

ACCESO A MEDICAMENTOS Y GASTO DE BOLSILLO EN EL PERÚ

Desafíos estructurales y propuestas
para garantizar el derecho a la salud





Acceso a medicamentos y gasto de bolsillo en el Perú

Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos (Meta 3.8 de los ODS)

Introducción

La Plataforma Ciudadana Salud y Derechos analiza en este documento aspectos claves de la problemática de medicamentos en el Perú, con algunas propuestas prioritarias para asegurar su disponibilidad y responder a las necesidades y exigencias de la ciudadanía. La disponibilidad oportuna de medicamentos de calidad, seguros y efectivos es una condición básica para una atención integral y de calidad en todo sistema de salud.

Los medicamentos y otras tecnologías sanitarias tienen una característica especial que la diferencia de otras mercancías: cuando son requeridos, su consumo es esencial para preservar la salud, aliviar el sufrimiento o curar la dolencia que aqueja al paciente. Si el medicamento no llega a quien lo necesita, la dolencia se mantiene, se agrava, el sufrimiento continúa, situación que puede llevar a discapacidades y hasta a la muerte. Es un bien social, componente esencial del pleno ejercicio del derecho a la vida^[1].

En un escenario de sub sistemas públicos de salud que fallan permanentemente en poner a disposición oportuna y suficientemente los medicamentos que se requieren, las personas se ven obligadas a usar recursos de sus bolsillos para cumplir con los tratamientos. Esto tiene efectos catastróficos sobre las personas y sus familias, extendiendo y profundizando la pobreza. Esta situación de desprotección en que se encuentra la ciudadanía genera respuestas que deben ser fortalecidas para poner en marcha estrategias y políticas encaminadas a cambiar radicalmente la situación actual.

Esta perspectiva coloca al “medicamento” como un área crítica del debate en el período electoral. Las agrupaciones políticas deben responder a la problemática del acceso a medicamentos e incluirla como componente esencial de sus planes y programas de gobierno. Un reciente análisis realizado por Gobierna Consultores muestra que la mayoría de propuestas de los partidos participantes en la actual contienda electoral son generalidades que no toman en cuenta los diagnósticos del problema y las diferentes áreas de actuación para resolverlo.^[2]

^[1]Tribunal Constitucional; SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (EXP. N.º 2945-2003-AA/TC LIMA); Acción de amparo de paciente con VIH; Lima, 20.04.2004; SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (EXP. N.º 05031-2022-PA/TC LIMA); Acción de amparo de paciente con enfermedad rara; 30.06. 2025

^[2]Gobierna Consultores; Salud en las urnas 2026; Inteligencia electoral sobre candidatos y programas de gobierno en salud; Reporte N°2: Propuestas en Salud; 26.12.25; SEACE – Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. Procedimientos seleccionados. Recuperado de: <https://www.seace.gob.pe>

El problema

Las obligaciones estatales de atención en salud se han multiplicado en los últimos años. Los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) han pasado de 12.83 millones en el 2012 a 26.67 millones en el 2024. Esto obliga a desplegar mayores esfuerzos en el financiamiento, infraestructura, gestión, equipamiento, personal de diferentes áreas y una firme rectoría que armonice las prácticas de los diferentes actores, públicos y privados, para la ejecución de las políticas de salud, en este caso, las referidas a la atención integral de las personas que requieren servicios médicos. Sin embargo, son reconocidos los problemas de gestión que hacen ineficiente el sistema de suministro de medicamentos en el sector público, expresados en múltiples reclamos de los pacientes y usuarios del sistema y en la irregular y deficiente gestión de ejecución presupuestal para medicamentos en los diferentes niveles de decisión^[3].

Aunque el aseguramiento nominal ha crecido, en términos financieros el gasto en medicamentos se ha reducido o estancado. En el caso del MINSA el gasto per cápita en medicamentos era de S/. 56.5 en 2017 y se redujo a S/. 31.7 en 2022. En EsSALUD, en el mismo periodo, el gasto en ese mismo rubro pasó de S/.96.2 a S/. 105.40^[4]. El escenario se hace más crítico por el aumento de las enfermedades no transmisibles, sea por el incremento de la esperanza de vida o estilos de vida insalubres; sumemos las exigencias que plantea la población afectada por enfermedades raras que, particularmente, tienen tratamientos de altos costos.

La falta de medicamentos en los establecimientos públicos de salud se ha convertido en un problema crónico. Los problemas de rectoría, financiamiento y gestión se agravan por a segmentación y fragmentación del sistema público de salud pues se multiplican operadores y procesos que deberían ser unificados o complementarios; los diferentes sub sistemas públicos de salud incumplen frecuentemente su función de garantizar que todos los ciudadanos y ciudadanas accedan a los medicamentos y otras tecnologías médicas.

Una de las muestras más evidentes de la debilidad de la función rectora del Ministerio de Salud es el funcionamiento deficiente de la autoridad reguladora de medicamentos para certificar y autorizar en forma oportuna el ingreso del medicamento al mercado y vigilar su calidad y desempeño a través de programas de pesquisas, farmacovigilancia y otras intervenciones pertinentes. Vigilar la efectividad y seguridad de los medicamentos es fundamental. La autoridad reguladora, falla en garantizar y proveer el respaldo calificado de los medicamentos que circulan, incumpliendo su función de proteger a la población^[5]. La DIGEMID no está alineada a los estándares internacionales de la OMS y no tiene autonomía para desarrollar plenamente sus funciones técnicas siendo afectada por injerencias políticas que debilitan su rol técnico.

La debilidad de la capacidad rectora en materia de salud y medicamentos se traducen en iniciativas aisladas, insuficientes, inefectivas y cortoplacistas de los gobiernos que no han llegado ni de lejos a cumplir con la obligación estatal de asegurar el acceso universal a medicamentos.

^[3]Acción Internacional para la salud (AIS); Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos; <https://aisperu.org.pe/DashboardAIS/>

^[4]AFIN, Nota técnica: Asegurar que los pacientes reciban sus recetas completas y oportunamente sin que recurran al gasto de bolsillo; Abril 2024; https://afin.org.pe/wp-content/uploads/2015/12/Nota-te%CC%81cnica_10-recomendaciones-para-mejorar-el-sistema-publico-de-abastecimiento-de-medicamentos.pdf

^[5]Por ejemplo, en el mercado peruano circulan medicamentos fabricados por empresas sin certificado de buenas prácticas de manufactura (BPM). 51 laboratorios extranjeros sin certificación de buenas prácticas aún venden medicinas en Perú; SALUD CON LUPA, 09.04.2025 ; <https://saludconlupa.com/noticias/51-laboratorios-extranjeros-sin-certificacion-de-buenas-practicas-aun-venden-medicinas-en-peru/> ; DIGEMID suspende registros sanitario de medicamentos; 10.11.2025; <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8970767/7382086-comunicado.pdf?v=1762793066>

La explicación fundamental es la inexistencia de una Política Nacional de Medicamentos (PNM) que sirva para orientar y articular los diferentes niveles de gobierno, así como los diversos actores que participan de él^[6].

