



CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO

RECIBIDO

PROYECTO DE LEY N°
13943/2025-CR RU 2216602

11 FEBRERO 2026 03:38 p. m.

FIRMADO DIGITALMENTE: CMEDINA

DAVID JIMÉNEZ HEREDIA

AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN
DE LA ECONOMÍA PERUANA

PROYECTO DE LEY DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LUCHA CONTRA EL VIH, LA ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH, LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS HEPATITIS VIRALES

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

FÓRMULA LEGAL

LEY DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LUCHA CONTRA EL VIH, LA ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH, LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS HEPATITIS VIRALES

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. – Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto establecer el marco normativo integral de la respuesta nacional frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la enfermedad avanzada por VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las hepatitis virales, asegurando la prevención combinada, el diagnóstico oportuno, el acceso universal a la atención integral y al tratamiento, la continuidad terapéutica, la vigilancia epidemiológica, la protección de derechos, y la eliminación del estigma y la discriminación.

Artículo 2. – Finalidad

Son finalidades de la presente ley:

- Reducir sostenidamente las nuevas infecciones por VIH, ITS y hepatitis virales.
- Disminuir el diagnóstico tardío y la incidencia de enfermedad avanzada por VIH.
- Asegurar la cobertura efectiva de tratamiento y la supresión viral como objetivo sanitario.
- Garantizar el ejercicio pleno de derechos, la confidencialidad y la no discriminación.
- Fortalecer la rectoría sanitaria, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Artículo 3. – Ámbito de aplicación

La presente ley es aplicable a las entidades públicas y privadas que integran o se articulan con el Sistema Nacional de Salud, así como a los sectores competentes en educación,



trabajo, justicia, interior, defensa, desarrollo e inclusión social, mujer y poblaciones vulnerables, cultura, relaciones exteriores, economía y finanzas, gobiernos regionales y locales, y demás entidades que, por razón de sus funciones, intervengan en la prevención y respuesta frente al VIH, ITS y hepatitis virales.

Artículo 4. – Aplicación en subsistemas y prestadores diferentes al MINSA

El Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, la Superintendencia Nacional de Internamiento y Resocialización (SUNIR) y los prestadores privados aplican la presente ley en el marco de sus propios regímenes de organización y prestación, garantizando el cumplimiento de los derechos, la prevención combinada, el diagnóstico oportuno, la vinculación inmediata, la continuidad terapéutica y la no discriminación previstos en esta norma.

El Ministerio de Salud, en su condición de ente rector, ejerce supervisión técnica normativa mediante la emisión de normas sanitarias, guías clínicas, protocolos y estándares de calidad aplicables, sin perjuicio de las competencias de regulación y fiscalización que correspondan a los organismos competentes.

Artículo 5. – Definiciones operativas

Para efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) **Enfermedad avanzada por VIH:** condición clínica e inmunológica definida por la norma técnica sanitaria nacional, conforme a criterios clínicos y de laboratorio vigentes.
- b) **Prevención combinada:** conjunto integrado de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, basadas en evidencia, orientadas a reducir el riesgo de adquisición o transmisión.
- c) **PrEP:** profilaxis preexposición al VIH, en las modalidades aprobadas por la autoridad sanitaria.
- d) **PEP:** profilaxis posexposición al VIH, de administración urgente conforme a protocolos.
- e) **Poblaciones clave:** grupos en los que la prevalencia e incidencia de VIH/ITS es superior a la de la población general y/o expuestos a barreras estructurales de acceso.
- f) **Poblaciones vulnerables:** grupos con mayor exposición al riesgo por determinantes sociales, económicos, culturales o institucionales.
- g) **Reducción de daños:** intervenciones de salud pública orientadas a disminuir riesgos y consecuencias adversas asociadas a conductas o contextos de exposición.

La precisión técnica y actualización de definiciones específicas se realiza mediante norma sanitaria nacional aprobada por el ente rector.

Artículo 6. – Principios y enfoques transversales



La implementación de la presente ley se rige por los principios de universalidad, accesibilidad, oportunidad, calidad, equidad, confidencialidad, continuidad de la atención, interculturalidad, enfoque de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, enfoque interseccional, participación comunitaria, sostenibilidad y responsabilidad estatal.

TÍTULO II

DERECHOS, GARANTÍAS Y PROTECCIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

Artículo 7. – Derechos de las personas con VIH y de personas afectadas por ITS y hepatitis virales

Toda persona tiene derecho a:

- a) Recibir información completa, comprensible y oportuna sobre prevención, diagnóstico, atención integral y tratamiento.
- b) Acceder sin discriminación a servicios integrales de salud, incluyendo salud mental, consejería, rehabilitación, cuidados paliativos cuando corresponda, y atención de coinfecciones.
- c) Recibir tratamiento y seguimiento conforme a norma sanitaria nacional, con continuidad terapéutica.
- d) Confidencialidad del diagnóstico y de la información vinculada a su atención, conforme a la normativa sobre datos personales e historia clínica.
- e) Presentar quejas y denuncias por vulneración de derechos, con trámite célere y protección contra represalias.

Artículo 8. – Prohibición de discriminación

Se prohíbe toda forma de discriminación por condición real o presunta de VIH, enfermedad avanzada, ITS o hepatitis virales en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, social, asegurador, penitenciario, militar-policial, y en cualquier prestación pública o privada. Las entidades están obligadas a adoptar medidas de prevención, atención y sanción administrativa conforme a sus competencias.

Artículo 9. – Supervisión del cumplimiento de derechos y continuidad terapéutica

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el marco de sus competencias, supervisa el cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, con énfasis en:

- a) la no discriminación en el acceso y en la prestación de servicios;
- b) la confidencialidad y trato digno; y
- c) la continuidad terapéutica y la provisión oportuna de medicamentos e insumos esenciales, en todos los prestadores públicos, privados y subsistemas.

Para tales efectos, SUSALUD establece acciones de supervisión, canales de recepción y tramitación de quejas, y mecanismos de seguimiento de casos, coordinando con el Ministerio de Salud y con las entidades competentes cuando corresponda.

**Artículo 10. – Garantía de acceso sin barreras documentarias**

La falta de Documento Nacional de Identidad u otro documento no constituye impedimento para el acceso a pruebas, atención integral y tratamiento, sin perjuicio de las acciones de identificación y afiliación que corresponda realizar a las entidades competentes para asegurar continuidad y cobertura financiera.

Artículo 11. – Confidencialidad reforzada

La información relativa al diagnóstico, tratamiento, carga viral, historia clínica y cualquier dato personal vinculado al VIH, ITS y hepatitis virales tiene carácter de dato sensible y goza de protección reforzada. Su tratamiento exige:

- a) Finalidad sanitaria determinada y mínima necesaria.
- b) Control de acceso basado en roles.
- c) Registro de trazabilidad y auditoría de accesos.
- d) Medidas de anonimización o seudonimización para fines estadísticos y de vigilancia, según corresponda.

