga su condición de no dispensada durante la vigencia de la receta y pueda ser atendida en otro establecimiento habilitado de la misma red prestacional.

d) A que, cuando no exista disponibilidad registrada, se genere una orden pendiente vinculada a la receta y se habilite un canal gratuito para consultar su estado. La entidad comunica la reposición por el medio elegido por el usuario y únicamente informa una fecha estimada de disponibilidad cuando cuente con información logística que la sustente.

e) A que las redes prestacionales adopten medidas de redistribución interna de medicamentos, priorizando aquellos próximos a vencer o disponibles en establecimientos con existencias excedentes, de acuerdo con criterios sanitarios, demanda y continuidad terapéutica.

f) A que, ante situaciones de escasez, pueda dispensarse una presentación o concentración equivalente únicamente cuando exista un protocolo aprobado por la autoridad sanitaria, se observen las salvaguardas clínicas correspondientes y se cuente con el consentimiento informado del usuario.

g) A que las actuaciones de consulta, reserva, dispensación, orden pendiente y cancelación cuenten con mecanismos de trazabilidad y a que el tratamiento de los datos personales se realice conforme a la legislación sobre protección de datos personales y secreto médico."

Artículo 4. Incorporación del numeral 27.7 al artículo 27 de la Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios

Se incorpora el numeral 27.7 al artículo 27 de la Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, en los siguientes términos:

"27.7. Los establecimientos de salud del sector público adoptan, dentro de las coberturas y competencias que les correspondan, medidas destinadas a preservar la continuidad en la dispensación de los medicamentos prescritos cuando estos no se encuentren disponibles total o parcialmente.

Estas medidas comprenden, según corresponda, la consulta de existencias disponibles, la reserva temporal, la atención de cantidades pendientes y la redistribución de medicamentos entre establecimientos de la misma red prestacional o institucional, conforme a la normativa sanitaria vigente.

Lo dispuesto en el presente numeral no amplía la cobertura farmacológica ni obliga a adquirir medicamentos fuera de los mecanismos de abastecimiento y financiamiento vigentes."

Artículo 5. Información y seguimiento

Las instituciones públicas comprendidas en la presente ley publican trimestralmente, mediante sus portales institucionales y en formato agregado, información sobre:

a) recetas atendidas parcialmente por falta de disponibilidad;

b) recetas no atendidas por falta de disponibilidad;

c) reservas efectuadas y efectivamente dispensadas;

d) órdenes pendientes generadas y atendidas; y

e) tiempo promedio transcurrido entre la generación de la orden pendiente y la dispensación efectiva.

La información publicada no contiene datos personales ni información que permita identificar a las personas usuarias.

Artículo 6. Supervisión

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el marco de sus competencias, supervisa el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley.

La constancia de falta total o parcial de medicamentos, así como los registros de consulta, reserva, orden pendiente y dispensación, constituyen medios verificables para la atención de consultas, reclamos y acciones de supervisión.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Adecuación reglamentaria

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley dentro de los sesenta días calendario siguientes a su publicación.

SEGUNDA. Implementación gradual

Las instituciones adecuan procedimientos e interfaces existentes dentro de los ciento ochenta días calendario siguientes a la publicación del reglamento. La adecuación no exige crear una plataforma distinta cuando la información pueda interoperar o consultarse mediante sistemas existentes.

TERCERA. Financiamiento

La implementación se financia con cargo a los presupuestos institucionales aprobados, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público ni crear una obligación de compra fuera de los mecanismos vigentes.

CUARTA. Informe sobre implementación y resultados

El Ministerio de Salud informa semestralmente a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados sobre los avances y resultados de la implementación de la presente ley.

El informe utiliza principalmente la información generada conforme al artículo 5 y comprende las medidas adoptadas para mejorar la disponibilidad y continuidad en la dispensación de medicamentos en los establecimientos públicos de salud, así como las principales brechas identificadas.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YALTA SOTELO Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/08/2026 14:58:11-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/08/2026 15:13:02-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BAELLA MALCA Jose Isidro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/08/2026 15:33:41-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/08/2026 15:13:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MARTINEZ PAITAN Paola Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/08/2026 16:35:29-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZEBALLOS APONTE Jorge Arturo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/08/2026 16:24:31-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PÚBLICO

1.1. Delimitación del problema

El problema público que aborda la iniciativa es la insuficiente continuidad operativa de la dispensación de medicamentos prescritos y cubiertos por instituciones públicas de salud cuando el establecimiento que atiende al usuario no dispone total o parcialmente del producto.

