CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00678-2026-2031-CD
RU 51445-CD
27 OCTUBRE 2026 10:14 a. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE MODIFICA LA LEY 31883 PARA AMPLIAR PROGRESIVAMENTE HASTA LOS 26 AÑOS LA VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y FORTALECER LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Los diputados de la República **MIGUEL FÉLIX HUAMÁN CORNEJO** y **ROMINA ALEJANDRA URIBE SÁENZ**, integrantes del **Grupo Parlamentario Buen Gobierno**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa reconocido por la Constitución Política del Perú y de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables, presentan el siguiente proyecto de ley:

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República;

Ha dado la ley siguiente:

LEY QUE MODIFICA LA LEY 31883 PARA AMPLIAR PROGRESIVAMENTE HASTA LOS 26 AÑOS LA VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y FORTALECER LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Artículo 1. Objeto y finalidad de la Ley

La presente ley tiene por objeto modificar el título y los artículos 1, 2, 3, 4 y 5 de la Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia; incorporar los artículos 6 y 7; y modificar su Disposición Complementaria Final Única, con la finalidad de ampliar progresivamente hasta los 26 años de edad la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para mujeres y varones que no hayan iniciado o completado el esquema de vacunación correspondiente, así como fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la actualización tecnológica de la inmunización, la ampliación progresiva del acceso al tamizaje molecular del VPH de alto riesgo, la modalidad de autotoma de muestras y la continuidad de la atención de las personas con resultados positivos, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

Artículo 2. Modificación del título de la Ley 31883

Modifíquese el título de la Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, en los siguientes términos:

"LEY QUE PROMUEVE LA VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y FORTALECE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO"

Artículo 3. Modificación de los artículos 1, 2, 3, 4 y 5 de la Ley 31883

Modifíquense los artículos 1, 2, 3, 4 y 5 de la Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, en los siguientes términos:

"Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto ampliar progresivamente hasta los 26 años de edad la cobertura de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para mujeres y varones que no hayan iniciado o completado el esquema de vacunación correspondiente, así como fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la actualización tecnológica de la inmunización, la ampliación progresiva del acceso al tamizaje molecular del VPH de alto riesgo, la modalidad de autotoma de muestras y la continuidad de la atención de las personas con resultados positivos, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

Artículo 2. Acciones para el cierre de brechas de vacunación

2.1. El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, los gobiernos regionales, los gobiernos locales y las demás entidades competentes, desarrolla acciones permanentes para cerrar las brechas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano.

2.2. Las acciones de vacunación se desarrollan en los establecimientos de salud y pueden ejecutarse en instituciones educativas públicas y privadas, escuelas de educación superior, institutos, universidades, espacios comunitarios, centros laborales y otros lugares que permitan acercar la vacunación a la población objetivo, de acuerdo con los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

2.3. Para alcanzar a las personas que no fueron vacunadas oportunamente, se implementan campañas de recuperación y estrategias escolares, comunitarias, territoriales y laborales, con especial atención a las zonas rurales, periurbanas, fronterizas, indígenas y de difícil acceso geográfico, así como a los ámbitos que presenten menores coberturas de vacunación.

2.4. Las acciones previstas en el presente artículo se desarrollan respetando la autonomía universitaria, las competencias de las entidades participantes y la disponibilidad de su infraestructura existente, sin generarles obligaciones presupuestarias adicionales.

Artículo 3. Población objetivo y actualización tecnológica de la vacunación contra el VPH

3.1. La vacunación contra el Virus del Papiloma Humano es gratuita para las mujeres y varones de 9 a 18 años que no hayan iniciado o completado el esquema de vacunación correspondiente, así como para las cohortes de personas de 19 a 26 años que sean incorporadas progresivamente mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente a cada año fiscal, siempre que se encuentren identificados los créditos presupuestarios autorizados para dicha finalidad.

La vacunación se realiza de conformidad con los esquemas, criterios técnicos y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud.

3.2. La incorporación de las cohortes de personas de 19 a 26 años se determina previa evaluación epidemiológica y de tecnologías sanitarias, considerando la disponibilidad de vacunas, la programación física y financiera, la capacidad operativa del sector salud y la sostenibilidad de la intervención.

3.3. El límite superior de edad de la población beneficiaria es evaluado anualmente por el Ministerio de Salud y puede ser ampliado de acuerdo con la evidencia científica disponible, la evaluación epidemiológica y de tecnologías sanitarias y las condiciones de sostenibilidad de la intervención, con el objetivo de expandir progresivamente los beneficios de la inmunización y contribuir al cierre de brechas, en el marco de la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud para la eliminación del cáncer de cuello uterino.

3.4. Sin perjuicio de lo dispuesto en los numerales precedentes, el Ministerio de Salud puede establecer esquemas de vacunación para personas mayores de 26 años pertenecientes a grupos de riesgo o que presenten condiciones médicas que justifiquen la inmunización, conforme a la evidencia científica y a los lineamientos técnicos correspondientes.

3.5. El Ministerio de Salud, en su condición de ente rector del sector salud y autoridad nacional de salud, adopta las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad y el acceso equitativo a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano.

En el marco de la actualización tecnológica y la mejora continua de la protección sanitaria, prioriza progresivamente la utilización de vacunas con mayor cobertura genotípica, de acuerdo con la evidencia científica disponible, la evaluación de tecnologías sanitarias, el registro sanitario correspondiente, la situación epidemiológica, la disponibilidad para su adquisición y la programación presupuestaria.

3.6. Para el cierre progresivo de las brechas de vacunación, el Ministerio de Salud desarrolla estrategias escolares, comunitarias, territoriales y laborales, campañas de recuperación e intervenciones articuladas con instituciones de educación básica y superior, gobiernos regionales, gobiernos locales y las demás entidades competentes, priorizando a las personas que no fueron vacunadas oportunamente.

Artículo 4. Informe anual al Congreso de la República

4.1. El Ministerio de Salud presenta anualmente a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, hasta el último día hábil del mes de octubre, un informe sobre el cumplimiento de la presente ley y el estado de las coberturas y brechas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano.

4.2. El informe contiene, como mínimo:

a) *La población objetivo y el número de personas vacunadas, desagregados por grupo etario, sexo, departamento, provincia y distrito.*
b) *Las coberturas alcanzadas y las brechas pendientes de vacunación.*
c) *Las cohortes de personas de 19 a 26 años incorporadas durante el año fiscal y los criterios técnicos utilizados para su priorización.*
d) *Las dosis adquiridas, recibidas, distribuidas y aplicadas, así como la disponibilidad existente y los riesgos de desabastecimiento.*
e) *Las características tecnológicas de las vacunas utilizadas y las evaluaciones realizadas para su actualización.*
f) *Las estrategias escolares, comunitarias, territoriales y laborales y las campañas de recuperación implementadas.*
g) *La ejecución física y presupuestaria correspondiente a las acciones reguladas por la presente ley.*
h) *Los resultados, dificultades identificadas y medidas adoptadas para el cierre de brechas.*

4.3. El Ministerio de Salud informa adicionalmente sobre la cobertura nacional y territorial del tamizaje para la detección del VPH de alto riesgo, incluida la detección molecular y la modalidad de autotoma de muestras, así como sobre el seguimiento de los resultados positivos, la confirmación diagnóstica, el acceso al tratamiento y la continuidad de la atención correspondiente.

4.4. El informe y sus anexos se publican en formatos abiertos y reutilizables en la sede digital del Ministerio de Salud, respetando la legislación sobre protección de datos personales y el secreto de la información clínica.

Artículo 5. Financiamiento

La implementación de la presente ley se financia con cargo a los créditos presupuestarios autorizados al Ministerio de Salud, a los gobiernos regionales y a las demás entidades competentes, conforme a sus respectivas competencias, en el marco del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, y de las leyes anuales de presupuesto del sector público, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Las modificaciones presupuestarias que resulten necesarias se efectúan con sujeción a las reglas, límites y procedimientos establecidos por el Sistema Nacional de Presupuesto Público y por la ley anual de presupuesto correspondiente.

La presente ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias."