Las disposiciones sobre confidencialidad y tratamiento de datos se aplican sin perjuicio del marco general de protección de datos personales y de la historia clínica, en lo que resulte compatible, y se coordinan con la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.

TÍTULO III PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Artículo 12. – Prevención combinada basada en evidencia

El Estado implementa prevención combinada que incluye, entre otros, educación y comunicación en salud, disponibilidad de preservativos y lubricantes, reducción de daños, vacunación aplicable, PrEP y PEP conforme a norma sanitaria nacional, y estrategias focalizadas para poblaciones clave y vulnerables.

Artículo 13. – Educación para la salud sexual integral y prevención

El sector educación incorpora contenidos de educación para la salud sexual y reproductiva, prevención del VIH e ITS, y eliminación del estigma, conforme a los estándares pedagógicos y científicos, con adecuación intercultural y territorial.

La incorporación de contenido se efectúa conforme al marco de la Ley General de Educación y los instrumentos curriculares vigentes, respetando la rectoría pedagógica del MINEDU.

Artículo 14. – Diagnóstico: voluntariedad y excepciones estrictas

Las pruebas de VIH son voluntarias, confidenciales y gratuitas. Solo proceden excepciones por ley expresa para fines de protección sanitaria de terceros, con consejería, garantías de confidencialidad y remisión inmediata para atención. Sin afectar tamizajes obligatorios previstos en normas especiales de salud pública y seguridad transfusional.

**Artículo 15. – Vinculación inmediata a servicios**

Toda persona con prueba reactiva es vinculada de manera inmediata y efectiva a confirmación, atención y tratamiento. Toda persona con prueba no reactiva es vinculada a servicios de prevención conforme a su nivel de riesgo, incluyendo evaluación para PrEP cuando corresponda.

Artículo 16. – Notificación asistida de contactos

La notificación asistida de contactos procede únicamente conforme a protocolos sanitarios, con consentimiento informado, confidencialidad y enfoque de derechos, priorizando la reducción de riesgos y la protección contra violencia o discriminación.

TÍTULO IV

ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO

Artículo 17. – Atención integral por curso de vida

La atención integral comprende prevención de complicaciones, diagnóstico y tratamiento de coinfecciones, manejo de efectos adversos, salud mental, rehabilitación y soporte terapéutico, con enfoque intercultural, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres e interseccional.

Artículo 18. – Tratamiento antirretroviral y continuidad terapéutica

El acceso al tratamiento antirretroviral es gratuito en el marco del aseguramiento en salud y de los mecanismos de financiamiento público existentes. El ente rector establece estándares mínimos de continuidad terapéutica, gestión de abastecimiento y mecanismos de contingencia para evitar interrupciones.

Artículo 19. – Atención de la enfermedad avanzada por VIH

La respuesta frente a enfermedad avanzada prioriza diagnóstico temprano, manejo clínico especializado, tratamiento de infecciones oportunistas y cuidados integrales. Los establecimientos de mayor capacidad resolutive garantizan referencia y contrarreferencia eficaces.

Artículo 20. – Coinfecciones y articulación programática

El ente rector asegura la articulación operativa de la respuesta frente a VIH con programas de tuberculosis y hepatitis virales en cuanto a diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia, conforme a norma sanitaria nacional y sin duplicidades institucionales.

Artículo 21. – Niños y adolescentes

El Estado garantiza diagnóstico oportuno, tratamiento con formulaciones pediátricas adecuadas y seguimiento integral, con especial protección del interés superior del niño y confidencialidad.

Artículo 22. – Gestantes y prevención de transmisión vertical



El Estado garantiza el paquete integral para prevención de transmisión vertical, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento, conforme a norma sanitaria nacional.

TÍTULO V

RECTORÍA, COORDINACIÓN MULTISECTORIAL Y RESPONSABILIDADES

Artículo 23. – Rectoría sanitaria

El Ministerio de Salud es el ente rector de la respuesta sanitaria frente a VIH, ITS y hepatitis virales. Emite y actualiza normas sanitarias nacionales, guías clínicas y protocolos, con sustento técnico y evidencia científica.

Artículo 24. – Mecanismo nacional de coordinación intersectorial

Se crea el Consejo Nacional de Respuesta Integral frente al VIH, ITS y Hepatitis Virales, como instancia permanente de coordinación intersectorial, adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros, con Secretaría Técnica a cargo del Ministerio de Salud.

El Consejo tiene funciones de articulación intersectorial, seguimiento de metas e indicadores, identificación de barreras y emisión de recomendaciones intersectoriales de carácter no vinculante. El Consejo no ejerce rectoría sanitaria ni potestad normativa, no aprueba estándares clínicos o programáticos, no dirige la ejecución de intervenciones, ni adopta decisiones presupuestales. Los estándares, normas técnicas, guías clínicas, protocolos y demás disposiciones sanitarias vinculadas a la respuesta frente al VIH, ITS y hepatitis virales son competencia exclusiva del Ministerio de Salud, en su condición de ente rector.

Artículo 25. – Participación de sociedad civil y comunidad

El Consejo incorpora representantes de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil vinculadas a VIH, ITS y hepatitis virales, así como academia y sociedades científicas, conforme a criterios de representatividad, transparencia e integridad establecidos en el reglamento.

Artículo 26. – Plan nacional multianual y planes territoriales

El Ministerio de Salud, en su condición de ente rector formula un Plan Nacional Multianual con horizonte mínimo de cinco años, con metas, indicadores, intervenciones costo-efectivas, y estrategia territorial, con participación consultiva del Consejo. Los gobiernos regionales y locales adoptan planes territoriales alineados, con asistencia técnica del ente rector.

La aprobación y actualización del plan se realiza por norma del Ejecutivo, evitando congelar en ley el detalle operativo.

TÍTULO VI

VIGILANCIA SANITARIA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN



Artículo 27. – Vigilancia sanitaria

El ente rector lidera la vigilancia sanitaria integral de VIH, ITS y hepatitis virales, asegurando información oportuna, calidad de datos, y enfoque territorial.

Artículo 28. – Sistema nacional de información con protección reforzada

Créase el componente de información nacional para la respuesta integral, integrado a las plataformas sanitarias existentes, con los siguientes estándares mínimos:

- a) Principio de minimización y finalidad sanitaria
- b) Seudonimización/anonimización para reportes y análisis.
- c) Interoperabilidad segura con control de acceso.
- d) Auditoría y sanción por accesos indebidos.
- e) Publicación de reportes agregados para rendición de cuentas.

Artículo 29. – Indicadores e informe nacional anual de resultados

El Ministerio de Salud publica anualmente un Informe Nacional de Resultados de la Respuesta Integral frente al VIH, ITS y Hepatitis Virales, con información agregada y desagregación territorial cuando corresponda, preservando la confidencialidad y protección de datos. El informe incluye, como mínimo, indicadores sobre:

- a) nuevas infecciones estimadas y/o notificadas, según metodología vigente;
- b) diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH;
- c) cobertura de tratamiento y supresión viral;
- d) eventos de desabastecimiento y/o interrupciones de provisión de medicamentos e insumos esenciales; y
- e) número, tipología y estado de quejas por discriminación en servicios de salud.