Es tarea urgente generar la voluntad política para, con la participación de los diferentes actores, elaborar una PNM actualizada, de acuerdo a los cambios sucedidos en las últimas décadas y que permita establecer prioridades, estrategias, y metas para lograr el acceso universal y equitativo a medicamentos y otras tecnologías en salud.

Durante décadas, la falta de esta política se ha tratado de suplir con de mejoramiento de la gestión y de desarrollo tecnológico informático.

Medicamentos y gasto de bolsillo

Es harto conocida la falta de disponibilidad de medicamentos en los servicios públicos de salud, que tiene bajo su responsabilidad más del 87% de la población (MINSA, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y PNP)^[7]. Es un problema crónico que lleva a las familias usar dinero de sus bolsillos para obtener los medicamentos que necesitan. Esto conduce a la pobreza o su agravamiento en millones de familias pues sus gastos en salud llegan a niveles catastróficos. “El gasto de bolsillo sigue empujando a millones de personas hacia la pobreza”^[8]. La inequidad se profundiza: evidencias mostradas por la OMS revelan que las poblaciones más pobres son las más afectadas por crisis financieras debido al gasto de bolsillo en salud^[9]. Los pobres usan sus recursos limitados en financiar gastos que son responsabilidad del estado.

En América Latina, el gasto de bolsillo en salud llega a niveles dramáticos. Responsabilidad de los gobiernos que mantienen a los ciudadanos en desprotección financiera. En el Perú dicho gasto llegó a S/ 11,296.7 millones en 2019, de los cuales casi el 40% se destinó a la compra de medicamentos; es decir, S/4,467.3 millones^[10]. Más aún, se conoce que “el 65% del gasto de bolsillo en medicamentos es realizado por afiliados a un seguro público”. El 37.2% de EsSalud, 25.7% del SIS y 2.1% a otros seguros.^[11]

El gasto de bolsillo en salud y en medicamentos muestra una tendencia a aumentar, según cifras de años anteriores. Del 2019 al 2023, el gasto de bolsillo en salud per cápita anual pasó de S/.344 a S/. 444. En medicamentos, de S/.136 a S/.169^[12].

^[6]En Dic.2004 fue aprobada el documento Política Nacional de Medicamentos, que debía servir para orientar las decisiones de gobiernos y lograr, entre otros objetivos, el “acceso universal a los medicamentos”. Resolución Ministerial N.º 1240-2004-MINSA; 29 de diciembre de 2004 Acción Internacional para la salud (AIS); Monitoreo de la ejecución presupuestal de medicamentos; <https://aisperu.org.pe/DashboardAIS/>

^[7]Más del 90% de la población del país cuenta con algún seguro de salud <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1129447-mas-del-90-0-de-la-poblacion-del-pais-cuenta-con-algun-seguro-de-salud?>

^[8]Dr. Jarbas Barbosa, Director de OPS; OPS insta a los países de las Américas a priorizar la protección financiera para avanzar hacia la salud universal; <https://www.paho.org/es/noticias/11-12-2025-ops-insta-paises-america-priorizar-proteccion-financiera-para-avanzar-hacia>

^[9]OMS, WB; Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2025. All rights reserved. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/gmr-2025-conference-edition-online.pdf?sfvrsn=f8cf10f6_9&download=true 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>).

^[10]“En 2024, el mercado farmacéutico peruano alcanzó un valor de 4,487 millones de soles en ventas” Diario Gestión, 03.03.2025

^[11]DIGEMID; Gastos de bolsillo en salud y medicamentos. Periodo 2012-2019; Ministerio de Salud, s/f <https://api-repositorio-digemid.minsa.gob.pe/server/api/core/bitstreams/a68cebe0-4bcd-4119-976e-2e510ce04ea8/content>

^[12]VIDENZA CONSULTORES; Situación actual del sistema de salud peruano (PPT); Lima, Agosto 2024. Encargado por COMEX; <https://comex-assets.s3.amazonaws.com/comex-assets/web/posts/9223/situacion-actual-del-sistema-de-salud-peruano-final.pdf>

El gasto de bolsillo profundiza y amplía la desigualdad: según ENAHO, las personas más solventes económicamente destinan un 3.1% de sus ingresos para resolver sus problemas de salud, mientras que la población menos favorecida enfrenta un impacto significativamente mayor, situándose entre el 15% y 20% de sus ingresos^[13]. Después de Argentina y Nicaragua, Perú muestra un alto porcentaje de hogares “sufriendo gastos excesivos en salud”; cerca al 30%. Los “gastos excesivos en salud” son aquellos que superan el 40% de los gastos familiares^[14]. Los hogares peruanos dedican el 60 % de su gasto de bolsillo, en medicamentos^[15]. (Anexo 1)

La vigilancia y las evaluaciones que hace el MINSA sobre los resultados de la gestión de medicamentos están basados en comprobaciones de stock en los establecimientos de salud. Pero se deja de lado un indicador más relevante y preciso como es la “satisfacción de la receta”. Es decir, si los medicamentos prescritos fueron entregados en su totalidad, una parte o ningún medicamento. Datos del 2023 del Seguro Integral de Salud (SIS) dan cuenta de los altos porcentajes de medicamentos que no fueron entregados a los pacientes luego de haber sido prescritos. En las zonas más alejadas, el fenómeno tiene características desastrosas. En Utcubamba, Amazonas, por ejemplo, casi el 90% de las prescripciones fueron insatisfechas en el primer nivel de atención; en la Gerencia sub Regional Huaytara (Huancavelica) el 93.5%. En las jurisdicciones más alejadas de los grandes centros urbanos y en los primeros niveles de atención se presentan con más frecuencia estos déficits. La gente más pobre es la más afectada (v. ANEXO 1). Otros estudios muestran que 3 de cada 10 personas con diabetes mellitus diagnosticadas o 4 de cada 10 personas con hipertensión arterial, no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses (2022).^[16] En el primer semestre del 2025, el Seguro Integral de Salud da cuenta que los medicamentos entregados a nivel nacional solo llegó al 44%^[17].

Ante esta situación las personas compran sus medicamentos en el sector privado, farmacia y boticas, que está fuertemente concentrado y que ha evidenciado prácticas perversas para mejorar su rentabilidad; por ejemplo, a través de la inducción de la venta de sus propias marcas o productos que les otorgan mayor rentabilidad, ambos a precios más altos, incrementando el gasto de bolsillo^{[18],[19]}.