Artículo 4. Incorporación de los artículos 6 y 7 a la Ley 31883

Incorpórense los artículos 6 y 7 a la Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, en los siguientes términos:

"Artículo 6. Tamizaje para la detección del VPH de alto riesgo y autotoma de muestras

6.1. El Ministerio de Salud fortalece y amplía progresivamente el acceso al tamizaje para la detección del Virus del Papiloma Humano de alto riesgo, incluyendo pruebas moleculares de alto desempeño, conforme a los criterios etarios, epidemiológicos, clínicos, de periodicidad y demás disposiciones establecidas por la autoridad nacional de salud.

6.2. La ampliación del tamizaje prioriza a las personas comprendidas en los grupos etarios definidos por la autoridad sanitaria que enfrenten barreras geográficas, económicas, culturales o sociales para acceder oportunamente a los servicios de prevención del cáncer de cuello uterino.

6.3. El Ministerio de Salud implementa progresivamente la modalidad de autotoma de muestras para la detección molecular del VPH cuando corresponda técnicamente, con especial atención a los establecimientos del primer nivel de atención, las zonas rurales, periurbanas y de difícil acceso geográfico y las poblaciones que enfrenten barreras para acceder al tamizaje convencional.

6.4. La autotoma de muestras se realiza con información y orientación adecuadas y conforme a los protocolos técnicos, sanitarios y de seguridad, trazabilidad de las muestras, protección de datos personales y control de calidad establecidos por el Ministerio de Salud.

6.5. Todo resultado positivo obtenido mediante tamizaje da lugar a la incorporación de la persona usuaria a la ruta de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento oportuno, conforme a las disposiciones técnicas nacionales y a la organización de los servicios de salud.

6.6. El Ministerio de Salud establece los mecanismos de referencia, contrarreferencia, seguimiento y recuperación de las personas con resultados positivos, procurando evitar la pérdida de continuidad entre el tamizaje, la confirmación diagnóstica y el tratamiento.

6.7. La implementación del presente artículo no excluye las demás modalidades de tamizaje reconocidas por la autoridad nacional de salud. Su aplicación se determina de acuerdo con la evidencia científica, las condiciones clínicas, la capacidad operativa y los lineamientos técnicos vigentes.

6.8. La ampliación del tamizaje molecular, la modalidad de autotoma de muestras y las rutas de atención se ejecutan progresivamente con cargo a los créditos presupuestarios autorizados de las entidades competentes, sin generar por sí mismas habilitaciones presupuestarias ni demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 7. Articulación institucional, interoperabilidad y protección de la información

7.1. El Ministerio de Salud coordina con el Ministerio de Educación, los gobiernos regionales, los gobiernos locales y las demás entidades competentes la implementación

de estrategias de información, sensibilización, captación, vacunación, tamizaje y continuidad de la atención relacionada con el Virus del Papiloma Humano.

7.2. Las instituciones educativas públicas y privadas, las escuelas de educación superior, los institutos y las universidades, dentro del ámbito de sus competencias y, en el caso de estas últimas, con respeto de su autonomía, facilitan el desarrollo de acciones de información y jornadas de vacunación dirigidas especialmente a la población comprendida entre los 19 y 26 años, utilizando su infraestructura existente y sin que ello genere obligaciones presupuestarias adicionales para dichas entidades.

7.3. El registro de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y de las acciones de tamizaje, seguimiento y atención asociadas se efectúa mediante los sistemas nacionales de información sanitaria existentes.

7.4. El Ministerio de Salud adopta las medidas necesarias para asegurar la interoperabilidad de la información con el HIS-MINSA, el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y los demás sistemas que resulten aplicables, evitando la duplicidad de registros y plataformas.

7.5. El tratamiento e intercambio de la información se realiza de conformidad con la legislación sobre protección de datos personales, gobierno y transformación digital, historia clínica electrónica y seguridad digital, garantizando su confidencialidad, integridad, disponibilidad y seguridad.

El tratamiento de datos de niñas, niños y adolescentes se realiza respetando su interés superior, autonomía progresiva y las reglas sobre representación y consentimiento aplicables, sin impedir los tratamientos de información autorizados por la legislación para la prestación de servicios de salud, la protección de la salud pública y la vigilancia epidemiológica.

7.6. La información registrada no puede utilizarse para discriminar, restringir derechos o condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza."

Artículo 5. Modificación de la Disposición Complementaria Final Única de la Ley 31883

Modifíquese la Disposición Complementaria Final Única de la Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, en los siguientes términos:

"DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano

El Ministerio de Salud aprueba o actualiza, mediante resolución ministerial y hasta el 31 de octubre de cada año, el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente al año fiscal siguiente.

El Plan Nacional contiene, como mínimo:

a) *La estimación de la población objetivo pendiente de vacunación, desagregada por grupo etario, sexo y ámbito territorial.*
b) *Las metas nacionales y territoriales de vacunación y cierre de brechas.*
c) *Las cohortes de personas de 19 a 26 años que son incorporadas durante el año fiscal correspondiente y los criterios técnicos utilizados para su priorización.*
d) *El número estimado de dosis requeridas y la programación de su adquisición, recepción, distribución y aplicación.*
e) *La programación física y financiera necesaria para el cumplimiento de las metas establecidas, incluyendo el costo estimado por cohorte incorporada.*
f) *La identificación de los créditos presupuestarios y fuentes de financiamiento que sustentan la intervención, conforme al artículo 5 de la presente ley y a las normas del Sistema Nacional de Presupuesto Público.*
g) *Una proyección multianual referencial para la incorporación progresiva de las cohortes pendientes de la población de 19 a 26 años.*
h) *Las estrategias escolares, comunitarias, territoriales y laborales, así como las campañas de recuperación dirigidas a las personas que no fueron vacunadas oportunamente.*
i) *Las medidas para asegurar la disponibilidad de vacunas, la continuidad de la cadena de frío y la respuesta frente a riesgos de desabastecimiento.*
j) *Las acciones de actualización tecnológica sustentadas en la evaluación de tecnologías sanitarias y en criterios de seguridad, efectividad, costo-efectividad y sostenibilidad presupuestaria.*
k) *Los indicadores de cobertura, brechas, ejecución física, ejecución presupuestaria, abastecimiento y resultados.*
l) *Las entidades responsables y los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación.*

La incorporación de la población de 19 a 26 años se programa sin menoscabar la cobertura prioritaria de la población de 9 a 18 años prevista en el Esquema Nacional de Inmunizaciones.

El Plan Nacional y sus modificaciones se publican en la sede digital del Ministerio de Salud. Las modificaciones efectuadas durante el año fiscal deben indicar su sustento técnico, presupuestario y operativo.

El Plan Nacional se formula conforme a la evidencia científica disponible y en concordancia con la estrategia global para la eliminación del cáncer de cuello uterino impulsada por la Organización Mundial de la Salud."

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Adecuación normativa e instrumentos de implementación

El Ministerio de Salud, en un plazo no mayor de noventa días calendario contado desde la entrada en vigor de la presente ley, adecúa, en lo que corresponda, la Norma Técnica de Salud N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones; la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino; y las demás disposiciones técnico-normativas necesarias para la aplicación de la presente ley.

En un plazo no mayor de ciento ochenta días calendario contado desde la entrada en vigor de la presente ley, el Ministerio de Salud aprueba o adecúa los instrumentos operativos necesarios para:

a) La incorporación progresiva, por cohortes, de la población de 19 a 26 años.
b) La ampliación progresiva del tamizaje molecular del Virus del Papiloma Humano y de la modalidad de autotoma de muestras.
c) La implementación de las rutas de atención, seguimiento, confirmación diagnóstica y tratamiento de las personas con resultados positivos.
d) La interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria prevista en la presente ley.
e) La coordinación con las instituciones educativas, los gobiernos regionales, los gobiernos locales y las demás entidades competentes.

Por única vez, el primer Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano adecuado a la presente ley se aprueba o actualiza dentro de los ciento veinte días calendario siguientes a su entrada en vigor. La incorporación efectiva de las cohortes de 19 a 26 años se realiza a partir del año fiscal que cuente con los créditos presupuestarios autorizados para dicha finalidad.

El Ministerio de Salud informa sobre el cumplimiento de los plazos y medidas establecidos en la presente disposición en el informe anual previsto en el artículo 4 de la Ley 31883.

