

PROYECTO DE LEY QUE AMPLIA LA EDAD DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO – VPH A FIN DE REDUCIR LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El Grupo Parlamentario **ALIANZA PARA EL PROGRESO** a iniciativa de la congresista **LADY MERCEDES CAMONES SORIANO**, en uso de las facultades conferidas por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y el inciso c) del Artículo 22°, 67°, 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY N.º 31883, LEY QUE PROMUEVE LA VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH), A FIN DE AMPLIAR LA COHORTE DE VACUNACIÓN HASTA LOS 26 AÑOS DE EDAD

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto modificar la Ley N.º 31883, Ley que promueve la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en la niñez y adolescencia, con la finalidad de ampliar la cohorte de vacunación siguiendo los parámetros y recomendaciones de organismos internacionales y los lineamientos del Ministerio de Salud.

Artículo 2. Modificación del artículo 3 de la Ley N.º 31883

Modifícase el artículo 3 de la Ley N.º 31883, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 3. Población objetivo de la vacunación contra el VPH

La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) está dirigida a niñas, niños, adolescentes y jóvenes de 9 a 26 años de edad, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud garantiza la gratuidad, disponibilidad y acceso equitativo a la vacuna contra el VPH en todos los establecimientos del sector público de salud, priorizando estrategias escolares, comunitarias y de rescate para alcanzar la cobertura universal."

Artículo 3. Adecuación normativa

El Ministerio de Salud (MINSa), en un plazo no mayor de noventa (90) días calendario contados desde la entrada en vigencia de la presente ley, adecuará la Norma Técnica

de Salud para la Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, así como otras disposiciones complementarias, a fin de incorporar la ampliación de la cohorte hasta los 26 años.

Artículo 4. Financiamiento

La implementación de la presente ley se financia con cargo al presupuesto institucional del Ministerio de Salud, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, pudiendo gestionarse cooperación técnica y financiera nacional o internacional, así como alianzas público-privadas orientadas al cumplimiento de sus objetivos.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. Implementación de campañas a cargo del sector Salud

El Ministerio de Salud, en coordinación con los gobiernos regionales, las Direcciones Regionales de Salud, instituciones educativas, universidades y entidades públicas y privadas, desarrollará campañas de información, sensibilización y vacunación dirigidas a la población de 18 a 26 años, con enfoque de equidad, derechos y salud pública.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS Y ANTECEDENTES

El cáncer de cuello uterino constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Perú y en la región de las Américas, tanto por su elevada incidencia como por su impacto social, económico y sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el virus del papiloma humano (VPH) es el factor causal necesario en aproximadamente el 95 % de los casos de cáncer de cuello uterino, así como en una proporción relevante de otros cánceres anogenitales y orofaríngeos que afectan a mujeres y hombres¹.

En el contexto nacional, el cáncer de cuello uterino se mantiene de manera persistente entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad oncológica en mujeres, especialmente en aquellas pertenecientes a sectores con menores niveles de acceso a servicios preventivos y de atención oportuna. Esta situación evidencia la necesidad de reforzar las políticas públicas de prevención primaria, particularmente aquellas orientadas a la inmunización contra el VPH.

La vacunación contra el VPH ha sido reconocida por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como una de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas para la prevención del cáncer. En ese marco, la Estrategia Global de la OMS para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino establece como meta alcanzar una cobertura elevada y sostenida de vacunación, promoviendo esquemas flexibles y estrategias de recuperación dirigidas a cohortes que no fueron vacunadas oportunamente.

La Ley N.º 31883, promulgada en el año 2023, representó un avance significativo al promover la vacunación contra el VPH en la niñez y adolescencia de 9 a 18 años e incorporó a los varones. No obstante, la experiencia de implementación ha puesto en evidencia una brecha estructural: una proporción importante de mujeres y hombres jóvenes, actualmente entre los 18 y 26 años de edad, no fue incorporada a los esquemas regulares de vacunación durante la etapa escolar, ya sea por limitaciones de cobertura, barreras geográficas, desinformación o restricciones normativas vigentes en años anteriores.

El presente proyecto de ley propone modificar la Ley N.º 31883, actualmente orientada al cierre de brechas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en niñez y adolescencia, con el fin de ampliar la cohorte de vacunación hasta los veintiséis (26) años de edad, manteniendo la rectoría técnica del sector

¹ [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

salud y alineando la política pública con recomendaciones internacionales basadas en evidencia.

La modificación legislativa se justifica en tres ideas centrales: la carga sanitaria del cáncer cervicouterino y otras enfermedades asociadas al VPH en el país; la existencia de una cohorte de jóvenes que, por razones históricas y operativas, no fue alcanzada por la vacunación en edad escolar; y la pertinencia de adoptar un umbral de edad que maximice el impacto poblacional y la costo-efectividad en un contexto de restricción presupuestaria.