El informe es de acceso público y se emplea para seguimiento de metas, identificación de brechas y adopción de medidas correctivas.

TÍTULO VII FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES E INVESTIGACIÓN

Artículo 27. – Capacitación continua

El ente rector, en coordinación con sectores competentes, implementa capacitación continua para personal de salud y actores clave (educación, justicia, interior, defensa, servicios penitenciarios), incluyendo estigma, enfoque de derechos y pertinencia intercultural.

Artículo 28. – Investigación e innovación

El Estado promueve investigación biomédica y social sobre VIH, ITS y hepatitis virales. El Instituto Nacional de Salud implementa un registro de investigaciones, conforme a estándares éticos, de datos y transparencia.



TÍTULO VIII

PROTECCIÓN SOCIAL Y ENTORNOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Artículo 29. – Protección social

Las personas con VIH en situación de vulnerabilidad socioeconómica acceden prioritariamente a programas sociales, conforme a criterios técnicos y focalización vigente, y a medidas para favorecer adherencia terapéutica.

Artículo 30. – Entornos penitenciarios y otros de alta vulnerabilidad institucional

El Estado garantiza en centros penitenciarios y otros entornos institucionales: diagnóstico oportuno, continuidad de tratamiento, prevención combinada, y referencia sanitaria, con enfoque de derechos y confidencialidad.

TÍTULO IX

FINANCIAMIENTO, ABASTECIMIENTO Y CONTRATACIÓN SOCIAL

Artículo 31. – Financiamiento sostenible y programación multianual

Las entidades públicas competentes priorizan, dentro del marco de las reglas fiscales y del sistema presupuestario, la programación multianual y anual de intervenciones costo-efectivas para VIH, ITS y hepatitis virales, con indicadores de desempeño y metas verificables.

Se prohíbe la interrupción injustificada de la provisión de medicamentos e insumos esenciales para VIH, ITS y hepatitis virales. Se considera injustificada la interrupción imputable a deficiencias en programación, adquisición, abastecimiento, distribución o gestión de existencias, cuando no se acredite la actuación diligente ni la activación de las contingencias previstas. La determinación y sanción de responsabilidades se rige por el marco disciplinario y de control aplicable. El reglamento precisa criterios de imputabilidad, niveles de la cadena logística y procedimientos de verificación.

Artículo 32. – Abastecimiento y continuidad logística

El ente rector establece el sistema de gestión logística y contingencia para medicamentos, pruebas diagnósticas e insumos estratégicos, con compras oportunas, monitoreo de stock, distribución y control.

Artículo 33. – Contratación social y articulación comunitaria

Se autoriza la implementación de mecanismos de articulación con organizaciones comunitarias para actividades de prevención, acompañamiento y adherencia, mediante:

- a) Convenios de cooperación con metas verificables; y/o
- b) Contratación conforme a la normativa de contratación pública aplicable, bajo criterios de integridad, transparencia, rendición de cuentas y evaluación de resultados.

El reglamento desarrolla modalidades, requisitos, indicadores, supervisión y control.



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

Primera. – Actualización periódica de normas sanitarias

El ente rector actualiza, como mínimo cada dos años o cuando la evidencia lo exija, las normas sanitarias nacionales y guías clínicas vinculadas a VIH, ITS y hepatitis virales, asegurando participación técnica y comunitaria.

Segunda. – Petitorio y tecnologías sanitarias

La inclusión y actualización de medicamentos, pruebas y tecnologías para VIH, ITS y hepatitis virales se realiza mediante el procedimiento técnico vigente del sector salud, considerando evidencia científica, evaluación de tecnologías sanitarias, costo-efectividad, y sostenibilidad.

Tercera. – Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en un plazo máximo de ciento veinte (120) días calendario.

Cuarta. – Adecuación normativa

El Poder Ejecutivo en coordinación con los sectores y entidades encargadas realiza la adecuación normativa y reglamentaria correspondiente para la eficacia de la presente ley, sin afectar la continuidad de los derechos, planes, registros, abastecimiento y prestaciones ya reconocidos en el ordenamiento actual.

Quinta. – Neutralidad presupuestal

Las nuevas prestaciones se implementan de manera progresiva según disponibilidad presupuestaria y programación de las instituciones involucradas, sin demandar recursos adicionales la Tesoro Público.

Lima, febrero 2026



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ASPECTOS GENERALES

La presente iniciativa legislativa se inscribe en el campo de la **salud pública** y de la **protección de derechos en el acceso a servicios sanitarios**, orientada a estructurar una respuesta nacional integral frente al **VIH**, la **enfermedad avanzada por VIH**, las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** y las **hepatitis virales**, materias que, por su naturaleza, requieren intervención estatal coordinada, sostenida y basada en evidencia¹.

En el plano sanitario, el VIH constituye en la actualidad una condición de curso crónico tratable; sin embargo, su control efectivo depende de la detección oportuna, la continuidad de la atención y la adherencia terapéutica, elementos que se ven condicionados por determinantes conductuales, sociales e institucionales. En el Perú, las comunicaciones institucionales del propio sector salud refieren una magnitud significativa de personas que viven con VIH y señalan que la transmisión ocurre predominantemente por vía sexual², lo que perfila la necesidad de intervenciones preventivas consistentes y focalizadas sin perder el enfoque universal del sistema.

Desde la perspectiva epidemiológica, los reportes técnicos de vigilancia dan cuenta de un flujo anual relevante de notificaciones de nuevos casos de VIH y de sida, lo que confirma que la problemática conserva **persistencia y dinámica activa** y que, por tanto, no se trata de un fenómeno residual sino de una materia que exige continuidad estatal y metas verificables³.

En cuanto al componente clínico-estratégico, una dimensión central del abordaje contemporáneo es la reducción del **diagnóstico tardío** y de la **enfermedad avanzada por VIH**, por su correlación con mayor complejidad clínica, mayor utilización de servicios y menores resultados sanitarios. Estudios realizados en población atendida en un hospital de alta complejidad en Lima evidencian la relevancia del diagnóstico tardío y emplean criterios clínico-inmunológicos para caracterizar enfermedad avanzada, reforzando la necesidad de

¹ Ministerio de Salud del Perú. (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú: Bases epidemiológicas para la prevención y control* [Libro].

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353457-analisis-de-la-situacion-epidemiologica-del-vih-sida-en-el-peru-bases-epidemiologicas-para-la-prevencion-y-control>

² Ministerio de Salud del Perú. (2025, abril 5). *Aproximadamente el 92 % de personas con VIH lo adquirieron a través de las relaciones sexuales*. Gob.pe.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1109071-aproximadamente-el-92-de-personas-con-vih-lo-adquirieron-a-traves-de-las-relaciones-sexuales>

³ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) (2025). *Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú*. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/vih-sida/vih-sida_202512_31_161049.pdf



que la respuesta nacional se ordene con estándares técnicos actualizables y trazabilidad asistencial⁴.