SEGUNDA. Financiamiento e implementación progresiva

La implementación de la presente ley se financia con cargo a los créditos presupuestarios autorizados al Ministerio de Salud, a los gobiernos regionales y a las demás entidades competentes, conforme al artículo 5 de la Ley 31883, al Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, y a las leyes anuales de presupuesto del sector público, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

La incorporación de cada cohorte de la población de 19 a 26 años está condicionada a que el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente al año fiscal identifique expresamente:

a) La población que será incorporada.
b) El número estimado de dosis requeridas.
c) El costo de la intervención.
d) Los créditos presupuestarios autorizados y la fuente de financiamiento correspondiente.
e) La capacidad operativa necesaria para su implementación.

La aprobación de la presente ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias. Las modificaciones presupuestarias que resulten necesarias son aprobadas por las entidades competentes, con sujeción a las reglas, límites y procedimientos del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

La actualización tecnológica de las vacunas, la ampliación territorial del tamizaje molecular, la implementación de la modalidad de autotoma y las adecuaciones de los sistemas de información se ejecutan progresivamente, conforme a la programación sanitaria, la disponibilidad presupuestaria y la capacidad operativa del sector salud.

La ausencia de créditos presupuestarios suficientes impide la incorporación de nuevas cohortes durante el año fiscal correspondiente, sin afectar la continuidad de las coberturas, esquemas e intervenciones sanitarias previamente implementados.

MIGUEL FÉLIX HUAMÁN CORNEJO
Diputado de la República
Congreso de la República

ROMINA ALEJANDRA URIBE SÁENZ
Diputada de la República
Congreso de la República

NERY FERNANDEZ NINO
VOCERO

JUAN CARLOS FERNANDEZ

EDGAR GONZALES

ROSSANA ALAYZA

FERNANDO GARCIA

NATHALY MOLINA SOTO

LUIS OVISPE CANDIA

Gloria Hirache

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PROBLEMA PÚBLICO Y EVIDENCIA QUE SUSTENTA LA INTERVENCIÓN LEGISLATIVA

1.1. El Virus del Papiloma Humano y la carga del cáncer de cuello uterino

El Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye uno de los principales agentes infecciosos asociados al desarrollo de cánceres prevenibles. La Organización Mundial de la Salud señala que prácticamente todos los casos de cáncer de cuello uterino son causados por la infección por tipos oncogénicos del VPH y estima que alrededor del 95 % de estos casos se deben a una infección persistente por dicho virus. Asimismo, reconoce que la vacunación contra el VPH, el tamizaje periódico mediante pruebas de alta sensibilidad y validez clínica y el tratamiento oportuno constituyen intervenciones fundamentales para prevenir la enfermedad y reducir su mortalidad. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", ficha técnica actualizada el 3 de julio de 2026, apartados "Causas", "Prevención" y "Cribado del cáncer de cuello uterino y tratamiento de las lesiones precancerosas").

La infección por VPH es de transmisión sexual y puede afectar la piel, la región genital, la región anal y la garganta. La mayoría de las personas sexualmente activas contraen el virus en algún momento de su vida y, aunque en gran parte de los casos el sistema inmunitario logra eliminarlo espontáneamente, la persistencia de determinados tipos oncogénicos puede generar alteraciones celulares que evolucionen progresivamente hacia lesiones precancerosas y cáncer. La Organización Mundial de la Salud advierte que, en ausencia de tratamiento, la progresión de células anormales hacia cáncer puede tomar aproximadamente entre 15 y 20 años, plazo que puede reducirse a entre 5 y 10 años en personas cuyo sistema inmunitario se encuentra debilitado. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026, apartado "Causas").

La magnitud del problema continúa siendo significativa en el Perú. Según las estimaciones GLOBOCAN 2024, elaboradas por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, durante 2024 se estimaron en el país 4 814 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 2 405 defunciones por esta causa. El cáncer de cuello uterino representó el 11,4 % de los nuevos casos de cáncer diagnosticados en mujeres y ocupó el segundo lugar entre las neoplasias femeninas más frecuentes, después del cáncer de mama. Asimismo, considerando ambos sexos, representó 4 814 de los 77 485 nuevos casos estimados de cáncer en el país, mientras que su prevalencia a cinco años fue estimada en 16 069 casos. (Fuente: International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory, "GLOBOCAN 2024: Peru Fact Sheet", actualización de julio de 2026; Ervik M., Laversanne M., Lam F., Colombet M., Ferlay J., Filho A.M. y Bray F., Global Cancer Observatory: Cancer Today, 2024 estimates, versión 1.0, Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2026).

La información oficial del Ministerio de Salud permite dimensionar el mismo problema desde una perspectiva cotidiana: en el Perú, cada día aproximadamente 13 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y 7 fallecen a causa de esta enfermedad. El propio Ministerio de Salud califica al cáncer de cuello uterino como una enfermedad prevenible y destaca la vacunación contra el VPH y el tamizaje como instrumentos centrales de prevención. (Fuente: Ministerio de Salud, "¿Qué es el cáncer de cuello uterino?", orientación oficial actualizada el 6 de marzo de 2026).

La problemática sanitaria no se limita al cáncer de cuello uterino. Los tipos de VPH de alto riesgo están relacionados también con cánceres de ano, vulva, vagina, pene y orofaringe. La Organización Panamericana de la Salud identifica, entre los VPH considerados de alto riesgo, los genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59, y señala que los tipos 16 y 18 explican aproximadamente el 70 % de los casos de cáncer de cuello uterino; si se incorporan los tipos 31, 33, 45, 52 y 58, los siete genotipos explican alrededor del 90 % de dichos cánceres. (Fuente: Organización Panamericana de la Salud, "Vacuna contra el virus del papiloma humano [VPH]", apartado "¿Qué tipos de VPH existen y qué causan?", información institucional vigente en 2026).

Esta dimensión justifica que las políticas de inmunización no se conciban exclusivamente como una intervención dirigida a las mujeres. La Organización Mundial de la Salud señala que diversos países han incorporado la vacunación de varones con el propósito adicional de disminuir la circulación comunitaria del VPH y prevenir los cánceres asociados al virus que afectan a la población masculina. En consecuencia, la vacunación contra el VPH constituye una intervención que protege a mujeres y varones y produce efectos individuales y poblacionales mediante la reducción de nuevas infecciones, lesiones precancerosas y cánceres asociados al virus. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026, apartado "Vacunación contra el VPH y otras medidas de prevención").

1.2. Evolución de la política de vacunación contra el VPH en el Perú

La Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, publicada el 30 de septiembre de 2023, significó un avance relevante en la política nacional de inmunización. La norma estableció como objeto ampliar la cobertura de vacunación contra el VPH mediante campañas nacionales orientadas al cierre de brechas y dispuso la realización de campañas masivas y periódicas, con especial incidencia en zonas rurales y en territorios con mayor incidencia de cáncer provocado por el VPH. Asimismo, estableció que las vacunas pueden aplicarse en establecimientos de salud e instituciones educativas públicos y privados e, incluso, cuando resulte necesario, en las viviendas. (Fuente: Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano [VPH] en la niñez y adolescencia, artículos 1 y 2, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30 de septiembre de 2023).

El artículo 3 de la Ley 31883 amplió expresamente el grupo beneficiario a niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años. Sin embargo, el propio legislador no concibió dicho límite como definitivo: estableció que el límite etario debe ser revisado anualmente y puede

ser ampliado de acuerdo con la evaluación realizada por el Ministerio de Salud, con el objetivo de extender los beneficios de la inmunización y procurar el cierre progresivo de brechas. La misma disposición vincula dicha evaluación con la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud para eliminar el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH. (Fuente: Ley 31883, artículo 3, "Ampliación del grupo etario").

La ampliación legal tuvo posteriormente aplicación reglamentaria. Mediante la Resolución Ministerial N.° 218-2024-MINSA, el Ministerio de Salud modificó la entonces vigente NTS N.° 196-MINSA/DGIESP-2022 y el Documento Técnico "Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para el Año Fiscal 2024", con la finalidad expresa de extender progresivamente la edad de vacunación hasta los 18 años, en cumplimiento de la Ley 31883. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 218-2024-MINSA, publicada el 29 de marzo de 2024).