Concluyentemente, en sus diferentes niveles, el gobierno peruano no está cumpliendo con su obligación de satisfacer las necesidades de terapias de la población bajo su responsabilidad. Esto es lo que el Tribunal Constitucional ha llamado una situación de inconstitucionalidad. Diferentes grupos de pacientes se han manifestado públicamente por este abandono que mantiene el sufrimiento de los pacientes y pone en grave riesgo la vida, particularmente cuando se trata de medicamentos que salvan vidas: antimicrobianos, oncológicos, hipoglicemiantes, hipotensores, antituberculosos, etc.

^[13] Rafael Cortez: La salud pública en el Perú y su reforma urgente
<https://ciup.up.edu.pe/analisis/especial-fiestas-patrias-2023-salu-publica-rafael-cortez/>

^[14] OPS, Ib.

^[15] OPS, Ib.

^[16] VIDENZA CONSULTORES; Situación actual del sistema de salud peruano (PPT); Lima, Agosto 2024. Encargado por COMEX;
<https://comex-assets.s3.amazonaws.com/comex-assets/web/posts/9223/situacion-actual-del-sistema-de-salud-peruano-final.pdf>

^[17] Nota Informativa N° 000426-2025-SIS/GNF

^[18] MANIPULACIÓN EN LA OFERTA DE MEDICAMENTOS Disponibilidad y precios en Lima y Callao
<https://www.redge.org.pe/sites/default/files/Boleitin%20Medicamentos%20ed%2012-2019%20final.pdf>

^[19] Prácticas comerciales en boticas del grupo InRetail en la venta de un grupo de medicamentos
<https://www.idl.org.pe/wp-content/uploads/2025/03/Informe-Practicas-comerciales-en-boticas-del-grupo-InRetail-en-la-venta-de-un-grupo-de-medicamentos-Llamoza-Javier.pdf>

La Defensoría del Pueblo, La Contraloría General de la República, así como asociaciones y colectivos de pacientes frecuentemente denuncian los casos de desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos públicos de salud.^[20] Las decisiones gubernamentales que se han puesto en práctica para enfrentar este problema no han sido dirigidas a las causas sistémicas.

La primera de ellas está contenida en el Decreto de Urgencia N° 007-2019 (30.10.2019)^[21] que tuvo la intención de mejorar la disponibilidad de medicamentos en todo el país. La cuarta disposición complementaria del DU establece la obligatoriedad de las farmacias privadas de mantener disponibilidad de productos genéricos en DCI para una lista de 40 medicamentos. La medida tendría vigencia hasta diciembre de 2020.

Desde una evaluación indulgente, esta medida podría considerarse como un intento del gobierno por promover los medicamentos genéricos que son de precios más bajos y contribuir a mejorar la accesibilidad de especialidades farmacéuticas en el sector privado. También se podría argumentar que la medida era una forma de regular la oferta privada de medicamentos a través de una competencia con productos genéricos, priorizando 40 medicamentos esenciales. Sin embargo, el mercado minorista tiene estrategias de mercadeo como las señaladas arriba que “modulan” la competencia. Alternativamente, puede ser considerada una medida que pretendió “normalizar” el gasto de bolsillo en medicamentos ante la incapacidad gubernamental de satisfacer las necesidades de medicamentos en los establecimientos públicos. Otra medida similar (Ley 32033, Mayo 2024)^[22] que pretendió “profundizar” las supuestas ventajas de la norma anteriormente mencionada estuvo condenada al fracaso desde su concepción^[23].

Otro intento fue lanzado en febrero de 2024: se crean las FarmaMinsa^[24] como medida para contribuir el acceso a medicamentos para los más pobres, ignorando que sólo una pequeña fracción de la población en población en pobreza (4.8%) y pobreza extrema (0.3%) recurren a comprar sus medicamentos en boticas y farmacias privadas^[25].

^[20] Contraloría: Deficiencias en disponibilidad y abastecimiento de medicamentos en hospitales del Seguro Social de Salud en 14 regiones; <https://www.gob.pe/institucion/contraloria/noticias/1095072-contraloria-deficiencias-en-disponibilidad-y-abastecimiento-de-medicamentos-en-hospitales-del-seguro-social-de-salud-en-14-regiones>; Defensoría del Pueblo advierte falta de medicamentos y especialistas en centros de salud mental comunitarios de Loreto; <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-falta-de-medicamentos-y-especialistas-en-centros-de-salud-mental-comunitarios-de-loreto/#:~:text=Defensor%C3%ADa%20del%20Pueblo%20advierte%20falta%20de%20medicamentos,derecho%20a%20la%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.>; Revelan desabastecimiento de más de 14 mil medicamentos para VIH en hospital EsSalud de Trujillo; 2025; <https://www.infobae.com/peru/2025/08/22/revelan-desabastecimiento-de-mas-de-14-mil-medicamentos-para-vih-en-hospital-essalud-de-trujillo/>

^[21] Diario Oficial El Peruano; Decreto de urgencia No. 007-2019 que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad. 30 Octubre 2019 <https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/normas-legales/2019/decreto-de-urgencia-n-007-2019/>

^[22] EL PERUANO; LEY 32033, LEY QUE GARANTIZA Y PROMUEVE EL ACCESO Y USO A LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI) Y FORTALECE LA REGULACIÓN DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN BENEFICIO DE LOS PACIENTES Y USUARIOS. 20/05/2024

^[23] EL PERUANO; Decreto de urgencia N° 005-2024, Decreto de urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera para garantizar el acceso a medicamentos genéricos a la población. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2271189-1>

^[24] Resolución Ministerial N° 100-2024-MINSA, 08 de febrero de 2024

^[25] Gasto de Bolsillo en Salud y Medicamentos, periodo 2012-2019 https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Estudios/GASTO_BOLSILLO_2012-2019.pdf

Medicamentos: componentes esenciales del derecho a la salud

La Constitución Política del Perú^[26] y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC^[27]) obligan al Estado a garantizar la protección social de todos los ciudadanos y las familias. Eso incluye políticas, planes y programas que eviten el impacto financiero y social sobre los hogares. Sin embargo, los programas y planes de protección social no llegan a todos los que necesitan, son incompletos, no cubren todas las áreas necesitadas y tienen financiamientos insuficientes^[28]. La cobertura nominal de sistemas públicos de salud no va acompañada de los recursos financieros y de otra índole que garanticen la prevención y tratamiento de las enfermedades de la mano de la promoción de la salud.

Como proporción de su PBI, Perú invierte menos en salud que muchos países de la región y por debajo del promedio global y de la OCDE. Esto se traduce, en mayor carga financiera directa sobre las familias (alto gasto de bolsillo), que podría mitigarse con una mayor inversión pública y gestión idónea de las entidades responsables.