El ordenamiento sanitario ya contempla la posibilidad de una dispensación parcial y establece obligaciones de registro respecto de los productos efectivamente entregados. Sin embargo, la regulación vigente no desarrolla de manera uniforme qué ocurre con la cantidad no dispensada ni establece una secuencia mínima común que permita al usuario conocer qué queda pendiente, identificar disponibilidad en otros establecimientos de su red, reservar temporalmente una existencia localizada, mantener trazabilidad de la cantidad no atendida y conocer posteriormente el estado de su dispensación.

La brecha regulatoria no consiste, por tanto, en la inexistencia de reglas sobre prescripción o dispensación, sino en la falta de un estándar común de continuidad frente a un faltante total o parcial en las redes públicas de salud.

Esta situación puede trasladar al usuario los costos de la descoordinación institucional mediante nuevas consultas, desplazamientos, búsquedas sucesivas e incertidumbre respecto de la continuidad de su tratamiento.

La iniciativa establece una respuesta mínima y verificable frente al faltante: constancia de lo dispensado y pendiente, consulta de disponibilidad dentro de la red, reserva temporal cuando exista stock, preservación de la cantidad pendiente durante la vigencia de la receta, orden de seguimiento cuando no exista disponibilidad, redistribución interna e información agregada sobre resultados. No amplía coberturas farmacológicas ni crea mecanismos extraordinarios de adquisición o financiamiento.

1.2. Evidencia de la brecha

La evidencia institucional disponible acredita episodios de falta de disponibilidad y dificultades de dispensación en establecimientos públicos. En febrero de 2026, la Defensoría del Pueblo informó que el hospital de EsSalud de Tarapoto presentaba un nivel de abastecimiento de 76,78 %, setenta y cuatro medicamentos pendientes de suministro y desabastecimiento de insulina; asimismo, reportó coordinaciones con otros establecimientos para obtener medicamentos temporalmente.

El Informe Defensorial n.º 263 identificó, en los hospitales supervisados, problemas de integración de los sistemas de información y limitaciones en los servicios de farmacia. Por su parte, EsSalud informó en julio de 2026 una reducción significativa de su nivel de desabastecimiento. Estos antecedentes muestran que la disponibilidad es dinámica y que, aun cuando el abastecimiento general mejore, subsiste la necesidad de establecer qué respuesta debe recibir una persona cuya receta concreta no puede atenderse total o parcialmente en el establecimiento al que acudió.

1.3. Efectos sobre las personas usuarias

La continuidad terapéutica puede verse afectada cuando el acceso a un medicamento depende de búsquedas sucesivas o de nuevos desplazamientos. Una revisión sistemática sobre barreras de transporte al acceso a servicios de salud concluyó que dichas barreras se asocian con retrasos en la atención y con uso tardío o perdido de medicamentos; se trata de evidencia internacional y no de una estimación de la magnitud del problema en el Perú, por lo que se utiliza únicamente como sustento del mecanismo causal entre desplazamiento, acceso y continuidad.[1]

Asimismo, una revisión sistemática sobre quiebres de stock de medicamentos esenciales en países de ingresos bajos y medios documentó que los desabastecimientos pueden afectar la disponibilidad efectiva de tratamientos y generar respuestas de sustitución, derivación o postergación. La revisión se refiere principalmente a cadenas de suministro comunitarias y no permite extrapolar una tasa al sistema público peruano; su valor para esta iniciativa es conceptual: la existencia de stock en el sistema no equivale necesariamente a disponibilidad efectiva para cada usuario en el punto de dispensación.[2]