Actualmente se encuentra vigente la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones, aprobada mediante Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA, de fecha 13 de junio de 2026. La información oficial del Ministerio de Salud correspondiente a 2026 mantiene como regla general la aplicación gratuita de una dosis de la vacuna contra el VPH para niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años que no hayan sido vacunados previamente, sin perjuicio de los esquemas especiales aplicables a determinados grupos inmunocomprometidos. (Fuentes: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA, de 13 de junio de 2026, que aprueba la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones; Ministerio de Salud, "¿Qué es el Virus del Papiloma Humano [VPH]? Vacunación contra el VPH", actualización del 31 de julio de 2026).

Existe, por consiguiente, una diferencia objetiva entre el ámbito actual de la política general de vacunación, que comprende hasta los 18 años, y la población adulta joven comprendida entre los 19 y 26 años que no fue vacunada oportunamente o no completó el esquema que le correspondía.

1.3. Brecha de vacunación entre los 19 y 26 años y justificación del límite etario propuesto

La existencia de una población comprendida entre los 19 y 26 años que no forma parte de la cobertura general de vacunación debe analizarse teniendo en cuenta la evolución histórica de la política de inmunizaciones. Las personas que actualmente integran dicho rango etario atravesaron su etapa escolar bajo esquemas de vacunación diferentes de los actuales. Parte de esa población no fue alcanzada oportunamente por las campañas escolares o permaneció fuera de ellas debido a las edades objetivo entonces vigentes, brechas de cobertura, barreras territoriales, dificultades operativas o falta de acceso oportuno.

La iniciativa busca establecer una estrategia de recuperación de personas no vacunadas o que no completaron el esquema correspondiente, y no reemplazar la vacunación

temprana como principal intervención preventiva. El reconocimiento legal del rango comprendido entre los 19 y 26 años tampoco significa que todas las edades deban incorporarse simultáneamente desde la entrada en vigor de la ley. La incorporación se realizará progresivamente por cohortes, mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente a cada año fiscal y siempre que se encuentren identificados los créditos presupuestarios autorizados, el número de dosis requerido, el costo de la intervención y la capacidad operativa necesaria.

El límite superior de 26 años posee respaldo técnico en políticas de vacunación de recuperación empleadas internacionalmente. Sin embargo, la evidencia sanitaria también demuestra que la vacuna alcanza su mayor eficacia cuando es administrada en edades tempranas, preferentemente antes del inicio de la vida sexual. Por ello, la ampliación hasta los 26 años no supone modificar la prioridad sanitaria de las edades tempranas, sino complementar dicha política mediante la recuperación progresiva de quienes no fueron vacunados oportunamente. (Fuentes: Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026, apartado "Vacunación contra el VPH y otras medidas de prevención"; Organización Panamericana de la Salud, "Vacuna contra el virus del papiloma humano [VPH]", información institucional vigente en 2026).

Esta diferenciación resulta determinante para el diseño legislativo. El proyecto mantiene la vacunación gratuita y prioritaria de la población de 9 a 18 años comprendida en el Esquema Nacional de Inmunizaciones y dispone que la incorporación del tramo de 19 a 26 años se produzca progresivamente, conforme a criterios epidemiológicos, evaluación de tecnologías sanitarias, disponibilidad de vacunas, programación física y financiera, capacidad operativa y sostenibilidad presupuestaria.

De esta manera, la ley reconoce un nuevo ámbito progresivo de protección, pero evita establecer una ejecución presupuestaria inmediata e indiferenciada que pueda afectar el abastecimiento o las coberturas correspondientes a las cohortes de menor edad. La ausencia de créditos presupuestarios suficientes impedirá la incorporación de nuevas cohortes durante el año fiscal correspondiente, sin afectar la continuidad de las coberturas, esquemas e intervenciones sanitarias previamente implementados.

La propuesta conserva, además, la competencia del Ministerio de Salud para evaluar anualmente el límite superior de edad y establecer esquemas para personas mayores de 26 años que pertenezcan a grupos de riesgo o presenten condiciones médicas que justifiquen su inmunización. Con ello, la ley adopta los 26 años como límite general de la ampliación progresiva, pero mantiene la flexibilidad técnica necesaria para atender poblaciones especiales.

1.4. La vacunación como parte de una estrategia integral de eliminación del cáncer de cuello uterino

La vacunación constituye una intervención de prevención primaria, pero no resulta suficiente por sí sola para lograr la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. La Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la

Salud para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino establece una intervención sustentada en tres componentes complementarios: vacunación, tamizaje y tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud ha fijado para el año 2030 las denominadas metas 90-70-90: vacunar plenamente contra el VPH al 90 % de las niñas antes de los 15 años; realizar pruebas de detección de alta sensibilidad y validez clínica al 70 % de las mujeres antes de los 35 años y nuevamente antes de los 45 años; y tratar adecuadamente al 90 % de las mujeres con lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública", publicada el 17 de noviembre de 2020, ISBN 978-92-4-003912-4; Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026).

La importancia de abordar simultáneamente los tres pilares responde a la naturaleza de la enfermedad. La vacunación reduce el riesgo de nuevas infecciones por los tipos de VPH comprendidos en las vacunas; el tamizaje identifica infecciones de alto riesgo y lesiones precancerosas en personas que ya han estado expuestas; y el seguimiento y tratamiento oportunos permiten impedir la progresión de las lesiones o intervenir tempranamente ante un cáncer invasivo.

La Organización Mundial de la Salud ha advertido que el máximo impacto sanitario requiere implementar de forma simultánea y a escala los tres componentes de la estrategia. En coherencia con dicha orientación, el proyecto no se limita a modificar el rango etario de vacunación, sino que articula la ampliación progresiva de la inmunización con el fortalecimiento del tamizaje, la continuidad de la atención y el tratamiento oportuno. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública", 2020, capítulos relativos a la estrategia de eliminación y las metas 90-70-90).

1.5. El tamizaje molecular como parte de una política sanitaria existente en el Perú

La propuesta legislativa no crea desde cero la detección molecular del VPH. Mediante Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA, de fecha 18 de julio de 2025, el Ministerio de Salud aprobó la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino, que regula medidas de prevención primaria y secundaria y sustituyó la normativa precedente del año 2019. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA, de 18 de julio de 2025).

Dentro de la prevención secundaria, la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025 reconoce tres modalidades de tamizaje: la detección molecular del Virus del Papiloma Humano, la inspección visual con ácido acético y la citología cervicouterina o Papanicolaou. Asimismo, regula el manejo de lesiones premalignas y contiene flujogramas específicos para la atención y seguimiento de resultados positivos obtenidos mediante detección molecular. (Fuente: Ministerio de Salud, "Minsa aprobó directiva sanitaria para fortalecer acciones de prevención del cáncer de cuello uterino",

nota institucional del 27 de julio de 2025, referida a la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025).

El ámbito de aplicación de dicha Directiva comprende los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y la sanidad de la Policía Nacional del Perú. Por tanto, el proyecto no pretende introducir una intervención ajena al sistema sanitario, sino elevar a nivel legal objetivos de expansión progresiva, continuidad de la atención, seguimiento y rendición de cuentas respecto de una política que ya cuenta con desarrollo técnico. (Fuente: Ministerio de Salud, Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, aprobada mediante Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA).

El Ministerio de Salud ha informado que las modalidades utilizadas comprenden la citología cervicouterina, la detección molecular del VPH y la inspección visual con ácido acético. La información institucional también establece que la citología cervicouterina se aplica principalmente a mujeres de 25 a 29 años, mientras que la detección molecular del VPH se dirige a mujeres de 30 a 49 años, sin perjuicio de los criterios particulares previstos por la normativa sanitaria. (Fuentes: Ministerio de Salud, "Campaña Nacional de Prevención del Cáncer", información institucional vigente en 2026; Ministerio de Salud, "Establecimientos de salud para tamizaje de cáncer de cuello uterino-VPH a nivel nacional", actualización del 31 de enero de 2026).