Diagnóstico del problema público

La infección por VPH constituye un problema de salud pública por su vínculo con cánceres prevenibles y con lesiones premalignas que demandan diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La evidencia internacional coincide en que el VPH es una infección de transmisión sexual frecuente y que casi todos los casos de cáncer cervicouterino se originan por infección persistente con tipos oncogénicos del virus.

En Perú, el cáncer de cuello uterino sigue representando una carga relevante por incidencia y mortalidad. Según estimaciones internacionales consolidadas, en el año 2022 se reportaron 4 809 casos nuevos y 2 545 defunciones por cáncer cervicouterino en el país², magnitudes que reflejan no solo el impacto clínico sino también la presión sobre los servicios públicos de prevención, diagnóstico, tratamiento oncológico y cuidados posteriores.

Si bien la Ley N.º 31883 dispuso campañas nacionales para cerrar brechas y amplió el grupo etario beneficiario a niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años, persiste un tramo de jóvenes que no queda cubierto de manera explícita dentro del marco legal como población objetivo, pese a que el riesgo de adquirir nuevas infecciones por VPH se concentra precisamente desde la adolescencia hacia los primeros años de la adultez.

Fundamento científico y de salud pública

La vacunación contra el VPH es una intervención preventiva, con eficacia demostrada para evitar infecciones nuevas por tipos incluidos en la vacuna, así como para reducir la incidencia de lesiones precursoras del cáncer y otros desenlaces atribuibles al virus. Aun considerando que la vacunación ideal ocurre antes del inicio de la vida sexual, la evidencia técnica reconoce beneficio en “captación” o vacunación de rescate para quienes no fueron inmunizados

² <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>

oportunamente, especialmente en edades en las que la incidencia de infección continúa siendo significativa.

En términos de seguridad, la evaluación sistemática de la evidencia por instancias internacionales concluye que no se han identificado señales de riesgo que modifiquen las recomendaciones de uso de las vacunas contra el VPH. Este punto es particularmente relevante para políticas de ampliación de cohortes, pues la confianza pública en la seguridad de la vacuna constituye un determinante crítico para la aceptación y la cobertura efectiva.

Asimismo, desde una perspectiva de salud pública y equidad, la vacunación ofrece una vía de “prevención primaria” que reduce la probabilidad de llegar tarde—cuando la intervención ya no es preventiva sino terapéutica, más costosa y, con frecuencia, más desigual en el acceso. Esta lógica es consistente con la premisa de que prevenir cáncer es preferible a tratarlo, especialmente cuando existen brechas territoriales y socioeconómicas en el acceso a servicios especializados.

Recomendaciones internacionales pertinentes

La estrategia global de eliminación del cáncer de cuello uterino impulsada por la Organización Mundial de la Salud establece metas de cobertura de vacunación y de tamizaje como pilares para lograr la eliminación como problema de salud pública. Dentro de este marco, la vacunación contra el VPH constituye el primer componente preventivo, complementado por tamizaje y tratamiento oportunos.

En el plano técnico y programático, la Organización Panamericana de la Salud señala que la vacuna contra el VPH puede administrarse desde los 9 años y que la vacunación se recomienda para la población “hasta los 26 años”, sujeta a los calendarios y decisiones de cada país, reforzando la pertinencia del umbral etario que propone este proyecto de ley³.

De igual modo, el Centers for Disease Control and Prevention y su Advisory Committee on Immunization Practices recomiendan la vacunación de rescate hasta los 26 años para quienes no recibieron un esquema adecuado en edades tempranas⁴, reconociendo que la incidencia de infección por VPH es mayor en la adolescencia y los primeros años de adultez y que la vacunación previene infecciones nuevas, no enfermedades ya existentes.

Finalmente, la delimitación superior en veintiséis años responde también a criterios de eficiencia: diversos análisis de política comparada señalan que la vacunación en edades mayores tiende a ser mucho menos costo-efectiva que la vacunación rutinaria en adolescentes y la vacunación de rescate hasta los

³ <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-dosis-vacuna-contra-virus-papiloma-humano-vph-es-segura-eficaz-contra-cancer>

⁴ <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html>

veintiséis años, lo que sustenta que el umbral propuesto equilibra beneficio sanitario y responsabilidad fiscal.

Experiencias comparadas en América Latina y España

En América Latina se han observado avances y desafíos relevantes: la región ha priorizado estrategias escolares y campañas de captación, y la evidencia regional muestra que, aunque varios países implementan vacunación en edad escolar, la vacunación de rescate hasta edades de adultez joven ha estado disponible de manera limitada. Este antecedente es importante porque evidencia que “no ampliar” cohortes puede consolidar inequidades entre quienes tuvieron acceso oportuno (cohortes escolares) y quienes no lo tuvieron por razones generacionales o de implementación.