Un análisis de la OCDE (2025)^[29] señala que, en 2022, el gasto total en salud en Perú fue de 6,2% del PBI, cifra que se mantiene por debajo de países de la región como Costa Rica (7,2%), Colombia (7,8%) y Chile (10,0%). La situación se agrava cuando se constata que el gasto público en salud, en el 2020 fue de 4.3% del PBI, en 2021 3.99% del PBI^[30] y en 2022 el gasto público llegó a 3.91% del PBI^[31]. Consideremos además que esos fueron los años de la pandemia del COVID 19 y hubo una mayor asignación de recursos públicos en salud.

No hay justificación para que el Estado Peruano incumpla su obligación de proteger financieramente a todos los ciudadanos y ciudadanas. El problema es que se toman decisiones que favorecen intereses privados antes de buscar el bien común. Se aprueban y se mantiene la vigencia de leyes que no tienen justificación alguna sino la de beneficiar a empresas muy solventes, disminuyendo la recaudación fiscal y consecuentemente los recursos necesarios para invertir en la satisfacción de necesidades básicas de la población como salud, educación, programas de protección social, etc. Los incentivos y beneficios tributarios que han sido “renovados” o creados en los dos últimos años tienen un impacto significativo en recaudación^[32]. En el 2022, Los incentivos y beneficios tributarios representó el 2.04% del PBI^[33].

^[26] Art.1. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. Art 7: reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud;

^[27] Art.1. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. Art 7: reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud;

^[28] Importante revisar el informe económico de la OCDE 2023 sobre Perú: OECD (2023), Estudios Económicos de la OCDE: Perú 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f67c8432-es>

^[29] OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025; https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/04/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_3f7c00aa/f3ddb6a4-en.pdf?utm_source=chatgpt.com

^[30] https://hia.paho.org/en/country-profiles/peru?utm_source=

^[31] https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/peru?utm_source=

^[32] Leyes promulgadas por el Ejecutivo o aprobadas por insistencia en el Congreso como por ejemplo, la reducción del IGV para peluquerías, hoteles y restaurantes, que beneficiarán a las grandes empresas de este rubro; la ley Chlimper 2.0 que reduce al 15% el impuesto a la renta a las empresas agroexportadoras hasta 2035, la creación de zonas económicas especiales con cero impuesto a la renta en los primeros cinco años; exoneración de impuestos a los vehículos eléctricos, y un largo etcétera. <https://larepublica.pe/economia/2025/11/02/congreso-cursa-38-beneficios-tributarios-que-harian-perder-al-peru-s50000-millones-hnews-25236>

^[33] La vacunación para la COVID-19 y su impacto en la distribución fiscal en el Perú, Pag 98 <https://www.redge.org.pe/sites/default/files/Distribucion%CC%81n%20fiscal-libro-.pdf>

La OPS/OMS recomienda que el gasto de bolsillo en salud no supere el 20% del gasto corriente en salud para avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud. El Perú se mantiene por encima de ese umbral, 39% en el 2023 y con un porcentaje similar solo para medicamentos, el componente más alto del gasto^[34].

Principales factores que afectan la disponibilidad de medicamentos en los sistemas públicos de salud y propuestas

Reafirmamos que un paso a esencial que permita ordenar las decisiones y actuación de los actores públicos y privados para lograr el objetivo de acceso universal a medicamentos y otras tecnologías sanitarias de calidad es la aprobación de una Política Nacional de Medicamentos, que tomara en cuenta todos los factores que pueden impedir o facilitar llegar a dicho objetivo.

Lo que sigue son propuestas específicas y seguramente no exhaustivas de cara a la problemática de la disponibilidad de medicamentos en la actualidad y que requieren respuestas inmediatas.

a. Fragmentación de compras de medicamentos

Actualmente, existen alrededor de 250 unidades ejecutoras a nivel nacional que pueden comprar medicamentos, sin contar con las correspondientes a las FFAA y policiales^[35].

El Centro de Abastecimientos de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), adscrito al MINSA, es el más importante comprador y distribuidor de medicamentos en el sector público. Sin embargo, hacia el final de 2024, sólo llegaba a comprar el 35% de los medicamentos del sector MINSA a nivel nacional. En el caso de EsSalud, solo para Lima cuenta con un operador logístico privado “Salud y Logística” (SALOG).

Desde fines del 2006 MINSA y EsSALUD empezaron a realizar compras conjuntas o corporativas que posibilitaba negociar mejores precios. Hasta las sanidades de las FFA y PNP participaban. En los últimos años, EsSALUD ha disminuido su participación en las compras corporativas: en 2018 participó con más de 250 ítems y en 2025 con sólo 16^[36]. Lo mismo pasa con los otros subsistemas públicos de salud que tiene sus propias oficinas de compras. La ley no obliga a participar en las compras corporativas; es facultativo de cada subsistema.

Desde fines del 2006 MINSA y EsSALUD empezaron a realizar compras conjuntas o corporativas que posibilitaba negociar mejores precios. Hasta las sanidades de las FFA y PNP participaban. En los últimos años, EsSALUD ha disminuido su participación en las compras corporativas: en 2018 participó con más de 250 ítems y en 2025 con sólo 16^[36]. Lo mismo pasa con los otros subsistemas públicos de salud que tiene sus propias oficinas de compras. La ley no obliga a participar en las compras corporativas; es facultativo de cada subsistema.

^[34] Gasto de Bolsillo: Cifras Confiables para el Monitoreo de la Salud Universal, pag 63
<https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/0dc314ef-7802-4023-b3fa-24b4e70db71f/content>

^[35] Cenares capacita a Unidades Ejecutoras del país para asegurar medicamentos a más de 26 millones de afiliados al SIS en 2026
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1128222-cenares-capacita-a-unidades-ejecutoras-del-pais-para-asegurar-medicamentos-a-mas-de-26-millones-de-afiliados-al-sis-en-2026>

^[36] PLATAFORMA DEL GOBIERNO PERUANO; ; Cenares y EsSalud unen fuerzas para fortalecer el acceso a medicamentos esenciales; nota informativa, 07.02.2025, <https://www.gob.pe/institucion/cenares/noticias/1105198-cenares-y-essalud-unen-fuerzas-para-fortalecer-el-acceso-a-medicamentos-esenciales>

Propuestas



CENARES debe establecer mecanismos eficientes para optimizar y garantizar la disponibilidad de los **“recursos estratégicos en salud” del Sector Salud; de manera particular, el acceso a medicamentos eficaces, seguros y de calidad hasta el punto de atención de las IPRESS conforme el DS N°026-2019-SA^[37]. La institución debe ser fortalecida como el “operador logístico del sector” integrando la demanda de todas las instituciones públicas.**



Implementar un sistema de **“inteligencia farmacéutica”** que contenga información relevante para analizar el mercado de medicamentos a nivel nacional, regional y global lo que facilitaría el éxito del abastecimiento considerando los fenómenos globales de producción, la concentración del mercado de algunos medicamentos y la oferta internacional.