Los resultados positivos requieren evaluación complementaria y, según corresponda, triaje, colposcopía, biopsia, tratamiento de lesiones premalignas o atención especializada frente a un cáncer invasivo. Por tanto, la detección molecular debe formar parte de una ruta asistencial y no puede concebirse como una prestación aislada.

La iniciativa no declara a la prueba molecular como único método de tamizaje ni elimina los procedimientos reconocidos por la autoridad sanitaria. El articulado emplea deliberadamente la expresión "pruebas moleculares de alto desempeño" y mantiene en el Ministerio de Salud la determinación de edades, periodicidad, criterios epidemiológicos y clínicos y demás condiciones técnicas de utilización. Esta fórmula evita petrificar una tecnología concreta y preserva la rectoría técnica de la autoridad nacional de salud.

1.6. La autotoma de muestras como instrumento para reducir barreras de acceso

La modalidad de autotoma no constituye una intervención experimental ni una tecnología creada por la propuesta. Actualmente, el Ministerio de Salud permite que las mujeres de 30 a 49 años accedan a una prueba de detección temprana mediante autotoma vaginal destinada a identificar el ADN del VPH de alto riesgo. La usuaria recibe orientación previa, realiza la toma mediante un hisopo especial conforme a las instrucciones brindadas y entrega posteriormente la muestra al personal sanitario para su procesamiento. (Fuente: Ministerio de Salud, "Solicitar el tamizaje de Virus del Papiloma Humano [VPH] en el Perú", servicio institucional actualizado el 6 de marzo de 2026).

La Organización Mundial de la Salud reconoce la posibilidad de que las propias mujeres recojan las muestras necesarias para las pruebas de detección y señala que esta opción presenta una fiabilidad equivalente a la obtención de la muestra por personal sanitario cuando se aplica de acuerdo con los estándares técnicos correspondientes. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026, apartado "Cribado del cáncer de cuello uterino y tratamiento de las lesiones precancerosas").

La autotoma adquiere especial relevancia como mecanismo para reducir barreras. La distancia respecto de los establecimientos de salud, las dificultades territoriales, los condicionantes socioculturales, la disponibilidad de tiempo, el temor o incomodidad frente al procedimiento convencional y otras circunstancias pueden disminuir la participación efectiva en los programas de tamizaje.

La estrategia resulta especialmente pertinente en establecimientos del primer nivel de atención, zonas rurales, periurbanas y de difícil acceso y poblaciones que enfrentan barreras para acceder al tamizaje convencional, siempre que se aseguren la orientación sanitaria, la trazabilidad de las muestras, el control de calidad, la protección de los datos personales y la continuidad asistencial.

La propuesta no establece la autotoma como mecanismo exclusivo ni sustituye la evaluación clínica. Su finalidad es consolidar legislativamente y ampliar progresivamente una modalidad que ya forma parte de la práctica sanitaria nacional y cuya utilización continuará sometida a los criterios técnicos del Ministerio de Salud.

1.7. Continuidad entre detección, seguimiento, diagnóstico y tratamiento

Una política de expansión del tamizaje carecería de efectividad sanitaria si el sistema se limitara a identificar resultados positivos sin asegurar su posterior evaluación. La Organización Mundial de la Salud establece que, luego de un resultado positivo de cribado, corresponde evaluar el cuello uterino para determinar la presencia de lesiones precancerosas y definir la intervención correspondiente. Asimismo, advierte que la expansión del tamizaje incrementará previsiblemente la identificación de lesiones y cánceres que anteriormente no eran detectados, razón por la cual los sistemas de derivación, diagnóstico y tratamiento deben fortalecerse paralelamente a los servicios preventivos. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026, apartados "Cribado del cáncer de cuello uterino y tratamiento de las lesiones precancerosas" y "Detección precoz, diagnóstico y tratamiento").

La Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025 adopta esa misma lógica, pues incorpora flujogramas de tamizaje mediante detección molecular y manejo de casos positivos, diferenciando los procedimientos aplicables a la población general y a las mujeres con infección por el virus de inmunodeficiencia humana. (Fuente: Ministerio de Salud, Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, aprobada mediante Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA, de 18 de julio de 2025).

Por ello, el proyecto dispone que todo resultado positivo obtenido mediante tamizaje dé lugar a la incorporación de la persona usuaria a una ruta de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento oportuno, conforme a las disposiciones técnicas nacionales y a la organización de los servicios de salud.

Asimismo, encarga al Ministerio de Salud establecer mecanismos de referencia, contrarreferencia, seguimiento y recuperación de las personas con resultados positivos, procurando evitar la pérdida de continuidad entre el tamizaje, la confirmación diagnóstica y el tratamiento. De este modo, se evita convertir el tamizaje en una actuación aislada y se reconoce la continuidad asistencial como componente indispensable de la prevención secundaria.

1.8. Actualización tecnológica de las vacunas contra el VPH

La propuesta incorpora el principio de actualización tecnológica de las vacunas, pero evita establecer mediante ley una formulación específica e inmutable. El Ministerio de Salud ha informado que el esquema nacional utiliza la vacuna tetravalente y ha aprobado la incorporación progresiva de la vacuna nonavalente, destinada a ampliar la cobertura frente a los genotipos del virus, una vez culminados los procesos de adquisición y distribución correspondientes. (Fuente: Ministerio de Salud, "¿Qué es el Virus del Papiloma Humano [VPH]? Vacunación contra el VPH", actualización del 31 de julio de 2026).

La transición hacia vacunas con mayor cobertura genotípica responde a la evolución de la tecnología sanitaria. Sin embargo, establecer directamente en la ley la adquisición obligatoria y permanente de una vacuna nonavalente podría convertir una decisión tecnológica susceptible de evolución científica en un mandato legal rígido y condicionar indebidamente las evaluaciones técnicas y económicas futuras.

Por esa razón, el proyecto adopta una fórmula tecnológicamente neutral: dispone que el Ministerio de Salud priorice progresivamente la utilización de vacunas con mayor cobertura genotípica, pero condiciona dicha decisión a la evidencia científica disponible, la evaluación de tecnologías sanitarias, el registro sanitario correspondiente, la situación epidemiológica, la disponibilidad para su adquisición y la programación presupuestaria.

Esta técnica permite que la ley conserve vigencia frente a futuras tecnologías que eventualmente superen a las actualmente disponibles y mantiene la selección concreta de las vacunas dentro de la competencia técnica de la autoridad sanitaria.

1.9. Identificación concreta del problema público

De la evidencia expuesta se identifican tres brechas estrechamente relacionadas.

La primera es una brecha de prevención primaria. El esquema general de vacunación gratuita comprende actualmente a las personas de 9 a 18 años, mientras que permanece fuera de la cobertura general la población de 19 a 26 años que no fue vacunada oportunamente o no completó el esquema correspondiente.

La segunda es una brecha de prevención secundaria. Aunque el país dispone de citología cervicouterina, inspección visual con ácido acético, detección molecular y

mecanismos de autotoma, resulta necesario continuar ampliando progresivamente el acceso efectivo a pruebas de alto desempeño, especialmente en el primer nivel de atención y en las poblaciones que enfrentan mayores barreras geográficas, económicas, culturales o sociales.

La tercera es una brecha de continuidad asistencial. Incrementar la cobertura de tamizaje exige asegurar paralelamente capacidad para el seguimiento, la evaluación, la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno de las personas cuyos resultados sean positivos.

Estas tres dimensiones reproducen, en el ámbito nacional, la lógica de la estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud: prevención primaria mediante vacunación, prevención secundaria mediante tamizaje y atención efectiva mediante tratamiento oportuno. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública", publicada el 17 de noviembre de 2020).

1.10. Justificación de la intervención legislativa

La problemática identificada no exige que el legislador sustituya al Ministerio de Salud en la determinación de pautas de vacunación, número de dosis, periodicidad del tamizaje, criterios clínicos o elección específica de tecnologías sanitarias. El marco normativo existente demuestra que esas decisiones corresponden a la autoridad sanitaria y deben mantenerse dentro de su ámbito técnico.

La necesidad de intervención legislativa aparece en otro nivel: establecer un ámbito general y progresivo de protección; garantizar la continuidad de la política pública; ordenar su programación sanitaria, física y financiera; asegurar que el tamizaje conduzca a seguimiento, diagnóstico y tratamiento; y fortalecer los mecanismos de información y rendición de cuentas.