1.4. Problema, causas y efectos

Dimensión	Causa o condición	Efecto relevante
Atención al usuario	La falta de stock puede comunicarse de forma verbal, sin constancia estructurada de la cantidad entregada y pendiente.	Menor capacidad del usuario para acreditar el faltante y menor trazabilidad para reclamos, supervisión y reposición.
Información de red	La disponibilidad puede encontrarse distribuida entre establecimientos y sistemas institucionales.	Búsqueda repetitiva y desplazamientos que pueden resultar inútiles.
Dispensación parcial	La normativa contempla la entrega parcial, pero no establece con alcance uniforme un mecanismo de continuidad que permita gestionar la cantidad todavía no dispensada en otros establecimientos de la misma red.	Riesgo de pérdida de trazabilidad sobre la cantidad pendiente y necesidad de nuevas gestiones por parte del usuario.
Reposición	Cuando no existe disponibilidad, el usuario puede carecer de un mecanismo de seguimiento de la orden pendiente.	Incertidumbre, consultas sucesivas y menor predictibilidad.
Gestión	La información sobre recetas no atendidas y faltantes puede no estar disponible en indicadores homogéneos.	Menor capacidad para redistribuir existencias, priorizar reposición y supervisar resultados.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

La evidencia disponible permite sostener con prudencia tres afirmaciones. Primero, existen episodios verificables de desabastecimiento y dispensación limitada en establecimientos públicos.

Segundo, las entidades ya generan información sobre recetas, existencias, dispensación y aseguramiento, aunque los sistemas no siempre están integrados.

1 Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: Transportation barriers to health care access. Journal of Community Health, 38(5), 976–993. https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1. Registro PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23543372/

2 Olaniran, A., Briggs, J., Pradhan, A., Bogue, E., Schreiber, B., Dini, H. S., Hurkchand, H., & Ballard, M. (2022). Stock-outs of essential medicines among community health workers (CHWs) in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic literature review of the extent, reasons, and consequences. Human Resources for Health, 20, 58. https://doi.org/10.1186/s12960-022-00755-8. Registro PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35840965/

Tercero, la experiencia comparada demuestra que los sistemas de prescripción y dispensación pueden incorporar transmisión electrónica, trazabilidad y consulta del estado de la receta.

No existe, sin embargo, una base nacional homogénea que permita calcular cuántas recetas no atendidas generan desplazamientos adicionales o interrupciones de tratamiento; por ello, la propuesta no atribuye ahorros monetarios ni resultados clínicos automáticos.

Fuente verificada	Hallazgo	Uso en la propuesta
Defensoría del Pueblo, Tarapoto, 2026	Abastecimiento de 76,78 %, 74 medicamentos pendientes e insulina desabastecida en el establecimiento supervisado.	Acredita un caso concreto de falta de existencias y la necesidad de monitoreo de stock.
Informe Defensorial n.º 263, 2025	Débil integración de sistemas de información y limitada dispensación de recetas en hospitales supervisados.	Sustenta la necesidad de trazabilidad e integración operativa.
EsSalud, 16/7/2026	La entidad informó reducción del desabastecimiento de 55 % a 12 %.	Muestra que el abastecimiento es dinámico y que una regla de atención del faltante puntual sigue siendo necesaria.
Syed, Gerber y Sharp, 2013	Revisión de 61 estudios sobre barreras de transporte y acceso sanitario.	Sustenta cualitativamente que desplazamientos y transporte pueden afectar la oportunidad del acceso.
Olaniran et al., 2022	Revisión sistemática sobre quiebres de stock de medicamentos esenciales en países de ingresos bajos y medios.	Aporta contexto sobre consecuencias operativas de la falta de disponibilidad, sin extrapolar tasas al Perú.
NHS England / Estonia	Sistemas digitales permiten transmisión, seguimiento y dispensación de prescripciones mediante redes de farmacias.	Referencia comparada de trazabilidad y continuidad del flujo de prescripción-dispensación; no se copia su arquitectura institucional.