En el plano social e institucional, el **estigma** asociado al VIH opera como barrera transversal que incide en la oportunidad del diagnóstico, en la continuidad de la atención y en la experiencia de trato en servicios. Investigaciones académicas aplicadas al contexto peruano, incluyendo estudios sobre estigma en profesionales de salud en Lima, muestran que el fenómeno existe como variable medible y con impacto en conductas y percepciones, por lo que el marco de respuesta no puede limitarse a prestaciones biomédicas, sino considerar componentes de calidad de atención, ética asistencial y reducción de barreras⁵.

En el componente preventivo, la evolución de la evidencia ha consolidado estrategias de **prevención combinada**, dentro de las cuales se ubican intervenciones biomédicas como la **profilaxis preexposición (PrEP)**, cuya implementación exige dispositivos sanitarios y comunitarios idóneos para aceptabilidad, consejería, continuidad y seguimiento. Experiencias de implementación en Lima (integrando educación preventiva y PrEP en intervenciones comunitarias) resaltan la importancia de la articulación entre servicios y actores comunitarios, con enfoque de viabilidad y aceptabilidad, como elemento estructural de las respuestas nacionales contemporáneas⁶.

Finalmente, la inclusión de **hepatitis virales** en el mismo marco integral responde a la necesidad de ordenar una intervención sanitaria coherente frente a enfermedades transmisibles con carga relevante y con requerimientos específicos de tamizaje, referencia y continuidad. Evidencia publicada en la literatura médica peruana —por ejemplo, sobre prevalencia de hepatitis C en donantes de sangre con datos nacionales— muestra la utilidad de contar con información actualizada para orientar acciones de salud pública y priorización sanitaria, reforzando el carácter integral del enfoque propuesto⁷.

En ese contexto, corresponde destacar que la respuesta estatal demanda **coordinación intersectorial y fortalecimiento de sistemas de información**, conforme a recomendaciones institucionales de entidades de supervisión de derechos, que han

⁴ Maquera-Afaray, Julio, Cvetkovic-Vega, Aleksandar, Cárdenas, Matlin M, Kälviäinen, Helga, & Mejía, Christian R. (2016). Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. *Revista chilena de infectología*, 33(Supl. 1), 20-26. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000700003>

⁵ Rios Arellano, Z. (2020). Stigma towards HIV among healthcare professionals at the Cori Clinic, Los Olivos, 2019. Universidad Privada Norbert Wiener. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3785>

⁶ De Oliveira, G. C., Musayón-Oblitas, Y., Fernandez-Pacheco, M. A., Huaman Hinostroza, M., & Cianelli, R. (2025). SEPA+PrEP: una intervención bioconductual para prevenir el VIH en mujeres peruanas. *Revista Enfermería Herediana*, 18(2), e6606. <https://doi.org/10.20453/renh.v18i.2025.6606>

⁷ Bellido, A., Argumanis, E., Segura, P., & Tagle, M. (2021). *Prevalencia del virus de hepatitis C en donantes de sangre en el Perú 2016–2017*. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 41(3), 164–168. <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1246>



señalado la relevancia de asegurar una respuesta multisectorial articulada y de mejorar capacidades de monitoreo y evaluación para decisiones oportunas⁸.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Persistencia epidemiológica y concentración del riesgo

El problema público objeto de intervención se configura como una amenaza vigente para la salud pública, caracterizada por transmisión sostenida del VIH y concentración del riesgo en poblaciones clave, con heterogeneidad territorial y brechas de acceso a prevención y atención. (Benites, 2024)⁹. En evidencia reciente de presentación técnica institucional, se reporta una **estimación nacional de 110 mil personas que viven con VIH**, con **prevalencia en población general de 0,4%** y prevalencias significativamente mayores en poblaciones clave, incluyendo **HSH (10%)** y **mujeres trans (32%)**, lo que perfila un escenario de epidemia concentrada con alta exposición diferencial. En el mismo insumo técnico, se consigna que la transmisión ocurre **predominantemente por vía sexual (95%)**, que **79% de casos corresponden a varones** y que **57% se concentra entre 20 y 34 años**, lo que evidencia un patrón de afectación ligado a dinámicas de salud sexual y reproductiva y, por tanto, susceptible a intervención mediante prevención combinada, tamizaje oportuno y reducción de barreras. La tendencia regional refuerza la necesidad de fortalecer respuestas nacionales: para América Latina se reporta aumento de **nuevas infecciones por VIH** entre 2010 y 2023, lo que confirma que el problema no se encuentra en fase de retracción estructural y que requiere políticas persistentes basadas en evidencia. (OPS, s. f.-b)¹⁰.

Diagnóstico tardío, continuidad asistencial y costos evitables

Una dimensión crítica del problema es el **diagnóstico tardío**, en tanto condiciona mayor progresión clínica, peor recuperación inmunológica y mayores requerimientos de servicios, con impacto sanitario y de gasto evitable. (García de Olalla et al., 2012)¹¹. La evidencia disponible describe el retraso diagnóstico como fenómeno frecuente y asociado a desenlaces clínicos menos favorables, lo que justifica que el Estado priorice estrategias de oferta de prueba, detección temprana y enlace rápido a tratamiento. Este componente se agrava cuando el acceso a servicios se ve mediado por estigma, miedo a la discriminación o experiencias negativas de atención, porque tales factores aumentan la probabilidad de postergar el ingreso a cuidados hasta estadios avanzados.

⁸ Defensoría del Pueblo. (2009). *Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida* (Informe Defensorial N° 143). https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe_143.pdf

⁹ Benites, C. (2024, 5 de octubre). *Implementación de la PrEP en el Perú* [Presentación]. HPTN. https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/SAT_03_Benites_0.pdf

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.-b). *Infecciones de transmisión sexual*. <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>

¹¹ García de Olalla, P., Reyes, J.M., & Caylà, J.A. (2012). Retraso diagnóstico de la infección por VIH. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(1), 28-35. Recuperado en 19 de enero de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2013-64632012000100005&lng=es&tlng=es



Estigma y discriminación como barreras estructurales

El estigma y la discriminación constituyen barreras transversales que degradan la efectividad de la respuesta sanitaria porque reducen la búsqueda de pruebas, dificultan el inicio oportuno de atención y erosionan la adherencia terapéutica y preventiva. (ONUSIDA, 2024). En la ficha informativa de ONUSIDA se sintetiza evidencia indicando que quienes perciben altos niveles de estigma presentan mayor probabilidad de retrasar su ingreso a la atención sanitaria y que el estigma se asocia a menor realización de pruebas y menor aceptación del tratamiento¹². En el plano nacional, investigaciones cualitativas en servicios hospitalarios del sur del país describen experiencias de aislamiento, temor al rechazo y vivencias de discriminación en pacientes con VIH, lo que resulta consistente con la existencia de barreras sociales que afectan el acceso efectivo a cuidados. (Paredes Mamani, 2023)¹³. Del mismo modo, un estudio cualitativo en un establecimiento de Lima Norte se orienta a describir experiencias de estigma y discriminación en personas que viven con VIH atendidas en servicios de salud, lo que evidencia que el fenómeno debe ser tratado como componente de política pública y no como externalidad cultural. (Mendoza Espino & Rodríguez Giron, 2024)¹⁴. En clave sociojurídica, la literatura sobre VIH en el Perú ha resaltado que la discriminación puede inducir autoexclusión y no revelación, afectando la prevención y el acceso a soporte social, con consecuencias directas sobre la trazabilidad sanitaria y la gestión de riesgos en salud pública. (Altuna, s. f.)¹⁵. Adicionalmente, evidencia analítica reciente en población peruana con VIH evalúa factores asociados al estigma y reafirma su persistencia como barrera para prevención y control, lo que respalda intervenciones específicas de reducción de barreras y mejora de calidad de atención. (Castañeda-Paredes et al., 2025)¹⁶.