La propia Ley 31883 contiene el punto de partida de esta evolución. Su artículo 3 establece la revisión anual del límite etario y permite su ampliación; su artículo 4 establece un mecanismo anual de información al Congreso de la República; su artículo 5 contiene la regla de financiamiento sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público; y su Disposición Complementaria Final Única obliga al Ministerio de Salud a emitir o ratificar anualmente el Plan Nacional de Vacunación contra el VPH. (Fuente: Ley 31883, artículos 3, 4 y 5 y Disposición Complementaria Final Única, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30 de septiembre de 2023).

La presente iniciativa desarrolla esa arquitectura en lugar de crear un sistema paralelo. Reconoce legalmente la ampliación progresiva de la vacunación hasta los 26 años; conserva la competencia del Ministerio de Salud para evaluar el límite etario y definir los esquemas técnicos; utiliza el Plan Nacional de Vacunación como instrumento de programación física y financiera; fortalece el informe anual a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados; establece reglas de transparencia; y articula la inmunización con las políticas nacionales de tamizaje, detección molecular, autotoma, seguimiento, diagnóstico y tratamiento.

La propuesta tampoco impone la incorporación simultánea de toda la población de 19 a 26 años. Cada cohorte adicional debe ser identificada en el Plan Nacional correspondiente al año fiscal, junto con la población comprendida, el número estimado de dosis, el costo de la intervención, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa necesaria.

La incorporación de nuevas cohortes se encuentra, por tanto, condicionada a la existencia previa de créditos presupuestarios suficientes. La aprobación de la ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias. Asimismo, la falta de financiamiento para una nueva cohorte no puede afectar la continuidad de las coberturas, esquemas e intervenciones sanitarias previamente implementados.

La actualización tecnológica de las vacunas, la ampliación territorial del tamizaje molecular, la implementación de la autotoma y las adecuaciones de los sistemas de información también se ejecutan progresivamente, conforme a la programación sanitaria, la disponibilidad presupuestaria y la capacidad operativa del sector salud.

Esta técnica permite conciliar el objetivo sanitario de expansión progresiva con el artículo 79 de la Constitución Política del Perú y con las reglas que gobiernan la administración de los recursos públicos. Al mismo tiempo, evita que la ley sustituya las decisiones técnicas, sanitarias y presupuestarias que corresponden al Poder Ejecutivo.

1.11. Síntesis de la necesidad pública que sustenta el proyecto

La iniciativa legislativa responde a una realidad sanitaria verificable. El Perú registra una carga relevante de cáncer de cuello uterino, con 4 814 nuevos casos y 2 405 defunciones estimadas para 2024; la vacunación general gratuita comprende actualmente a la población de 9 a 18 años; la Ley 31883 dispone que el límite etario sea revisado y pueda ampliarse anualmente; el país ya dispone de detección molecular, citología cervicouterina, inspección visual con ácido acético y autotoma; y el Ministerio de Salud ha iniciado la actualización hacia vacunas con mayor cobertura genotípica. (Fuentes: International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory, "GLOBOCAN 2024: Peru Fact Sheet", julio de 2026; Ley 31883; Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA y NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026; Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA y Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025).

El problema público que sustenta la iniciativa no consiste únicamente en elevar de 18 a 26 años un límite de edad. La necesidad legislativa es más amplia: cerrar progresivamente una brecha de inmunización de adultos jóvenes que no fueron vacunados oportunamente; consolidar la actualización tecnológica de las vacunas; fortalecer el acceso al tamizaje molecular y a la autotoma; y asegurar que la detección produzca efectivamente seguimiento, confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.

La intervención se inserta en una estrategia internacional claramente definida: la eliminación del cáncer de cuello uterino requiere actuar simultáneamente sobre vacunación, tamizaje y tratamiento, preservando la prioridad de la vacunación temprana

y fortaleciendo progresivamente los mecanismos de prevención secundaria y continuidad asistencial. (Fuentes: Organización Mundial de la Salud, "Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública", 2020; Organización Mundial de la Salud, "Cáncer de cuello uterino", actualización del 3 de julio de 2026).

La ampliación prevista no desplaza la protección de la población de 9 a 18 años ni convierte automáticamente a toda la población de 19 a 26 años en beneficiaria inmediata. Las nuevas cohortes serán incorporadas progresivamente mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, de acuerdo con criterios técnicos y epidemiológicos y siempre que se encuentren identificados los créditos presupuestarios autorizados, el costo de la intervención, la disponibilidad de vacunas y la capacidad operativa correspondiente.

En conclusión, existe una base sanitaria y normativa objetiva para ampliar progresivamente la protección frente al VPH. La propuesta articula la vacunación, el tamizaje y la continuidad asistencial dentro de una política legislativa única; preserva la rectoría técnica del Ministerio de Salud; mantiene las modalidades de tamizaje reconocidas por la autoridad sanitaria; protege la prioridad de las cohortes de menor edad; y condiciona la incorporación de nuevas cohortes y tecnologías a la programación sanitaria, operativa y presupuestaria.

La finalidad última es fortalecer una cadena de prevención que comienza con la inmunización, continúa con la detección temprana y debe culminar, cuando corresponda, con el seguimiento, la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno.

II. MARCO NORMATIVO VIGENTE

2.1. Constitución Política del Perú: derecho a la salud y rectoría estatal

El punto de partida constitucional de la propuesta se encuentra en los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú.

El artículo 7 reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, la de su medio familiar y la de la comunidad, y establece el deber de contribuir a su promoción y defensa. Esta disposición configura la salud no únicamente como una prestación individual, sino como un bien cuya protección posee una dimensión individual, familiar y comunitaria.

El artículo 9 establece que corresponde al Estado determinar la política nacional de salud y atribuye al Poder Ejecutivo la responsabilidad de normar y supervisar su aplicación. Asimismo, dispone que dicha política debe diseñarse y conducirse de manera plural y descentralizada con el propósito de facilitar a todas las personas el acceso equitativo a los servicios de salud. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículos 7 y 9, edición oficial del Congreso de la República).

Estas disposiciones delimitan una primera regla competencial relevante: corresponde a la ley establecer el marco jurídico general de protección de la salud y las garantías aplicables a la población, mientras que la conducción técnica, reglamentaria y operativa

de la política sanitaria corresponde al Poder Ejecutivo, principalmente a través del Ministerio de Salud.

En aplicación de dicha distribución competencial, el proyecto establece la ampliación progresiva del ámbito de protección y los mecanismos de planificación, continuidad asistencial, transparencia y rendición de cuentas, pero no determina mediante ley el número específico de dosis aplicables a cada edad, la periodicidad exacta de las pruebas de tamizaje, los criterios clínicos de utilización de cada tecnología ni una marca o formulación determinada de vacuna.

La incorporación de las cohortes de personas de 19 a 26 años se somete a la evaluación epidemiológica y de tecnologías sanitarias, a la disponibilidad de vacunas, a la capacidad operativa y a la existencia de créditos presupuestarios autorizados. De este modo, la iniciativa preserva la rectoría técnica del Poder Ejecutivo y evita convertir decisiones sanitarias especializadas en mandatos legislativos rígidos.

2.2. Ley 26842, Ley General de Salud

La Ley 26842, Ley General de Salud, desarrolla el mandato constitucional y establece en su Título Preliminar que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Asimismo, dispone que la protección de la salud es de interés público y que corresponde al Estado regularla, vigilarla y promoverla.

La misma ley asigna al Estado la responsabilidad de promover las condiciones que aseguren una adecuada cobertura de prestaciones de salud en términos de seguridad, oportunidad y calidad, y reconoce como irrenunciable su responsabilidad en la provisión de servicios de salud pública. (Fuente: Ley 26842, Ley General de Salud, publicada el 20 de julio de 1997, numerales I, II y VI del Título Preliminar).

La Ley General de Salud contiene disposiciones específicas en materia de enfermedades transmisibles. Su artículo 77 establece que la autoridad sanitaria competente es responsable del control de las enfermedades transmisibles en el ámbito de su jurisdicción, mientras que el artículo 79 faculta a la autoridad de salud a dictar las medidas de prevención y control necesarias para evitar su aparición y propagación.