2.1. Referencias comparadas

En Inglaterra, el Electronic Prescription Service permite transmitir prescripciones electrónicamente a dispensadores, registrar notificaciones de dispensación y seguir el estado y ubicación de una prescripción. NHS England informa que más del 95 % de las prescripciones de atención primaria se producen electrónicamente. En Estonia, el sistema de receta electrónica permite que el farmacéutico recupere la prescripción a partir de la identificación del paciente y que la persona recoja el medicamento en la farmacia disponible dentro del sistema nacional. Estas referencias son útiles para demostrar la viabilidad de la trazabilidad y separación entre prescripción y punto de dispensación; no constituyen modelos jurídicos que se incorporen automáticamente al ordenamiento peruano.[34]

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1. Objetivo general

Mejorar la continuidad y trazabilidad de la dispensación de medicamentos prescritos y cubiertos por instituciones públicas cuando el establecimiento que atiende al

3 Estonian Business and Innovation Agency. (s. f.). e-Prescription. e-Estonia. Recuperado el 17 de agosto de 2026, de https://e-estonia.com/solutions/e-health-2/e-prescription/
4 NHS England Digital. (2026). Electronic Prescription Service. https://digital.nhs.uk/services/electronic-prescription-service

usuario carece total o parcialmente de existencias, mediante una respuesta documentada, información de disponibilidad dentro de la misma red y seguimiento de la cantidad pendiente.

3.2. Objetivos específicos

a) Estandarizar la constancia física o electrónica de la dispensación total o parcial y de la cantidad pendiente.

b) Reducir búsquedas y desplazamientos evitables mediante la consulta de existencias registradas en establecimientos de la misma red prestacional o institución financiadora.

c) Preservar la continuidad de la receta mediante reglas de reserva temporal, dispensación parcial y orden pendiente, sin ampliar la vigencia clínica o administrativa de la prescripción.

d) Mejorar el aprovechamiento de existencias disponibles mediante redistribución interna sujeta a criterios sanitarios, demanda y continuidad terapéutica.

e) Generar indicadores verificables sobre recetas no atendidas, reservas, órdenes pendientes y calidad de los registros.

f) Proteger los datos personales y el secreto médico mediante trazabilidad de accesos y tratamiento conforme al marco vigente.

3.3. Indicadores de seguimiento

Indicador	Línea base	Criterio de seguimiento	Periodicidad
Recetas no atendidas con constancia emitida	Por levantar	Porcentaje de recetas no atendidas total o parcialmente que generan constancia.	Trimestral
Reservas que concluyen en dispensación	Por levantar	Proporción de reservas registradas que culminan en entrega dentro del plazo.	Trimestral
Órdenes pendientes atendidas	Por levantar	Proporción de órdenes pendientes que culminan en dispensación durante la vigencia de la receta.	Trimestral
Registros desactualizados	Por levantar	Proporción de consultas de stock que no reflejan disponibilidad efectiva al momento de la atención.	Trimestral
Reclamos por falta de información sobre dispensación	Por levantar	Evolución del número y tasa de reclamos vinculados con falta de constancia, orientación o seguimiento.	Anual

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

4.1. Base constitucional y legal

Los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú reconocen el derecho a la protección de la salud y atribuyen al Estado la determinación de la política nacional de salud.

El artículo 15 de la Ley 26842, Ley General de Salud, reconoce derechos de las personas usuarias vinculados con el acceso oportuno y equitativo a servicios y medicamentos. A su vez, la Ley 29459 regula específicamente el acceso a productos farmacéuticos y constituye el marco sectorial dentro del cual deben desarrollarse las medidas destinadas a preservar su disponibilidad y dispensación.

El Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado mediante Decreto Supremo 014-2011-SA, contempla la entrega parcial de productos prescritos y exige dejar constancia de las unidades dispensadas. Este antecedente demuestra que la propuesta no introduce la figura de la dispensación parcial. Su objeto es desarrollar las actuaciones posteriores necesarias para preservar la continuidad respecto de la cantidad todavía no atendida.

La Ley 29344 delimita las responsabilidades de las IAFAS e IPRESS. La iniciativa mantiene esa arquitectura y no obliga a una entidad a financiar prestaciones ajenas a su cobertura ni a adquirir productos fuera de los mecanismos vigentes.