Brechas de prevención combinada y barreras para PrEP

La respuesta contemporánea exige prevención combinada (conductual, biomédica y estructural), dentro de la cual la PrEP tiene relevancia para poblaciones en alto riesgo; sin

¹² ONUSIDA. (2024). *VIH y estigma y discriminación: Serie de fichas informativas sobre derechos humanos* [PDF]. https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-11/07-2024-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_es.pdf

¹³ Paredes Mamani, A. E. (2023). *VIH/SIDA: Lucha contra el estigma y la discriminación que experimentan los pacientes en un hospital peruano* [PDF]. *Investigación e Innovación*, 3(3), 76–86. <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/download/1853/2069/7336>

¹⁴ Mendoza Espino, S., & Rodríguez Giron, D. A. (2024). *Experiencias sobre el estigma y la discriminación entre personas que viven con el VIH y que se atienden en un centro de salud de Lima Norte*. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12872/939>

¹⁵ Altuna, G. (s. f.). *Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH/SIDA*. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/canale/article/download/14712/15300/58452>

¹⁶ Castañeda-Paredes, J., et al. (2025). *Factores asociados a la percepción de estigma en portadores de VIH* [PDF]. Universidad Autónoma del Perú. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/3690/148.pdf?isAllowed=y&sequence=1>



embargo, su efectividad programática depende de adopción, continuidad, seguimiento y eliminación de barreras personales, comunitarias e institucionales. El avance programático descrito en la evidencia técnica institucional reporta implementación de PrEP en la mayoría de regiones y enrolamiento acumulado, lo que demuestra capacidad de despliegue, pero también expone el reto de consolidación, expansión y sostenibilidad en el primer nivel de atención. Un reporte académico de investigación aplicada en Lima identifica que existen barreras asociadas a la aceptabilidad de PrEP y que tales barreras se distribuyen en niveles personal, comunitario e institucional, afectando la disposición a utilizarla. (Romero Huánuco & Zavala Villegas, 2024)¹⁷. Asimismo, desde una comunicación académica institucional vinculada a investigación en salud tropical, se advierte que, pese a resultados prometedores, el uso de PrEP puede verse limitado por factores como estigma social y otros obstáculos de implementación, lo que refuerza la necesidad de intervenciones integrales y focalizadas. (Menacho et al 2024)¹⁸.

Coinfecciones y expansión de ITS: sífilis como indicador de riesgo

El problema se agrava por el aumento de ITS que comparten determinantes con el VIH y elevan el riesgo de transmisión y complicaciones, en particular la sífilis y su forma congénita, que requieren integración de servicios y tamizaje oportuno. (OPS, s. f.-a)¹⁹. En la Región de las Américas se reporta un incremento relevante de nuevos casos de sífilis entre 2020 y 2022, lo que evidencia un deterioro de control de ITS y una mayor presión epidemiológica para sistemas nacionales de salud sexual. (OPS, 2024)²⁰. La OPS también advierte sobre fallas de integración en algunos países, como la no incorporación sistemática de pruebas de sífilis en servicios de pruebas de VIH, lo cual es un punto crítico porque fragmenta la prevención y reduce la eficiencia del contacto con población en riesgo. En este marco, la persistencia del VIH y el incremento regional de ITS configuran un entorno de riesgo que demanda respuestas normativas y programáticas de carácter integral, con enfoque de salud pública y calidad del servicio. (OPS, s. f.-b)²¹.

Hepatitis virales: subdiagnóstico, progresión silenciosa y presión sanitaria

El problema se amplía al incluir hepatitis virales por su carga sanitaria, su carácter frecuentemente asintomático en fases iniciales y la alta proporción de subdiagnóstico, lo cual compromete la prevención de complicaciones y la oportunidad terapéutica. (OPS,

¹⁷ Romero Huánuco, J. B., & Zavala Villegas, J. A. (2024). *Aceptabilidad y barreras para el uso de la profilaxis preexposición al virus de la inmunodeficiencia humana en personas de alto riesgo que asisten al centro de salud México en Lima, mayo-julio 2024*. <https://hdl.handle.net/20.500.12970/2328>

¹⁸ Menacho, L., Konda, K. A., Lecca, L., Cabello, R., Lankowski, A., Benites, C., Gallardo-Cartagena, J. A., Duerr, A., Sánchez, J., & Galea, J. T. (2024). Optimising PrEP uptake and use in Peru: No time to lose! *The Lancet HIV*, 11(4), e204–e206. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00038-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00038-9)

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.-a). *Sífilis*. <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>

²⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024, 22 de mayo). *Los casos de sífilis aumentan en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentan-americas>

²¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.-b). *Infecciones de transmisión sexual*. <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexua>



2024b)²². La OPS señala que las hepatitis virales afectan a más de 10 millones de personas en las Américas y que solo alrededor del 23% conoce su infección, lo que implica una brecha de detección incompatible con metas sanitarias de eliminación y con la gestión eficiente de riesgos. (OPS, s. f.-c)²³. En su llamado regional por el Día Mundial contra la Hepatitis, la OPS enfatiza que la mayor parte de síntomas aparece en etapas avanzadas, conduciendo a diagnósticos tardíos cuando ya existe enfermedad hepática grave o cáncer, lo cual justifica políticas de tamizaje y acceso a diagnóstico y tratamiento como componentes estructurales de una respuesta integral.

Implicancias de política pública: enfoque de derechos, sostenibilidad y coordinación

La evidencia internacional contemporánea sostiene que los servicios de prevención y tratamiento del VIH solo alcanzan efectividad poblacional cuando se protegen derechos, se combate la discriminación y se aseguran recursos suficientes, lo que sitúa el problema también en el plano de gobernanza y sostenibilidad de la respuesta. (ONUSIDA, 2024b)²⁴. En esa lógica, el problema no es únicamente biomédico: involucra barreras estructurales y sociales (estigma), déficits de integración de servicios (ITS/VIH/hepatitis), y brechas de prevención combinada (PrEP), por lo que la intervención legislativa y de política pública requiere un diseño integral, medible y orientado a resultados.