El artículo 80 dispone que solo por razones médicas o biológicas pueden establecerse excepciones a la vacunación y revacunación obligatorias determinadas por la autoridad de salud de nivel nacional. Esta disposición ratifica que la definición de los esquemas, condiciones, contraindicaciones y excepciones de vacunación corresponde a la autoridad sanitaria nacional. (Fuente: Ley 26842, Ley General de Salud, artículos 77, 79 y 80).

La iniciativa no establece la aplicación coactiva de la vacuna ni sustituye la evaluación individual que corresponda conforme a los lineamientos sanitarios. Su finalidad es ampliar progresivamente el ámbito de acceso a la vacunación gratuita, fortalecer las acciones de prevención y mantener en el Ministerio de Salud la definición de los esquemas, dosis, condiciones clínicas, contraindicaciones y demás aspectos técnicos.

En consecuencia, el proyecto mantiene una separación clara entre la determinación legal de la población protegida y la definición técnica de las condiciones específicas de inmunización.

2.3. Ley 28010, Ley General de Vacunas

La Ley 28010, Ley General de Vacunas, publicada el 21 de junio de 2003, constituye el marco legal general de las actividades de vacunación en el país. Su artículo 1 declara obligatorias para la salud pública nacional las actividades de vacunación por su elevado impacto en la prevención y control de las enfermedades prevenibles mediante inmunización.

La obligatoriedad establecida por la Ley 28010 se refiere al carácter esencial de las actividades de vacunación dentro de la política nacional de salud y a la responsabilidad estatal de organizarlas, financiarlas y ejecutarlas. No significa que toda vacuna deba aplicarse indiscriminadamente a todas las personas al margen del calendario, de las indicaciones médicas o de los lineamientos determinados por la autoridad sanitaria.

El artículo 2 de la Ley 28010 establece que el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector, es responsable de establecer la sectorización y el calendario de vacunación, así como de vigilar su cumplimiento. Por tanto, corresponde al Ministerio de Salud determinar los esquemas, dosis, edades, criterios de priorización, contraindicaciones y tecnologías aplicables a cada intervención. (Fuente: Ley 28010, Ley General de Vacunas, artículos 1 y 2, publicada el 21 de junio de 2003; texto oficial del Sistema Peruano de Información Jurídica del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos).

La misma ley regula la sostenibilidad de la política de inmunizaciones. Su artículo 3 establece la provisión de los fondos necesarios para asegurar la adquisición de vacunas, jeringas y equipos de cadena de frío, de acuerdo con los cronogramas y esquemas de vacunación y con las asignaciones aprobadas al Ministerio de Salud en las leyes anuales de presupuesto. Asimismo, su artículo 4 permite que las adquisiciones vinculadas a dicha política se efectúen mediante fondos rotatorios financiados por organismos nacionales o internacionales u otros mecanismos que aseguren el cumplimiento de esa finalidad. (Fuente: Ley 28010, Ley General de Vacunas, artículos 3 y 4).

La Ley General de Vacunas confirma que la vacunación es una política permanente de salud pública, pero vincula su ejecución a la planificación sanitaria y a las asignaciones aprobadas en las leyes anuales de presupuesto. Esa lógica sustenta la incorporación progresiva por cohortes de la población de 19 a 26 años prevista en el proyecto.

Por ello, la incorporación de cada cohorte requiere identificar previamente la población beneficiaria, el número estimado de dosis, el costo de la intervención, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa necesaria. La ampliación debe realizarse sin menoscabar la cobertura prioritaria de las personas de 9 a 18 años comprendidas en el Esquema Nacional de Inmunizaciones.

2.4. Decreto Legislativo 1161 y rectoría del Ministerio de Salud

El Decreto Legislativo 1161 aprobó la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y consolidó al MINSA como autoridad rectora del sector salud. La norma regula su ámbito de competencia, funciones y estructura y le atribuye la responsabilidad de formular, dirigir y conducir la política nacional de salud.

Posteriormente, la Ley 30895 fortaleció la función rectora del Ministerio de Salud y el Decreto Legislativo 1504 introdujo modificaciones relacionadas con la prevención y control de enfermedades y el fortalecimiento institucional del sector. (Fuentes: Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, publicado el 7 de diciembre de 2013; Ley 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud; Decreto Legislativo 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades).

Entre las funciones rectoras del Ministerio de Salud se encuentran formular, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial en materia de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades y tecnologías en salud, así como expedir las normas y lineamientos técnicos necesarios para ejecutar dicha política. (Fuente: Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, artículo 5, conforme a sus modificatorias vigentes).

Este régimen competencial resulta determinante para la técnica empleada en la iniciativa. El proyecto establece objetivos, garantías y mecanismos generales, pero mantiene en el Ministerio de Salud la definición de las pautas de inmunización, características técnicas de las vacunas, criterios epidemiológicos, grupos de riesgo, periodicidad del tamizaje, protocolos de autotoma, rutas asistenciales y demás decisiones especializadas.

La revisión anual del límite etario, la priorización de las cohortes de 19 a 26 años, la evaluación de vacunas con mayor cobertura genotípica y la selección de las modalidades de tamizaje permanecen sometidas a la evidencia científica, la evaluación de tecnologías sanitarias y los lineamientos emitidos por la autoridad nacional de salud.

2.5. Ley 31883: marco legal específico de la vacunación contra el VPH

La Ley 31883, publicada el 30 de septiembre de 2023 y vigente desde el 1 de octubre del mismo año, constituye la norma legal específica sobre vacunación contra el Virus del Papiloma Humano que la presente iniciativa propone modificar.

Su artículo 1 establece como objeto ampliar la cobertura de vacunación contra el VPH en la niñez y adolescencia mediante campañas nacionales orientadas al cierre de brechas. Su artículo 2 dispone la realización de campañas masivas y periódicas, con especial atención a las zonas rurales y a los territorios con mayor incidencia de cáncer provocado por el VPH, y permite que la vacunación se desarrolle en establecimientos de salud, instituciones educativas y, cuando resulte necesario, viviendas. (Fuente: Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano [VPH] en

la niñez y adolescencia, artículos 1 y 2, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30 de septiembre de 2023).

El artículo 3 constituye el antecedente normativo más directo de la propuesta. Establece como beneficiarios a niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años y dispone expresamente que el límite etario sea revisado y, de ser necesario, ampliado anualmente conforme a la evaluación del Ministerio de Salud, con el objetivo de extender los beneficios de la inmunización y cerrar progresivamente las brechas existentes. La propia disposición conecta dicha evaluación con la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud destinada a eliminar el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH. (Fuente: Ley 31883, artículo 3, "Ampliación del grupo etario").

La legislación vigente ya faculta al Ministerio de Salud para evaluar y ampliar administrativamente el límite de edad. Por tanto, la propuesta no parte de una prohibición que impida actualmente al MINSA adoptar medidas, sino de la decisión de elevar a nivel legal una política general de ampliación progresiva hasta los 26 años, dotarla de continuidad, establecer condiciones para la incorporación de cohortes y fortalecer sus mecanismos de programación, transparencia y rendición de cuentas.

El artículo 4 de la Ley 31883 establece un mecanismo de rendición de cuentas, ordenando al Ministerio de Salud y al Ministerio de Educación informar anualmente, durante el mes de octubre, sobre las coberturas y brechas del Esquema Nacional de Vacunación y la cobertura alcanzada frente al VPH. (Fuente: Ley 31883, artículo 4, "Informe al Congreso de la República").

El artículo 5 contiene la regla específica de financiamiento y autoriza al Ministerio de Salud y a los gobiernos regionales, dentro de sus respectivas competencias, a efectuar modificaciones presupuestarias destinadas al cumplimiento de la ley, sin que ello suponga demandas adicionales o irrogue mayor gasto al Tesoro Público. (Fuente: Ley 31883, artículo 5, "Financiamiento").

La Disposición Complementaria Final Única de la Ley 31883 obliga al Ministerio de Salud a emitir o ratificar, hasta el 31 de octubre de cada año, el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y a dictar las disposiciones necesarias para su implementación eficaz en todo el territorio nacional. (Fuente: Ley 31883, Disposición Complementaria Final Única, "Estudios sobre el esquema de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano [VPH]").