4.2. Brecha regulatoria específica

El derecho a medicamentos adecuados y oportunos no define por sí solo la secuencia mínima de actuaciones que debe seguir una farmacia pública frente a un faltante: qué documento entrega al usuario, cómo registra la cantidad pendiente, si consulta existencias en la propia red, cómo evita que una disponibilidad informada desaparezca antes de la llegada del paciente, cómo deja una orden pendiente cuando no existe stock y qué indicadores publica la entidad. Esa es la brecha que la proposición busca cubrir.

La intervención se formula como incorporación de un numeral al artículo 15 de la Ley General de Salud porque regula el contenido operativo de un derecho del usuario y pretende producir un estándar mínimo aplicable a las redes públicas. El desarrollo reglamentario deberá definir aspectos técnicos sin alterar coberturas, competencias ni reglas sanitarias especiales.

El ordenamiento sanitario vigente ya reconoce expresamente la posibilidad de una dispensación parcial. El artículo 56 del Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado por Decreto Supremo 014-2011-SA, dispone que, cuando se produzca una entrega parcial de los productos prescritos, deben registrarse en el reverso de la receta las unidades dispensadas, el sello del establecimiento y la firma del profesional químico farmacéutico.

Este antecedente demuestra que la presente iniciativa no crea la figura de la dispensación parcial. La brecha se encuentra en lo que ocurre después de dicha entrega: la normativa vigente no establece con alcance legal uniforme una secuencia que permita al usuario identificar la cantidad pendiente, consultar existencias disponibles dentro de su red, reservar el medicamento cuando exista disponibilidad, mantener una orden pendiente cuando no exista stock y conocer posteriormente su estado.

En consecuencia, la propuesta complementa, y no sustituye, las reglas sanitarias vigentes sobre dispensación.

4.3. Justificación de las medidas previstas

Constancia del faltante. Permite identificar objetivamente qué medicamento fue prescrito, qué cantidad se dispensó y cuál permanece pendiente, evitando que una falta total o parcial quede únicamente registrada mediante una comunicación verbal.

Consulta de existencias. Obliga a utilizar la información disponible dentro de la propia red antes de trasladar al usuario la carga de localizar el producto.

Reserva temporal. Evita que una existencia identificada desaparezca durante el tiempo razonable requerido para que la persona se desplace al establecimiento que la mantiene disponible.

Cantidad pendiente y orden de seguimiento. Permiten mantener identificada la parte no dispensada mientras la receta permanezca vigente, sin extender su vigencia clínica o administrativa.

Redistribución. Busca aprovechar existencias disponibles o próximas a vencer dentro de una misma red cuando ello resulte sanitaria y logísticamente adecuado.

Información de desempeño. Genera datos agregados que permiten diferenciar falta de disponibilidad, dispensación parcial, reservas, órdenes pendientes y tiempo hasta la entrega efectiva.

Ninguno de estos mecanismos garantiza por sí mismo la existencia material de medicamentos. Su finalidad es mejorar la gestión y continuidad frente a un faltante utilizando las capacidades existentes.

4.4. Interoperabilidad y protección de datos

La propuesta no crea un nuevo registro clínico. La Ley 30024 y su modificación mediante la Ley 31750 ya desarrollan un marco de interoperabilidad de historias clínicas electrónicas y uso de la Plataforma Nacional de Interoperabilidad para información clínica autorizada. La proposición se limita a datos necesarios para la dispensación y dispone que el tratamiento respete la legislación de protección de datos personales y el secreto médico. El Reglamento vigente de la Ley 29733 fue aprobado mediante Decreto Supremo 016-2024-JUS.56