Adicionalmente, la eficacia de la respuesta sanitaria depende de la capacidad institucional de asegurar el cumplimiento efectivo de derechos en todos los prestadores y subsistemas, incluyendo continuidad terapéutica y trato no discriminatorio. La ausencia de mecanismos reforzados de supervisión y de reportabilidad pública de indicadores críticos debilita la rendición de cuentas y la corrección oportuna de brechas operativas, por lo que resulta necesario incorporar un esquema de supervisión sectorial y un instrumento anual de resultados, con información agregada, que permita seguimiento, comparación territorial e implementación de medidas correctivas.

III. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La presente iniciativa legislativa establece un marco normativo integral que ordena la respuesta nacional frente al VIH, la enfermedad avanzada por VIH, las ITS y las hepatitis virales bajo un enfoque de salud pública basado en evidencia, con garantías de derechos, mecanismos operativos para asegurar prevención combinada, diagnóstico oportuno,

²² Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024, 25 de julio). *Día Mundial contra la Hepatitis: OPS llama a ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento*. <https://www.paho.org/es/noticias/25-7-2024-dia-mundial-contra-hepatitis-ops-llama-ampliar-acceso-al-diagnostico-tratamiento>

²³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.-c). *Hepatitis*. <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>

²⁴ ONUSIDA. (2024, 22 de julio). *El nuevo informe de ONUSIDA muestra que la pandemia de sida puede acabar para 2030, pero solo si los líderes aumentan los recursos y protegen los derechos humanos ahora* [Comunicado]. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/july/20240722_global-aids-update



vinculación inmediata, continuidad terapéutica, integración programática e información sanitaria segura. Complementariamente, delimita su aplicación en todos los subsistemas y prestadores, fortalece la supervisión del cumplimiento de derechos y continuidad terapéutica, y dispone un esquema de indicadores e informe anual público de resultados para asegurar rendición de cuentas y mejora continua.

Enfoque integrado: prevención, diagnóstico, tratamiento y continuidad como “cadena” de resultados

La propuesta asume que el control epidemiológico y la reducción de daño sanitario dependen de una “cadena” de intervenciones: **prevenir, detectar, vincular e iniciar/continuar tratamiento** sin interrupciones. La literatura sanitaria y los instrumentos de planificación sectorial en países con enfoque integrado resaltan que la efectividad depende de articular servicios (incluida atención primaria) y de integrar infecciones relacionadas (VIH, ITS, hepatitis virales) para mejorar resultados y reducir pérdidas en el itinerario asistencial.

En esa línea, el articulado propuesto es funcional porque fija **metas sanitarias y de sistema** (reducción de nuevas infecciones; disminución de diagnóstico tardío; cobertura efectiva y supresión viral; eliminación de discriminación; coordinación y participación) sin inmovilizar en la ley el detalle operativo, lo cual es consistente con modelos que recomiendan mantener la actualización técnica en instrumentos clínicos y programáticos.

Prevención combinada con componentes biomédicos, conductuales y estructurales

La prevención combinada se propone como eje porque la evidencia reciente describe que el control del VIH requiere combinar intervenciones (preservativos, consejería, PrEP/PEP, reducción de daños, educación, abordaje de estigma) para lograr impacto poblacional y responder a distintos perfiles de riesgo.

En particular, la **PrEP** se sustenta en evidencia clínica y programática que reporta resultados favorables en poblaciones usuarias y enfatiza la necesidad de seguimiento y adherencia; además, existen evaluaciones económicas (p. ej., análisis de costo-efectividad) que aportan racionalidad sanitaria y presupuestal para su escalamiento en sistemas de salud.

De igual modo, la **PEP** se incorpora como prestación esencial de respuesta inmediata porque fuentes clínicas en español señalan que su eficacia depende de iniciarse dentro de un plazo estrecho posterior a la exposición y completarse por un curso definido, lo cual exige protocolos claros, disponibilidad y acceso sin barreras.

Finalmente, la inclusión explícita de **reducción de daños** resulta técnica cuando existen riesgos asociados a consumo de drogas y otras exposiciones, dado que revisiones en salud pública reportan evidencia robusta de que intervenciones como agonistas opiáceos y



estrategias de reducción de comportamientos de riesgo disminuyen transmisión de VIH y hepatitis virales asociadas a inyección.

Diagnóstico oportuno y “vinculación inmediata” como estándar asistencial

La solución normativa incorpora el estándar de **vinculación inmediata** (confirmación, ingreso a atención y tratamiento; o derivación a prevención) porque la reducción de transmisiones y complicaciones se apoya en minimizar demoras entre prueba y servicios. La literatura de planificación integrada y protocolos de atención primaria recomiendan ofertas diagnósticas con consejería, derivación ágil y articulación con paquetes de prevención, incluyendo evaluación de riesgo para PrEP, en especial en grupos priorizados. La propuesta también habilita la **notificación asistida de contactos** bajo protocolos y consentimiento, en tanto existen trabajos académicos en español que describen su utilidad como herramienta preventiva dentro de abordajes familiares/pareja y su necesidad de salvaguardas (autorización, confidencialidad, prevención de violencia, soporte profesional).

Tratamiento antirretroviral, supresión viral y continuidad terapéutica

El núcleo de la respuesta se sostiene en asegurar acceso y continuidad del tratamiento. La evidencia económico-sanitaria publicada en revistas biomédicas en español ha documentado el **beneficio clínico** y **ahorros** asociados al tratamiento antirretroviral sostenido, respaldando su consideración como intervención eficiente del sistema.

Por ello, la fórmula propuesta introduce estándares mínimos de continuidad (abastecimiento, contingencias, referencia/contrarreferencia) y prioriza el manejo de **enfermedad avanzada** y coinfecciones. En coherencia con ello, se incorpora una prohibición de interrupción injustificada de la provisión de medicamentos e insumos esenciales, entendida como aquella interrupción imputable a deficiencias en programación, adquisición, abastecimiento, distribución o gestión de existencias, cuando no se acredita actuación diligente ni activación oportuna de contingencias. La determinación y sanción de responsabilidades se sujeta al marco disciplinario y de control aplicable, precisándose en el reglamento los criterios de imputabilidad, niveles de la cadena logística y procedimientos de verificación.

Eliminación de estigma y discriminación como condición de efectividad sanitaria

La solución normativa incorpora un Título específico de derechos y prohibición de discriminación porque el estigma opera como barrera estructural para pruebas, acceso, continuidad y adherencia. La evidencia en revistas científicas en español identifica asociación entre estigma y adherencia terapéutica, y revisiones amplias enfatizan que la discriminación afecta la búsqueda de atención y la calidad de vida, por lo que debe abordarse con intervenciones sistemáticas (formación de personal, medidas institucionales y rutas de queja).