En caso de medicamentos de alto costo, implementar los **“Mecanismos Diferenciados de Adquisición”^[38]** y proponer el uso de licencias obligatorias en caso de monopolios por patente.



El análisis de las necesidades y el mercado deben permitir implementar mecanismos de abastecimiento diferentes como la **producción por encargo, las compras regionales y modelos de compra que aseguren la oferta en el mercado.**



Fortalecer el CENARES asegurando la permanencia en los cargos directivos así como funcionarios con calificación demostrada para el ejercicio de las funciones específicas. Coordinación estrecha con la Autoridad Reguladora de Medicamentos (en estos momentos DIGEMID) para las operaciones de evaluación de las buenas prácticas de manufactura, almacenamiento, distribución, etc. de proveedores en las diferentes áreas de la cadena de suministro de medicamentos.

b. Sistema logístico limitado

El sistema logístico debe garantizar que los medicamentos estén disponibles en todos los puntos de dispensación. Actualmente CENARES compra los medicamentos y los almacena en el Centro de Distribución Nacional^[39], que distribuye a las diferentes regiones, llegando hasta los almacenes regionales.

Debido a la descentralización de funciones es responsabilidad de los gobiernos regionales llevar los medicamentos desde el almacén regional hasta el punto de uso o dispensación. Aquí se presenta una falla crítica del sistema de distribución, pues no está asegurada la distribución eficiente y oportuna de los medicamentos hasta los puntos de consumo: hospitales, centros de salud, postas médicas; sobre todo los establecimientos del primer nivel de atención.

^[37]Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad

^[38]<https://gestion.pe/peru/mecanismos-diferenciados-de-adquisicion-que-es-y-por-que-es-importante-en-el-sector-salud-noticia/>

^[39]El nuevo Centro Nacional de Distribución, ubicado en Punta Hermosa, ha sido inaugurado en agosto 2025

Es importante resaltar la experiencia del programa Farmacia Vecina^[40] puesta en marcha por EsSALUD en 2019 que distribuye medicamentos prescritos a pacientes crónicos a través de boticas y farmacias privadas. No se conoce si la experiencia en Lima y Callao ha podido ser replicada con éxito en otras ciudades o regiones. Tampoco se conoce una evaluación actualizada del programa. Sin embargo, la experiencia marca una posible ruta para la intervención del sector privado en la dispensación de medicamentos prescritos en los establecimientos públicos de salud.

Propuestas



Dotar de los instrumentos legales y recursos necesarios al operador logístico para implementar sus funciones en la distribución de los medicamentos hasta los puntos de atención de las IPRESS



En situaciones de difícil acceso geográfico y otras dificultades, se debe **evaluar la creación de alianzas público-privadas para asegurar la disponibilidad** de medicamentos en establecimientos que están más cerca de los pacientes y usuarios.



Implementar un **sistema de gestión de información en toda la cadena de suministro que permita la trazabilidad y reposición oportuna** incluyendo el intercambio de medicamentos entre establecimientos de salud.

c. Financiamiento insuficiente para medicamentos

Hemos anotado páginas atrás que el gasto per cápita en medicamentos del MINSA era de S/. 56.5 en 2017, pasando a S/. 31.7 en 2022. EsSalud, en el mismo periodo, pasó de S/. 96.2 a S/. 105.40^[41]. Esto contrasta con el crecimiento de las afiliaciones al Seguro Integral de salud (SIS) que pasó de 12.83 millones en el 2012 a 26.67 millones en 2024. Las exigencias sobre el sistema público también han aumentado por una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, a lo que debemos añadir las exigencias que plantean la población afectada por enfermedades raras y otras dolencias con tratamiento de alto costo.

Propuestas



El gobierno debe **disponer aumentos sustanciales a la inversión en salud**, incrementando el rubro destinado al suministro de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.



Actualización regular del PEAS y estimación de los costos de atención de acuerdo con la incidencia de morbilidades y condiciones que requieren asistencia. **Estimar las necesidades financieras para asignar los recursos necesarios y no tomar decisiones sin base técnica**



Diseñar e Implementar **herramientas para monitorear la calidad del gasto** en medicamentos.

^[40] Este programa es resultado de una asociación público privada entre EsSALUD y la Sociedad Operadora – SALOG

^[41] AFIN, Nota técnica: Asegurar que los pacientes reciban sus recetas completas y oportunamente sin que recurran al gasto de bolsillo; Abril 2024; <https://afin.org.pe/wp-content/uploads/2015/12/Nota-tecnica-10-recomendaciones-para-mejorar-el-sistema-publico-de-abastecimiento-de-medicamentos.pdf>

d. Normas pro monopolios

La Constitución no prohíbe los monopolios. Es conocido que la condición monopolística de un medicamento eleva los precios afectando seriamente el acceso a tratamientos necesarios y poniendo en apuros financieros a los sistemas de salud, públicos y privados.

En el caso de los medicamentos, los monopolios se crean mayormente a través de la protección de la propiedad intelectual, como las patentes o “protección de los datos de prueba”^[42]. Las normas de patentamiento de medicamentos son muy permisivas en el Perú: se otorgan patentes a medicamentos que no cumplen con las condiciones establecidas internacionalmente: novedad, altura inventiva, aplicación industrial. En el Perú se patentan medicamentos que en otros países como Argentina, Ecuador o Brasil no pueden obtenerla, debido a que tienen una normatividad estricta, ajustada a la norma internacional mencionada^[43].

Propuestas



Promover la competencia en el mercado farmacéutico, facilitando el ingreso de productos genéricos. Aplicar de manera estricta los criterios de patentabilidad para evitar el otorgamiento de patentes que no cumplen los requisitos acordados internacionalmente y facilitar el ingreso de competidores con precios más convenientes para el sistema de salud.



Usar las **licencias obligatorias establecidas en el Acuerdo sobre la Protección de los derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC/OMC)**, para facilitar el ingreso de genéricos al mercado y ampliar la cobertura a costos convenientes

e. Autoridad reguladora deficiente

Desde su creación en 1990, la DIGEMID ha ejercido la función de autoridad reguladora de medicamentos; sin embargo, su desempeño ha evidenciado limitaciones estructurales persistentes que han impedido su consolidación como una autoridad reguladora madura y confiable a nivel internacional.