En paralelo, la región viene adaptando sus esquemas para acelerar coberturas ante restricciones operativas y de suministro. La propia OPS ha reportado que numerosos países han adoptado esquemas simplificados⁵ (por ejemplo, el enfoque de dosis única en determinados grupos), lo que sugiere que la ampliación de cohortes puede diseñarse de manera gradual y técnicamente sostenible si se prioriza la población objetivo, se asegura abastecimiento y se fortalece la entrega.

Por su parte, España ofrece una experiencia útil por dos razones. Primero, porque ha incorporado una vacunación sistemática a edad escolar para ambos sexos (en torno a los 12 años) a través de decisiones del sistema sanitario público.

Segundo, porque contempla estrategias diferenciadas de captación y vacunación en situaciones de riesgo con umbrales de edad que se aproximan a veinticinco o veintiséis años, lo que evidencia que la adultez joven es un tramo reconocido en política pública para acciones de rescate o focalización⁶.

Estas experiencias comparadas refuerzan una conclusión: mantener el énfasis en la vacunación temprana es indispensable, pero cerrar brechas generacionales en adolescencia tardía y adultez joven es igualmente relevante para maximizar impacto poblacional, evitar inequidades y sostener el objetivo de eliminación del cáncer cervicouterino.

Marco normativo nacional y competencias del Estado

El marco constitucional peruano reconoce el derecho a la protección de la salud y asigna al Estado la determinación de la política nacional de salud, así como la garantía de acceso a prestaciones de salud de acuerdo al artículo 7 de la

⁵ <https://www.paho.org/es/vacuna-contra-virus-papiloma-humano-vph>

⁶ https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_VPH_grupos_riesgo.pdf

Constitución Política, así como de adoptar medidas preventivas que reduzcan riesgos evitables para la vida y la integridad de las personas. Estos preceptos se traducen en un deber de adoptar medidas de prevención basadas en evidencia, especialmente frente a enfermedades prevenibles y de alto impacto.

En el nivel legal, la política de inmunizaciones se sustenta en disposiciones que declaran la naturaleza obligatoria de las actividades de vacunación para la salud pública y atribuyen al Estado—en particular al Ministerio de Salud—la responsabilidad de establecer la calendarización y vigilar su cumplimiento.

Bajo este marco, la Ley N.º 31883 estableció una intervención de cierre de brechas, ampliando beneficiarios a 9–18 años e incorporando la revisión anual del límite de edad, con referencia explícita a la estrategia global de eliminación del cáncer cervicouterino, incorporado taxativamente en el artículo 3 de la referida ley⁷.

De manera coherente, el país ya adoptó ajustes técnicos del esquema nacional para incluir a adolescentes hasta 18 años y precisó criterios operativos de programación y rescate, con fuente poblacional basada en registros administrativos como los del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil⁸.

Adicionalmente, el Estado ha venido actualizando insumos para elevar la protección. Un ejemplo es la incorporación de vacunas actualizadas en el esquema regular, incluyendo la transición hacia formulaciones de mayor cobertura antigénica, aspecto que muestra capacidad de adaptación normativa y técnica en función de la evidencia y del abastecimiento regional.

Contenido del proyecto y razonabilidad de las medidas

La propuesta legislativa se centra en una modificación puntual del artículo referido a la población objetivo, reemplazando el enfoque limitado a niñez y adolescencia por una definición que incluya también a jóvenes hasta los veintiséis años, siempre “conforme a los lineamientos técnicos” del sector salud. Esta redacción es razonable porque evita hacer rígidos por ley aspectos eminentemente técnicos (pauta y dosificación), y preserva el rol rector del ente competente para adecuar

⁷ **Artículo 3. Ampliación del grupo etario**

El Ministerio de Salud (Minsa), en su condición de ente rector del sector salud y autoridad nacional de salud, emite las disposiciones correspondientes para ampliar el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, considerando entre sus beneficiarios a las niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años de edad. El límite de edad de los grupos etarios será revisado y, de ser necesario, ampliado anualmente, de acuerdo a la evaluación que formule el Ministerio de Salud, con el objetivo de expandir los beneficios de la inmunización y procurar el cierre progresivo de brechas, en el marco de la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud para eliminar el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades relacionadas al virus del papiloma humano.

⁸ https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1140054-minsa-lanza-tablero-de-vacunacion-contra-el-vph?utm_source=chatgpt.com (Si bien el vínculo con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil no siempre aparece de forma explícita en notas de prensa, sí se desprende del enfoque operativo del sistema)

el esquema a la mejor evidencia disponible, incluyendo actualizaciones de la OMS y de instancias regionales.