4.5. Alternativas evaluadas

Alternativa	Contenido	Ventaja	Limitación / decisión
A0. Mantener el marco vigente	Continuar con derechos generales y procedimientos institucionales actuales.	No genera costos incrementales por reforma.	No establece una secuencia uniforme de continuidad para la cantidad pendiente, consulta en red, reserva y seguimiento.
A1. Protocolo administrativo	Emitir lineamientos o protocolos para redes específicas.	Más rápido y flexible.	Cobertura fragmentada, menor estabilidad y distinta fuerza entre sistemas. Útil como desarrollo reglamentario, pero insuficiente como solución transversal.
A2. Compra privada reembolsable	Permitir que el usuario compre en una farmacia privada y solicite reembolso.	Puede resolver algunos faltantes materiales.	Genera gasto, problemas de precios, elegibilidad, control y sostenibilidad. Descartada.
A3. Nueva plataforma nacional	Crear por ley un sistema único de inventarios y recetas.	Centralización potencial.	Mayor costo, duplicidad tecnológica y riesgo de implementación. Descartada.
A4. Constancia, consulta y continuidad dentro de la red existente	Usar inventarios, sistemas y competencias existentes con obligaciones mínimas comunes.	Ataca directamente la brecha de información y trazabilidad con intervención acotada.	Requiere adecuación de procedimientos e interfaces. Seleccionada.

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, Y FUENTES UTILIZADAS

Antecedente / fuente	Contenido relevante	Relación con la propuesta
Ley 26842, Ley General de Salud	Marco general de derechos en salud; artículo 15 sobre derechos de la persona usuaria.	Se incorpora el numeral 15.5 para desarrollar la continuidad de la dispensación.
Ley 29414	Modificó la Ley General de Salud para fortalecer los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.	Antecedente directo de la estructura del artículo 15.
Ley 29344	Regula el aseguramiento universal, las IAFAS y las IPRESS.	Permite delimitar cobertura y evitar financiamiento cruzado no previsto.
Ley 30024 y Ley 31750	Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas e interoperabilidad.	La propuesta no crea un registro clínico paralelo y utiliza solo datos necesarios para dispensación.
Ley 29733 y D.S. 016-2024-JUS	Protección de datos personales y reglamento vigente.	Rige el tratamiento de información personal y datos de salud.
Ley 29459, modificada, entre otras, por Ley 32033	Regula los productos farmacéuticos y establece en su artículo 27 las reglas de acceso universal. El numeral 27.6 atribuye responsabilidad por el cumplimiento de las obligaciones a los titulares y profesionales correspondientes.	Se incorpora el numeral 27.7 para establecer una regla específica de continuidad frente a faltantes totales o parciales.
D.S. 014-2011-SA, art. 56	Reconoce expresamente la entrega parcial y exige registrar las unidades dispensadas, sello y firma del químico farmacéutico.	Demuestra que la propuesta no crea la dispensación parcial; regula la continuidad de la cantidad pendiente.
Defensoría del Pueblo, 2025 y 2026	Supervisiones hospitalarias y de EsSalud con hallazgos sobre dispensación, stock y sistemas de información.	Evidencia nacional del problema y de la necesidad de trazabilidad.
Syed et al. (2013); Olaniran et al. (2022)	Revisiones sistemáticas sobre barreras de transporte y quiebres de stock.	Sustento conceptual; no se extrapolan cifras al Perú.
NHS England y e-Estonia	Experiencias de prescripción electrónica, trazabilidad y dispensación en red.	Referencia comparada de diseño, no trasplante normativo.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

Sector / actor	Intervención	Efecto de la propuesta
Ministerio de Salud y autoridades sanitarias	Reglamentación y criterios técnicos dentro de sus competencias.	Estandarización mínima sin crear una nueva autoridad.
EsSalud, SIS, sanidades y demás IAFAS públicas	Aplican la regla dentro de sus coberturas y articulan sus redes prestacionales.	No se amplían planes ni se obliga a financiar otra red.
IPRESS y servicios de farmacia públicos	Emiten constancia, consultan disponibilidad, registran reservas, saldos y órdenes pendientes.	Mayor trazabilidad y carga operativa incremental.
SUSALUD	Supervisa el cumplimiento del derecho dentro de sus competencias vigentes.	Cuenta con medios verificables para consultas, reclamos y supervisión.
Usuarios y cuidadores	Reciben constancia, información de disponibilidad y seguimiento.	Reducción esperada de incertidumbre y búsquedas evitables.
Farmacias privadas	No se incorporan como obligadas al régimen por el solo efecto de la ley.	Impacto directo neutral, salvo convenios o relaciones jurídicas preexistentes.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN Y EFECTO SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La proposición modifica:

a) La Ley 26842, Ley General de Salud, mediante la incorporación del numeral 15.5 al artículo 15, con el propósito de reconocer derechos específicos de las personas usuarias frente a la falta total o parcial de medicamentos prescritos y cubiertos.

b) La Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, mediante la incorporación del numeral 27.7 a su artículo 27, a fin de establecer el deber de los establecimientos públicos de adoptar medidas de continuidad en la dispensación.