Una de las principales debilidades es su bajo nivel de maduración regulatoria, confirmado por las evaluaciones voluntarias realizadas con la herramienta Global Benchmarking Tool (GBT) de la Organización Mundial de la Salud. La última evaluación, efectuada en diciembre de 2023, concluyó que la DIGEMID no cumplía con los requisitos exigidos. Esta situación limita la confianza internacional, dificulta los mecanismos de convergencia regulatoria y reduce su capacidad de liderazgo técnico.

A ello se suma una insuficiente autonomía institucional, con restricciones administrativas, financieras y operativas, lo que afecta su capacidad para planificar a largo plazo, gestionar recursos humanos altamente especializados y responder de manera oportuna a riesgos sanitarios. Esta dependencia jerárquica la expone, además, a interferencias políticas y a la influencia de intereses externos.

^[42] Los datos de prueba son aquellos resultados de ensayos clínicos que sirven para obtener el registro sanitario en los países. En el Acuerdo sobre los Aspectos de Protección de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC-OMC) la protección de los datos de prueba no tiene periodo ni dan exclusividad en el mercado. Se protegen “del uso deshonesto”. Pero en el TLC entre Perú y Estados Unidos, quedó establecido, la protección de los datos de prueba por un periodo (5 años) y con exclusividad en el mercado (monopolio). Así, datos de prueba que surgen al final del periodo de vigencia de una patente pueden prorrogar la exclusividad de una compañía.

^[43] En Perú tuvo patente el bisulfato de atazanavir. La misma sal fue rechazada en Argentina, Ecuador y Colombia. En Perú tuvo patente el cristal tipo II de olanzapina, rechazado en Ecuador y Argentina. Argentina y Ecuador considera que no hay altura inventiva en los cristales, pues forman parte del estado del arte.

El sistema de control y fiscalización es frágil, evidenciado de manera dramática en marzo de 2025, cuando el uso de un suero defectuoso ocasionó la muerte de siete personas. Este hecho mostró fallas graves en la supervisión de las buenas prácticas de manufactura, en los sistemas de inspección y en la vigilancia post-comercialización, generando una legítima indignación social y una pérdida significativa de credibilidad institucional.

Asimismo, la DIGEMID ha mostrado limitaciones en la gestión del talento humano, con procesos de selección y permanencia que no siempre están basados en criterios de alta especialización técnica, meritocracia y transparencia. Esta debilidad afecta directamente la calidad y consistencia de las decisiones regulatorias.

Propuestas



Crear una **nueva Autoridad Nacional Reguladora de Medicamentos, con autonomía administrativa y financiamiento suficiente para cumplir eficientemente sus funciones** relacionados con el ingreso de medicamentos al mercado peruano, programas efectivos de farmacovigilancia, vigilancia del cumplimiento de las normas regulatorias en materia de productos farmacéuticos de todos los actores que actúan alrededor de los medicamentos, incluyendo productores, distribuidores mayoristas y minoristas (farmacias y boticas), importadores, profesionales de la salud, etc.



Tarea ineludible de la Autoridad Nacional de Medicamentos es **cumplir con la norma vigente de intercambiabilidad de productos farmacéuticos**, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Anexo 1.

Gasto de bolsillo como fuente de inequidades y barreras al acceso a la salud



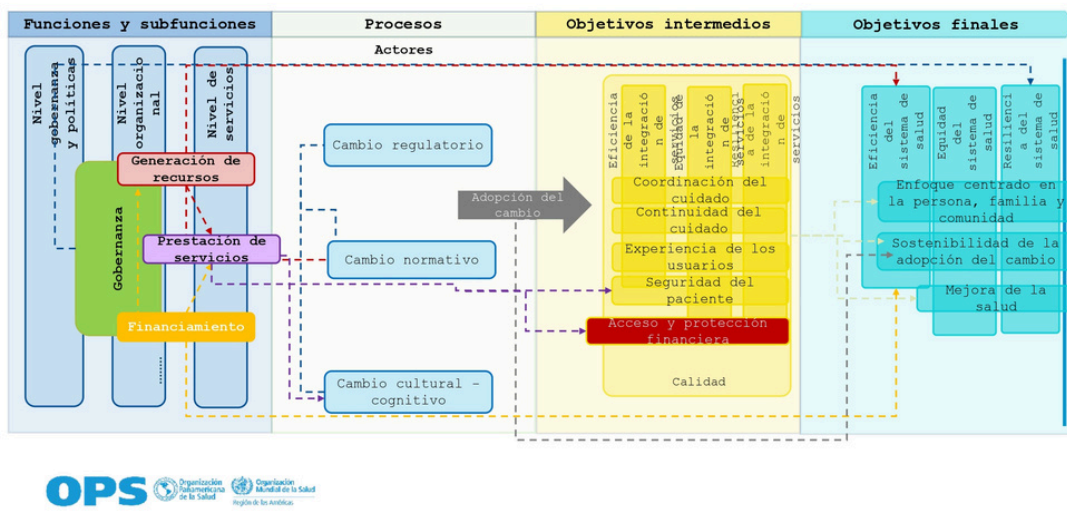
MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

Gasto de bolsillo como fuente de inequidades y barreras al acceso a la salud

Ernesto Bascolo
Jefe de Unidad de
PH/HSS



La protección financiera : un objetivo clave para el desempeño de los sistemas de salud basados en la APS



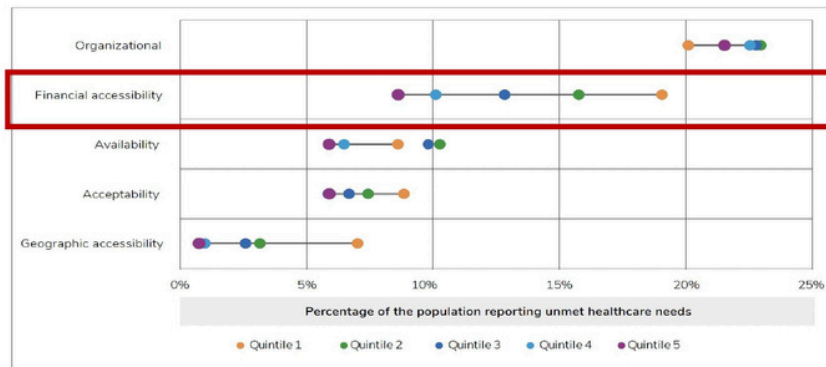
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Acción Internacional para la Salud (AIS)



MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

Las barreras financieras ocupan el segundo lugar en cuanto a necesidades insatisfechas de salud