En términos de implementación, la propuesta refuerza tres garantías que, de manera convergente, buscan convertir el “derecho” en un acceso real: gratuidad, disponibilidad y acceso equitativo en establecimientos públicos. Este énfasis es consistente con la orientación vigente de campañas masivas, estrategias escolares, comunitarias y de rescate promovidas por la Ley N.º 31883 y por la ejecución sectorial reciente.

Sostenibilidad fiscal y mecanismos de seguimiento

El proyecto propone que la implementación se financie con cargo al presupuesto institucional del sector, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, contemplando además cooperación técnica y financiera, y alianzas orientadas al cumplimiento de objetivos; esta decisión se alinea con el precedente normativo de la Ley N.º 31883, que ya autoriza acciones presupuestales dentro de competencias sin generar mayores demandas al Tesoro.

Desde un enfoque de sostenibilidad, la ampliación de cohortes debe ejecutarse sin debilitar la prioridad de la vacunación temprana. Para ello, la evidencia internacional permite diseñar esquemas por edad y optimizar dosis conforme a recomendaciones actualizadas, lo cual puede reducir costos de entrega y facilitar coberturas.

Al mismo tiempo, la ampliación hasta los veintiséis años mantiene coherencia con el criterio internacional según el cual la vacunación más allá de ese umbral ofrece rendimientos decrecientes y menor costo-efectividad relativa.

La cooperación internacional y los mecanismos regionales de compras aportan una vía realista para asegurar acceso sostenible. La OPS ha informado que la vacuna nonavalente puede ser provista a los países de las Américas a través de su Fondo Rotatorio, facilitando acceso más asequible y eficiente, y ofrece cooperación técnica para planificación y fortalecimiento de cadena de suministro.

Finalmente, el seguimiento y la rendición de cuentas ya cuentan con base legal: la Ley N.º 31883 dispone que el sector salud y educación informen anualmente al Parlamento sobre coberturas y brechas del esquema nacional, con énfasis en vacunación contra el VPH. En la medida en que el proyecto incorpora una nueva cohorte, dicha obligación de reporte debe reflejar explícitamente el avance en la población de jóvenes, permitiendo monitorear equidad territorial, aceptación social, continuidad de abastecimiento y resultados sanitarios.

La presente iniciativa, como se puede observar, se sustenta en un enfoque ético de prevención y equidad: i) amplía protección a una cohorte históricamente no

priorizada por el calendario escolar, ii) alinea la política nacional con recomendaciones regionales e internacionales, iii) mantiene flexibilidad técnica para la gestión sanitaria y iv) fortalece la capacidad del Estado para reducir, de manera progresiva, la carga de cánceres prevenibles asociados al VPH.

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

La propuesta legislativa se inserta de manera armónica en el ordenamiento jurídico nacional y no genera incompatibilidades con la normativa vigente. Por el contrario, fortalece el marco legal en materia de prevención del cáncer y control de enfermedades transmisibles.

La modificación del artículo 3 de la Ley N.º 31883 resulta coherente con la Ley General de Salud, el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer y el Plan Nacional para la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, los cuales reconocen la necesidad de actualizar permanentemente las intervenciones sanitarias conforme a la evidencia científica.

La vigencia de la norma permitirá al Ministerio de Salud adecuar sus normas técnicas y lineamientos operativos, incorporando a la población joven adulta dentro de la estrategia nacional de vacunación contra el VPH, sin alterar la estructura institucional ni las competencias de los distintos niveles de gobierno.

III. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

Desde la perspectiva económica y fiscal, la ampliación de la cohorte de vacunación contra el VPH constituye una intervención altamente costo-efectiva. La OPS ha señalado que la inversión en vacunación permite reducir significativamente los costos asociados al tratamiento de lesiones precancerosas, cáncer invasor, cuidados paliativos y pérdida de productividad laboral.

Si bien la ampliación de la población objetivo implica un esfuerzo adicional de planificación y adquisición progresiva de vacunas, que el sector Salud lo puede realizar con sus propios recursos, dichos costos resultan sustancialmente menores frente al gasto público que demanda la atención oncológica especializada. En ese sentido, la medida genera beneficios económicos netos para el Estado en el mediano y largo plazo.

La implementación de la ley no demanda recursos adicionales al Tesoro Público, en tanto se financia con cargo al presupuesto institucional del Ministerio de Salud.

IV. VINCULACIÓN CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL Y LA

AGENDA LEGISLATIVA

La iniciativa se encuentra plenamente alineada con la Política de Estado del Acuerdo Nacional N.º 13: *Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social*, al fortalecer la prevención y el acceso equitativo a intervenciones sanitarias esenciales.

Asimismo, la propuesta se encuentra alineada a la agenda legislativa del Congreso de la República, aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso N.º 006-2024-2025-CR, específicamente con la Política de Estado N.º 13: *Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social* y con los Temas y Proyectos de Ley 48. APOYO A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS y 52. SOBRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD Y ACCESO A MEDICAMENTOS.

Lima, marzo de 2026