La propuesta no modifica las reglas de cobertura, financiamiento, prescripción, vigencia de recetas, productos sujetos a control especial ni los procedimientos de adquisición de medicamentos

7.1. Efecto de la vigencia

a) No crea un nuevo plan de beneficios, petitorio farmacológico, seguro, establecimiento farmacéutico, plataforma digital ni mecanismo de adquisición de medicamentos.

b) No obliga a una IAFAS pública a financiar prestaciones a cargo de otra entidad ni a comprar o dispensar medicamentos mediante farmacias privadas.

c) No amplía la vigencia clínica o administrativa de una receta ni modifica las reglas sobre productos sujetos a control sanitario especial.

d) Crea obligaciones de información, registro, consulta de disponibilidad, reserva, trazabilidad y publicación de indicadores que deben integrarse progresivamente en procedimientos e interfaces existentes.

VIII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

El análisis se desarrolla con enfoque cualitativo y ex ante porque no existe una línea base nacional homogénea sobre recetas no atendidas, desplazamientos generados por falta de stock, tiempo de búsqueda ni costos tecnológicos de la adecuación; se identifican los efectos monetarios y no monetarios y se evita asignar ahorros o beneficios que no puedan ser sustentados con evidencia verificable. La cuantificación debe completarse durante el estudio en comisión mediante información de las entidades responsables.

8.1. Costos y beneficios por actores

Actor	Beneficios esperados	Costos o cargas	Balance esperado
Pacientes y asegurados	Constancia verificable, información sobre alternativas y mejores condiciones para continuidad del tratamiento.	Puede requerir desplazamiento a otro establecimiento de la misma red; la ley no garantiza disponibilidad material inmediata.	Favorable si la información de stock es actualizada y accesible.
Servicios de farmacia públicos	Respuesta estandarizada y mayor trazabilidad de recetas no atendidas.	Registro durante la atención, capacitación y adecuación de procedimientos.	Favorable, condicionado a integración simple en el flujo ordinario.
IAFAS e IPRESS públicas	Mayor visibilidad de faltantes, reservas y órdenes pendientes; información para redistribución y planificación.	Adecuación progresiva de interfaces, soporte técnico y seguimiento.	Favorable en el mediano plazo; costos iniciales operativos.
SUSALUD	Mayor evidencia para supervisión y atención de reclamos.	Adecuación de instrumentos de supervisión.	Carga incremental acotada.
Farmacias privadas	No asumen nuevas obligaciones por mandato directo de la ley.	Sin carga económica o contractual nueva.	Neutral.

8.2. Efectos monetarios y no monetarios

Tipo de efecto	Efecto esperado	Cautela / verificación
Monetario público	Costos operativos por adecuación de procedimientos, capacitación e interfaces existentes.	No se asume costo cero. Debe solicitarse estimación a las entidades durante el dictamen.
Monetario privado	Posible reducción de gastos evitables de transporte y búsqueda.	No se monetiza por falta de línea base; no existe derecho general a reembolso de compras privadas.
No monetario	Más información, trazabilidad y continuidad administrativa de la receta.	Depende de calidad y actualización de los registros.
Distributivo	El beneficio relativo puede ser mayor para personas con tratamientos continuos o con mayores barreras de desplazamiento.	Debe preservarse un canal no exclusivamente digital.
Gestión institucional	Datos homogéneos sobre recetas no atendidas, reservas y órdenes pendientes.	Requiere definiciones uniformes de indicadores y controles de calidad de datos.
Protección de datos	El registro puede involucrar datos relativos a salud y dispensación.	Acceso restringido, trazabilidad y cumplimiento de Ley 29733 y su Reglamento.