Figure 5. Inequalities in unmet healthcare needs by type of barriers to access



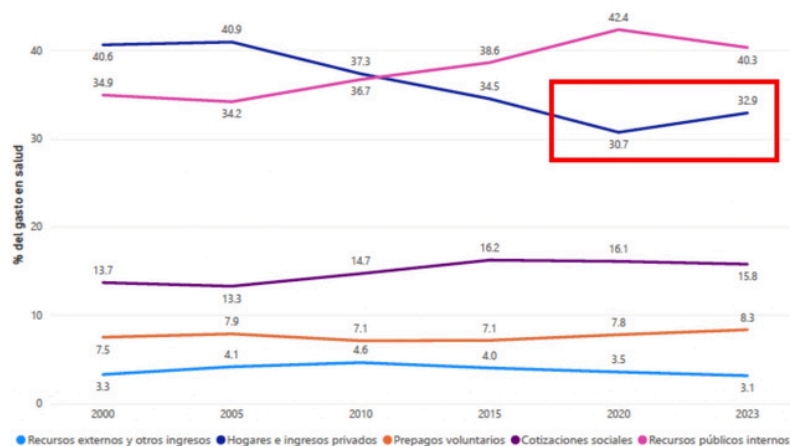
Entre un 15% y un 20% de los hogares más pobres reportan necesidades de salud insatisfechas por barreras financieras

Data source: Compiled from household surveys on living and health conditions.
Source: PAHO.

Pan American Health Organization. Progress in universal health in the Americas: addressing unmet healthcare needs, gaps in coverage, and lack of financial protection through primary health care. Washington, D.C.: PAHO, 2024. Available from: <https://doi.org/10.37174/9789275029470>



El gasto de bolsillo ha mostrado un repunte en el período posterior a la pandemia



Fuente: OMS. Base de datos global del gasto en salud (GHED) 2025



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Acción Internacional para la Salud (AIS)



MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

Aún existen brechas importantes en el financiamiento de la salud universal...

La mayoría de los países tiene un gasto de bolsillo **mayor al 20%** del gasto en salud.

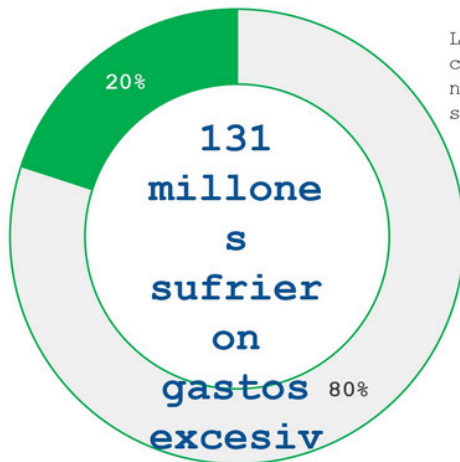
Solo **4 países** de la región se aproximan al 6% del PIB y el 20% gasto en salud financiado por hogares.



OPS Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Región de las Américas

Fuente: OMS. Base de datos global del gasto en salud (GHED) 2025

¿Cuándo se convierten los gastos de bolsillo en excesivos (catastróficos)?



Las **dificultades financieras** empiezan cuando la capacidad de gasto de un hogar para mantener sus necesidades básicas está en riesgo por gastos de salud. Los **gastos excesivos (catastróficos)** pueden:

Llevar a un hogar al empobrecimiento

Causar endeudamiento de los hogares o venta de activos

Generar necesidades insatisfechas de atención en salud

Fuente: Calculado a partir de datos de población y de OMS. Global Monitoring Report 2025

OPS Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Región de las Américas



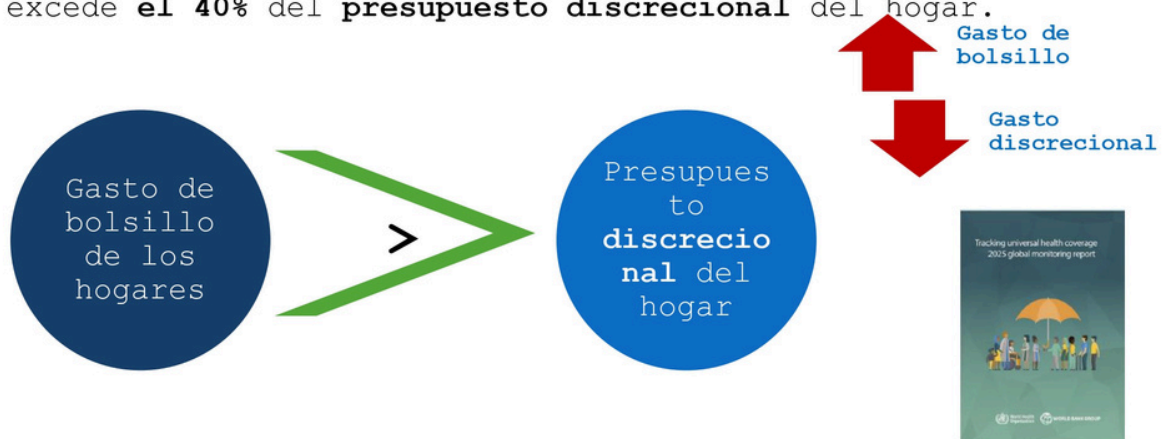
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Acción Internacional para la Salud (AIS)



MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

¿Cómo se mide la incidencia de dificultades financieras en los hogares?

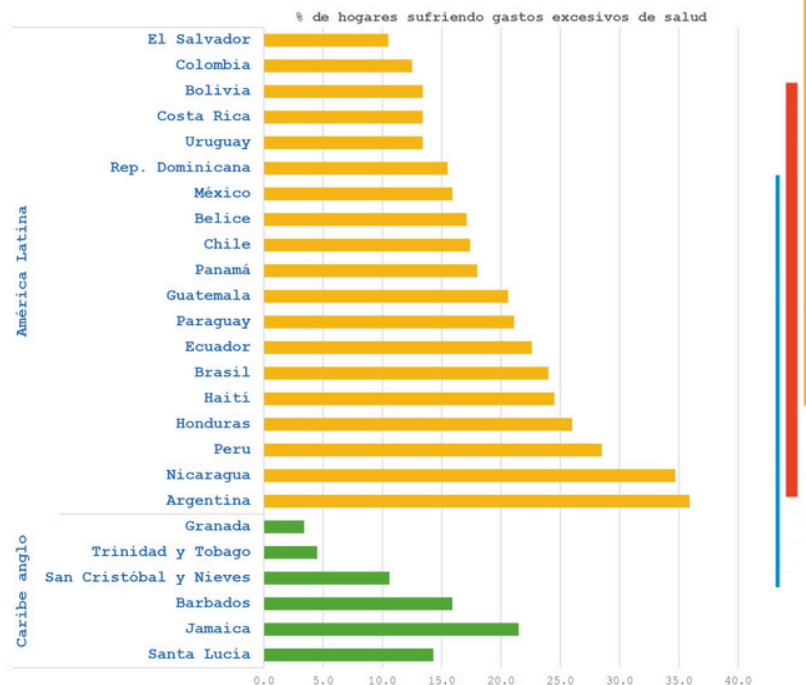
La proporción de la población cuyo gasto de bolsillo en salud excede **el 40%** del **presupuesto discrecional** del hogar.