En el ámbito socio-laboral, la propuesta refuerza garantías contra discriminación al considerar que existen investigaciones y reportes técnicos que analizan estándares de no discriminación en el trabajo para personas con VIH, lo que justifica la inclusión del enfoque



intersectorial (trabajo, educación, justicia, fuerzas del orden) como componente de respuesta efectiva.

En el plano de exigibilidad y tutela efectiva, se incorpora un mandato expreso de supervisión a SUSALUD, orientado a verificar el cumplimiento de derechos, la no discriminación, la confidencialidad y la continuidad terapéutica en todos los prestadores y subsistemas, incluyendo mecanismos de recepción, tramitación y seguimiento de quejas, coordinando con el ente rector y entidades competentes.

Confidencialidad reforzada y sistema de información con estándares de seguridad

La propuesta incorpora un régimen de **confidencialidad reforzada** y un componente de información con **control de acceso, trazabilidad y auditoría**, porque la protección de datos de salud condiciona la confianza en servicios y reduce el riesgo de exclusión por filtraciones. El fundamento técnico se apoya en literatura jurídica y ética en español sobre confidencialidad médica, protección de datos en historia clínica electrónica e interoperabilidad, y sobre la necesidad de anonimización/seudonimización como medida prudencial para investigación y análisis en salud.

Como instrumento de rendición de cuentas y gestión por desempeño, se dispone la publicación anual de un Informe Nacional de Resultados a cargo del Ministerio de Salud, con información agregada y desagregación territorial cuando corresponda, preservando la confidencialidad, que incluya indicadores mínimos sobre nuevas infecciones, diagnóstico tardío/enfermedad avanzada, cobertura de tratamiento y supresión viral, eventos de desabastecimiento/interrupciones, y quejas por discriminación.

Rectoría, coordinación intersectorial y planificación multianual basada en costo-efectividad

La creación de un mecanismo de coordinación intersectorial con Secretaría Técnica sanitaria se sostiene en la necesidad de alinear educación, justicia, interior/defensa, protección social y gestión presupuestal para reducir barreras y mejorar resultados. Asimismo, se justifica un **Plan Nacional Multianual** con metas e indicadores, porque la asignación eficiente de recursos requiere análisis de intervenciones y priorización según impacto esperado. En el caso peruano, existe evidencia técnico-económica en español (modelamiento y optimización de inversiones) que respalda enfoques de asignación eficiente para maximizar resultados sanitarios con combinaciones costo-efectivas.

En materia de gobernanza, la coordinación intersectorial se canaliza mediante una instancia adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros con Secretaría Técnica sanitaria, con funciones de articulación, seguimiento e identificación de barreras y emisión de recomendaciones de carácter no vinculante. Esta instancia no ejerce rectoría sanitaria ni potestad normativa, no aprueba estándares clínicos o programáticos, no dirige la ejecución ni adopta decisiones presupuestales, preservándose que toda definición de estándares



sanitarios, guías, protocolos y disposiciones programáticas corresponde exclusivamente al Ministerio de Salud como ente rector.

Participación comunitaria y contratación social con integridad y rendición de cuentas

La propuesta incorpora participación comunitaria y habilita mecanismos de articulación/contratación con organizaciones comunitarias porque la evidencia internacional y de cooperación en español identifica que el liderazgo comunitario mejora llegada a poblaciones de difícil acceso y facilita prevención, acompañamiento y adherencia; además, instrumentos del Fondo Mundial describen la relevancia de financiar y fortalecer a comunidades y sociedad civil para alcanzar metas sanitarias.

Adicionalmente, se incluye la dimensión de soporte psicosocial y salud mental (consejería, acompañamiento comunitario) como parte de atención integral, coherente con evidencia aplicada en Lima que reporta efectos favorables de programas de consejería en organización comunitaria para variables de salud mental en personas con VIH.

Entornos de especial vulnerabilidad institucional y protección social

La solución mantiene un capítulo específico para entornos penitenciarios y otros contextos institucionales porque la literatura de planificación integrada recomienda asegurar diagnóstico, continuidad y prevención combinada en escenarios donde la interrupción del tratamiento y la exposición a riesgos tienden a intensificarse.

Asimismo, la inclusión de protección social se apoya en guías internacionales en español que recomiendan políticas de protección social inclusiva para personas con VIH y poblaciones clave, y describen la **contratación social** como mecanismo para sostener servicios dirigidos por comunidad y reducir barreras de acceso y continuidad.

Para evitar vacíos de alcance y garantizar homogeneidad de estándares sanitarios, la ley precisa su aplicación en EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, el sistema penitenciario y prestadores privados, quienes la implementan a través de sus propios regímenes de prestación, bajo supervisión técnica normativa del Ministerio de Salud mediante normas sanitarias, guías y protocolos.

IV. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS:

En el periodo parlamentario 2021–2026 se ha presentado un proyecto de ley con **finalidad afín** y guarda un **espíritu similar** al de la iniciativa sobre **protección a los pacientes de VIH, ITS y hepatitis virales**:

- **Proyecto de Ley N° 13202/2021-CR**, del Grupo Parlamentario **Bloque Democrático Popular**, a iniciativa de la congresista **Paredes Piqué**, que propone la **Ley de Respuesta Nacional frente a la pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedad avanzada por VIH, las Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Virales**; actualmente en estudio en la Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado.



V. MARCO NORMATIVO

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 26626 – “Ley Contrásida” (Plan Nacional de Lucha contra el VIH, SIDA y ETS)
3. Ley N° 28243 – Amplía y modifica la Ley N° 26626 (VIH/SIDA e ITS)
4. Ley N° 26842 – Ley General de Salud
5. Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
6. Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud

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

Sustitución orgánica del marco legal especial vigente en materia de VIH/ITS.

La entrada en vigor de la nueva ley implicaría el **desplazamiento del régimen especial actualmente contenido en la Ley N° 26626 y su modificatoria (Ley N° 28243)**, consolidando en un solo cuerpo legal la respuesta normativa integral para VIH, enfermedad avanzada, ITS y hepatitis virales.

Creación de un nuevo “bloque normativo sectorial” que ordena y sistematiza obligaciones y estándares mínimos.

La ley incorporaría un **conjunto sistemático de mandatos** (prevención combinada, vinculación inmediata, continuidad terapéutica, vigilancia e información, derechos y confidencialidad) que pasaría a constituir el **marco de referencia obligatorio** para la emisión y actualización de normativa secundaria sanitaria (normas técnicas, guías, protocolos), reordenando jerárquicamente el desarrollo reglamentario futuro.

Reconfiguración de la arquitectura normativa de coordinación intersectorial para esta materia.

Creando un mecanismo formal de coordinación adscrito a PCM de carácter no vinculante, destinado a articulación y seguimiento, preservando la rectoría sanitaria del MINSA, la ley establecería un **nuevo título habilitante** para la emisión de disposiciones de organización y funcionamiento vinculadas a dicha instancia y para la producción de instrumentos de planificación, generando un nuevo eje de articulación normativa entre sectores.