8.3. Impacto presupuestal

La incorporación del numeral 27.7 a la Ley 29459 no establece una obligación autónoma de adquisición de medicamentos ni amplía los planes o coberturas existentes. Las medidas de consulta, reserva, atención de cantidades pendientes y redistribución operan dentro de las redes, existencias, sistemas y mecanismos de abastecimiento vigentes.

La implementación puede generar costos administrativos y tecnológicos de adecuación, cuya magnitud dependerá de las capacidades existentes de cada

institución. Por ello, la propuesta reconoce dichos costos y prevé una implementación gradual, sin asumir que sean nulos.

8.4. Conclusión del ACB

Con la información disponible, la alternativa seleccionada presenta un balance cualitativo favorable porque actúa sobre una brecha concreta de información y continuidad, reutiliza inventarios y sistemas existentes y evita soluciones de mayor costo como el reembolso generalizado de compras privadas o la creación de una nueva plataforma nacional. La magnitud del beneficio dependerá de la calidad de los registros, de la implementación gradual y de la capacidad real de cada red para mantener información de existencias suficientemente actualizada.

IX. IMPACTO ECONÓMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL

9.1. Impacto económico

El impacto económico directo se concentra en costos operativos de implementación para las entidades y en la posible reducción de costos de búsqueda para los usuarios. La propuesta no modifica precios, tarifas, copagos, condiciones de cobertura ni reglas de adquisición. Tampoco puede afirmarse, sin una línea base, que generará un ahorro fiscal neto.

9.2. Impacto social

El efecto social esperado consiste en una atención más predecible y verificable frente a la falta de un medicamento cubierto. La propuesta puede resultar especialmente relevante para personas con tratamientos continuos y para quienes enfrentan mayores barreras de movilidad o costos relativos de transporte, pero no se presume una magnitud específica de beneficio sin evidencia ex post.

9.3. Impacto ambiental

La propuesta no produce un impacto ambiental directo significativo porque no autoriza infraestructura, actividades productivas ni nuevas cadenas de suministro. Puede existir un efecto indirecto menor si se reducen desplazamientos innecesarios o documentación duplicada, pero ese efecto es accesorio y no se cuantifica como beneficio del proyecto.

X. IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EX POST

El seguimiento de la implementación se apoya en los indicadores previstos en la ley y en la información agregada generada por las propias entidades. El informe semestral que el Ministerio de Salud remite a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados reutiliza dicha información y no crea un sistema paralelo de reporte.

La implementación utiliza procedimientos e interfaces existentes. Las instituciones deben levantar la línea base de los indicadores previstos en el artículo 5 de la fórmula legal. La evaluación ex post debe examinar eficacia, eficiencia, coherencia y relevancia y verificar no solo el cumplimiento formal de emitir constancias, sino si la consulta, reserva y seguimiento permiten una mejora efectiva de la continuidad de la dispensación.

Indicador	Línea base	Meta o criterio	Responsable / fuente	Periodicidad
Recetas no atendidas con constancia	Por levantar	Cobertura progresiva de los casos de falta total o parcial de stock.	IAFAS/IPRESS públicas; supervisión SUSALUD	Trimestral
Reservas efectivamente dispensadas	Por levantar	Aumento de la proporción de reservas que concluyen en entrega.	IAFAS/IPRESS públicas	Trimestral
Órdenes pendientes atendidas	Por levantar	Seguimiento verificable y cierre de órdenes dentro de la vigencia de la receta.	IAFAS/IPRESS públicas	Trimestral
Registros desactualizados	Por levantar	Reducción de consultas que remiten al usuario a un stock inexistente.	IAFAS/IPRESS públicas	Trimestral
Reclamos por falta de información o trazabilidad	Por levantar	Tendencia compatible con una mejor calidad de respuesta, interpretada junto con el volumen de atenciones.	SUSALUD / entidades	Anual

La evaluación debe incorporar información de usuarios, servicios de farmacia, IAFAS, IPRESS y SUSALUD. Si los registros muestran que la reserva genera inmovilización innecesaria de stock, que la información de disponibilidad se encuentra desactualizada o que las obligaciones crean cargas administrativas desproporcionadas, corresponderá ajustar el desarrollo reglamentario o proponer una modificación legislativa sustentada en los resultados observados.