- Alta variabilidad entre países:

Entre 3 y 35 de cada 100 habitantes padece dificultades financieras

Fuente: OMS. Global Monitoring Report 2025

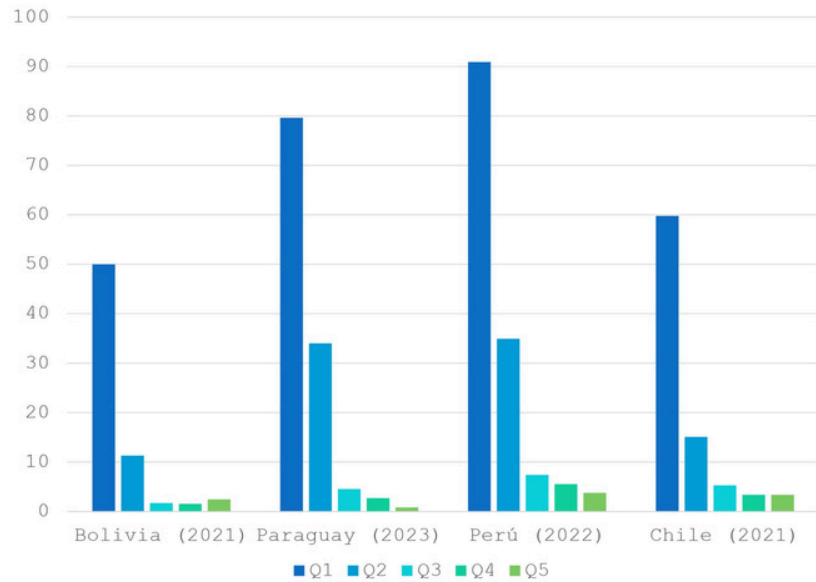


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Acción Internacional para la Salud (AIS)

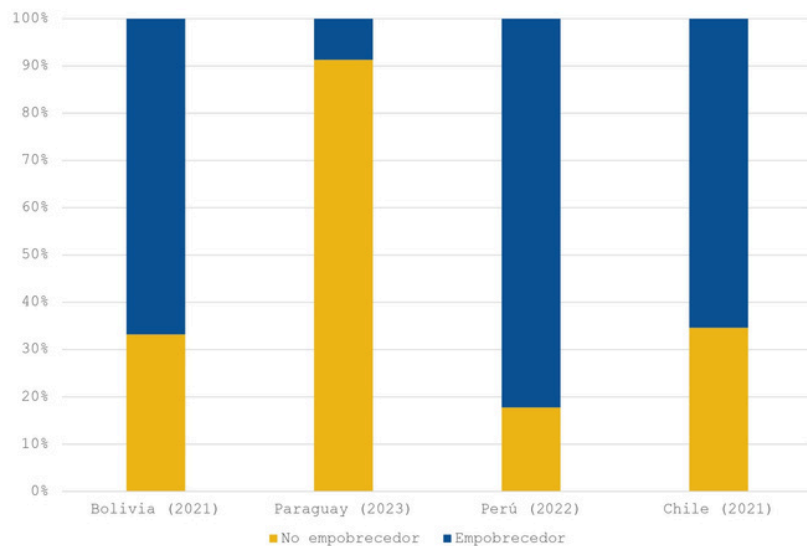


MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

Los hogares más pobres son los que enfrentan mayores **dificultades financieras**



En la mayoría de los países estudiados, los hogares con **gastos excesivos** se empobrecen





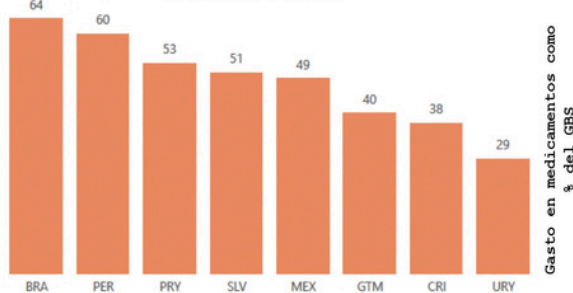
MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

Otros factores influyen y exacerbaban las dificultades financieras...



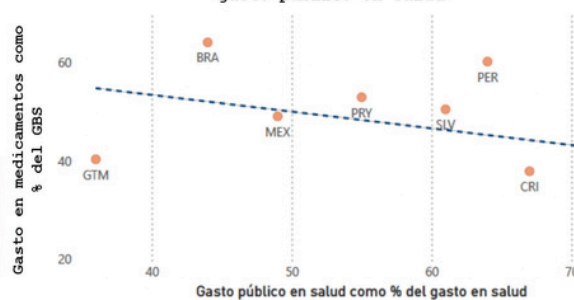
Los hogares dedican la mayor parte de su gasto de bolsillo a medicamentos y se relaciona con un menor gasto público

Panel A: Gasto en medicamentos como % del gasto de bolsillo en salud



Fuente: OMS. Base de datos global del gasto en salud (GHED) 2025 y estudios de Cuentas de Salud

Panel B: Relación entre gasto en medicamentos de hogares y gasto público en salud





MATERIAL DE REFERENCIA - OPS

Un llamado a la acción en la región

- Líneas de acción importantes para fortalecer la protección financiera:
 - Expandir el financiamiento público (3.7% del PIB en 2023)
 - Asignar mayores recursos públicos hacia los bienes y servicios que son la causa principal del gasto de bolsillo (p.ejm. medicamentos)
 - Complementar la protección financiera con la reducción de barreras organizacionales y geográficas al acceso mediante el fortalecimiento de la APS y el enfoque RISS.





Acción Internacional para la Salud - Perú

Av. General Garzón 942, Jesús María,
LIMA 15072 - PERÚ
www.aisperu.org.pe/

Elaborado por:

Javier Llamaza Jacinto
Email: javierllamaza@aisperu.org.pe

Roberto López Linares
Email: robertolopez@aisperu.org.pe

Con aportes de:

Victor Zamora Mesía
Walter Mendoza de Souza

Miembros de la Plataforma Ciudadana Salud y Derechos

Edición por:

Akemy Nicolle Bustamante Ramirez
Email: akemy.bustamante@upch.pe

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero de: Public Citizen. 1600 20th Street NW. Washington D.C: (202) 588-1000 USA y Global Health Council 1199 N Fairfax street, suit 300, Alexandria, VA 22314, USA

Lima, Perú

mayo, 2026

ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD (AIS PERÚ) es una asociación civil sin fines de lucro que trabaja por el acceso universal a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias en el proceso de construcción de un sistema de salud efectivo para todas las personas