Refuerzo normativo y especialización de la protección de datos y confidencialidad en salud para VIH/ITS/hepatitis.

La ley introduciría un **régimen especial** de “confidencialidad reforzada” y estándares mínimos del sistema de información (minimización, control de acceso, trazabilidad, auditoría, seudonimización/anonimización), lo que produciría un **nuevo parámetro legal sectorial** que complementa y especifica el marco general de datos personales e historia clínica, incidiendo directamente en cómo deben diseñarse las normas y protocolos del sistema sanitario sobre tratamiento de datos sensibles en estas materias.



VII. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Actores involucrados	Costos	Beneficios
PACIENTES CON VIH, ITS, HEPATITIS VIRALES Y/O EN RIESGO	Impacto económico / efectos monetarios: costos iniciales por adaptación al nuevo modelo de atención (más tamizajes, controles, seguimiento de PrEP/PEP cuando corresponda), tiempo de desplazamiento, establecimientos, y eventuales gastos indirectos (transporte, alimentación, conectividad para citas/teleorientación). Efectos no monetarios: posibles costos psicológicos iniciales por mayor exposición a procesos de testeo y seguimiento (ansiedad asociada al diagnóstico), necesidad de alfabetización sanitaria para ejercer derechos y comprender protocolos; riesgo de fricción temporal por ajustes institucionales (interoperabilidad de datos, cambios en rutas de atención). Impacto presupuestal: no directo, pero su demanda incremental presiona la organización del servicio y puede generar tiempos de espera durante la fase de implementación.	Impacto económico / efectos monetarios: reducción del gasto de bolsillo por acceso más oportuno a diagnóstico, tratamiento y seguimiento; disminución de costos indirectos de enfermedad avanzada (hospitalizaciones, complicaciones, pérdida de ingresos), y mayor estabilidad económica al sostener continuidad terapéutica y control clínico. Efectos no monetarios: mejora de calidad y expectativa de vida, reducción de enfermedad avanzada por VIH y de complicaciones; mayor seguridad y previsibilidad en la atención (vinculación inmediata, continuidad, referencia/contrarreferencia); fortalecimiento de la confidencialidad y disminución de experiencias de discriminación; empoderamiento por información, consejería y canales de queja. Impacto presupuestal: beneficio indirecto al traducirse en menor presión de alta complejidad (menos internamientos evitables) y mayor eficiencia clínica del sistema en su atención.
ESTADO PERUANO	Impacto económico / efectos monetarios: costos de implementación normativa y operativa (adecuación de procesos, capacitación, supervisión, campañas de prevención, fortalecimiento de tamizaje y laboratorio, logística y abastecimiento de	Impacto económico / efectos monetarios: reducción progresiva de costos evitables por diagnóstico tardío y enfermedad avanzada (menos hospitalizaciones, complicaciones y tratamientos de mayor complejidad); eficiencia por integración de intervenciones costo-efectivas y mejor focalización

	medicamentos/insumos, expansión/monitoreo de PrEP/PEP, y articulación intersectorial). Costos de inversión en sistemas de información, seguridad y trazabilidad de accesos, e interoperabilidad. Efectos no monetarios: costos de gestión del cambio institucional (nuevos estándares de calidad, auditoría, rendición de cuentas, coordinación intersectorial), y riesgo reputacional/administrativo si la implementación es parcial o tardía. Impacto presupuestal: necesidad de priorización y programación multianual; incremento presupuestal inicial (capex y opex) en prevención, diagnóstico y sistema de información; costos recurrentes de abastecimiento, vigilancia, capacitación y soporte comunitario.	territorial; disminución de litigiosidad/controversias administrativas asociadas a fallas de atención, discriminación o desabastecimiento. Efectos no monetarios: fortalecimiento de rectoría sanitaria y gobernanza intersectorial; mejora de indicadores sanitarios y de desempeño del sistema; incremento de confianza ciudadana por estándares de confidencialidad y trato digno; mayor capacidad estatal de vigilancia epidemiológica y toma de decisiones basada en evidencia. Impacto presupuestal: reorientación del gasto desde alta complejidad hacia prevención y control (más sostenible); mejor previsibilidad y control del gasto mediante metas e indicadores; posibilidad de apalancar cooperación y contratación/alianzas comunitarias bajo reglas de integridad.
POBLACIÓN EN GENERAL	Impacto económico: costos de adaptación social e institucional y eventual percepción de “costo de oportunidad” por priorización pública de recursos hacia estos programas. Efectos no monetarios: resistencia cultural en ciertos segmentos ante educación sexual y estrategias de reducción de daños; posible fricción social inicial por cambios en narrativas públicas sobre VIH/ITS/hepatitis. Impacto presupuestal: no directo; indirecto por reasignaciones presupuestales que el Estado realice para financiar la respuesta.	Impacto económico: reducción de pérdidas de productividad y de costos sociales asociados a enfermedad no controlada; menor gasto agregado por complicaciones prevenibles; externalidades positivas por menor transmisión comunitaria. Efectos no monetarios: mejora de salud pública y bienestar colectivo; reducción del estigma y discriminación; mayor seguridad sanitaria por vigilancia y respuesta más rápida; protección reforzada de datos y mejor cultura de confidencialidad en salud. Impacto presupuestal: beneficio indirecto por mayor eficiencia del gasto público en salud.

VIII. VINCULACIÓN DE LA NORMA PROPUESTA CON LA AGENDA LEGISLATIVA 2024/2025 ²⁵ Y EL ACUERDO NACIONAL ²⁶

AGENDA LEGISLATIVA DEL CONGRESO 2024-2025	
Política 13 -	Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.
Tema 46	Acceso, reforma, modernización y financiamiento en el sistema de salud.
Tema 49	Apoyo en la atención de enfermedades y lesiones.
Tema 52	Sobre los establecimientos de servicios de salud y acceso a medicamentos.
ACUERDO NACIONAL	
Política 11	Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.
Política 13	Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.



Firmado digitalmente por:
VENTURA ANGEL Hector Jose
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10/02/2026 23:38:25-0500



Firmado digitalmente por:
JIMENEZ HEREDIA David
Julio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/02/2026 11:58:22-0500



Firmado digitalmente por:
HUAMAN CORONADO Raul FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/02/2026 10:48:08-0500

David Julio Jiménez Heredia
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA



Firmado digitalmente por:
MOYANO DELGADO Martha
Lupe FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/02/2026 09:44:22-0500



Firmado digitalmente por:
REVILLA VILLANUEVA Cesar
Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/02/2026 14:35:41-0500



Firmado digitalmente por:
ALEGRIA GARCIA Luis
Arturo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/02/2026 15:08:57-0500

²⁵ Agenda Legislativa-del Congreso 2024-2025. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/congreso-aprueba-agenda-legislativa-para-el-periodo-anual-de-sesiones-20242025>

²⁶ Acuerdo Nacional tomado de <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado-politicas-de-estado-castellano/>



Firmado digitalmente por:
ZETA CHUNGA Cruz Maria
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/02/2026 15:30:22-0500