La propuesta aprovecha esta estructura preexistente. No crea un instrumento paralelo de planificación, sino que fortalece el contenido del Plan Nacional y lo convierte en el instrumento técnico, operativo y presupuestario para determinar las cohortes de 19 a 26 años que pueden incorporarse en cada ejercicio fiscal.

Asimismo, modifica el artículo 4 para que el Ministerio de Salud presente anualmente a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados información territorial, sanitaria, operativa y presupuestaria sobre las coberturas, brechas, cohortes incorporadas, abastecimiento, actualización tecnológica, tamizaje y continuidad de la atención.

Finalmente, modifica el artículo 5 para precisar que la ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias, reduciendo el riesgo de incompatibilidad con el artículo 79 de la Constitución Política del Perú.

2.6. NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026 y Esquema Nacional de Inmunizaciones

El régimen técnico actualmente vigente se encuentra contenido en la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones, aprobada mediante Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA, de fecha 13 de junio de 2026. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA, de 13 de junio de 2026, que aprueba la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones).

La aprobación de esta norma sustituyó el marco técnico precedente y estableció un esquema actualizado de inmunizaciones para las distintas etapas de vida. El Ministerio de Salud señaló expresamente que la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026 moderniza la política nacional de vacunación, incorpora nuevas tecnologías y amplía la protección de determinadas poblaciones. (Fuente: Ministerio de Salud, "Minsa fortalece la salud pública con la aprobación del nuevo Esquema Nacional de Inmunizaciones, uno de los más completos de la región", nota institucional publicada el 13 de junio de 2026).

Dentro de este marco, la vacunación general contra el VPH comprende actualmente a niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años que no fueron vacunados previamente, sin que la población general de 19 a 26 años haya sido incorporada al esquema ordinario. La norma técnica constituye, por tanto, uno de los instrumentos que deberán adecuarse si se aprueba la ampliación legal propuesta.

La Primera Disposición Complementaria Final del proyecto otorga al Ministerio de Salud un plazo no mayor de noventa días calendario para adecuar, en lo que corresponda, la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026. Esta adecuación no supone incorporar automáticamente a toda la población de 19 a 26 años, pues la incorporación efectiva debe producirse progresivamente por cohortes y a partir del año fiscal que cuente con créditos presupuestarios autorizados para dicha finalidad.

De este modo, la ley proyectada y la norma técnica cumplen funciones diferentes y complementarias: la ley establece el nuevo ámbito general de protección y sus garantías, mientras que la NTS determina los esquemas, dosis, edades concretas, condiciones clínicas, contraindicaciones, procedimientos y demás reglas especializadas.

2.7. Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025: prevención del cáncer de cuello uterino

La prevención secundaria se encuentra regulada por la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino, aprobada mediante Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA, de fecha 18 de julio de 2025. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA, de 18 de julio de 2025).

La Directiva regula tanto la prevención primaria como la prevención secundaria. Dentro de esta última reconoce como modalidades de tamizaje la detección molecular del Virus del Papiloma Humano, la inspección visual con ácido acético y la citología cervicouterina o Papanicolaou, además del manejo de las lesiones premalignas. (Fuente: Ministerio de Salud, "Minsa aprobó directiva sanitaria para fortalecer acciones de prevención del cáncer de cuello uterino", nota institucional publicada el 27 de julio de 2025, referida a la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025).

Su aplicación es obligatoria para los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y la sanidad de la Policía Nacional del Perú.

La Directiva contempla flujogramas para el manejo de resultados positivos obtenidos mediante detección molecular, lo que confirma que la detección, el seguimiento, la confirmación diagnóstica y el tratamiento forman parte de una misma ruta sanitaria. (Fuente: Ministerio de Salud, Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025 y nota institucional del 27 de julio de 2025).

Los artículos relativos al tamizaje molecular y a la autotoma contenidos en la iniciativa no crean una competencia nueva ni sustituyen una norma técnica inexistente. Elevan a nivel legal determinados objetivos de expansión progresiva, accesibilidad, continuidad asistencial y rendición de cuentas respecto de una política que ya se encuentra normada y en ejecución.

El proyecto tampoco establece la detección molecular como único método de tamizaje ni elimina la citología cervicouterina o la inspección visual con ácido acético. La selección de la modalidad aplicable permanece bajo competencia del Ministerio de Salud, conforme a la evidencia científica, las condiciones clínicas, la capacidad operativa y los lineamientos técnicos vigentes.

La Primera Disposición Complementaria Final dispone la adecuación de la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025 en un plazo no mayor de noventa días calendario y otorga hasta ciento ochenta días calendario para aprobar o adecuar los instrumentos operativos necesarios para la ampliación progresiva del tamizaje molecular, la modalidad de autotoma y las rutas de seguimiento, confirmación diagnóstica y tratamiento.

2.8. Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas e interoperabilidad sanitaria

La interoperabilidad de la información clínica cuenta con un marco jurídico previo. La Ley 30024 creó el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas como infraestructura tecnológica especializada destinada a permitir el acceso autorizado a información clínica contenida en historias clínicas electrónicas, bajo condiciones orientadas a garantizar la continuidad y calidad de la atención. (Fuente: Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, artículos 1 y 2, publicada el 22 de mayo de 2013).

Posteriormente, la Ley 31750 modificó los artículos 2 y 4 de la Ley 30024 con el objeto de regular la interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas y promover el acceso a datos debidamente disociados para investigación en salud. (Fuente: Ley 31750, Ley que modifica los artículos 2 y 4 de la Ley 30024, publicada el 24 de mayo de 2023, artículo 1).

El Reglamento de la Ley 30024 fue aprobado mediante Decreto Supremo N.° 009-2017-SA y modificado posteriormente por el Decreto Supremo N.° 020-2025-SA, con la finalidad de adecuarlo a los cambios introducidos por la Ley 31750 y actualizar las disposiciones aplicables al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. (Fuentes: Decreto Supremo N.° 009-2017-SA, Reglamento de la Ley 30024, publicado el 23 de marzo de 2017; Decreto Supremo N.° 020-2025-SA, publicado el 28 de noviembre de 2025).

En consecuencia, la propuesta no crea un registro sanitario paralelo ni una nueva plataforma informática. Ordena que la información sobre vacunación, tamizaje, seguimiento y atención se registre mediante los sistemas nacionales de información sanitaria existentes y que el Ministerio de Salud adopte las medidas necesarias para su interoperabilidad con el HIS-MINSA, el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y los demás sistemas aplicables.

La utilización de la infraestructura existente reduce el riesgo de duplicidad de registros, dispersión de la información, incompatibilidad de plataformas y generación de gastos innecesarios. Asimismo, permite vincular progresivamente la vacunación y el tamizaje con el seguimiento asistencial de las personas que requieran confirmación diagnóstica o tratamiento.

La interoperabilidad prevista no significa acceso irrestricto a la información clínica. Todo intercambio debe realizarse conforme a las competencias institucionales, perfiles autorizados, medidas de seguridad, finalidades permitidas y reglas de confidencialidad establecidas por la legislación vigente.

2.9. Protección de datos personales, historia clínica electrónica y gobierno digital

El registro y tratamiento de información relacionada con vacunación, tamizaje, resultados clínicos, seguimiento y tratamiento involucra datos personales relativos a la salud, los cuales requieren una protección reforzada.

La Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales mediante su adecuado tratamiento, dentro de un marco de respeto de los demás derechos fundamentales. Su regulación comprende los principios, derechos, obligaciones y medidas aplicables al tratamiento de datos personales, incluidos los datos sensibles relacionados con la salud. (Fuente: Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, publicada el 3 de julio de 2011, artículos 1 y 2).

El nuevo Reglamento de la Ley 29733 fue aprobado mediante Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS, publicado el 30 de noviembre de 2024, y entró en vigencia el 31 de marzo de 2025. Esta norma desarrolla las obligaciones aplicables a responsables y

encargados del tratamiento, los requisitos de consentimiento, las medidas de seguridad, la gestión de incidentes y las garantías para el ejercicio de los derechos de los titulares. (Fuente: Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS, Reglamento de la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, publicado el 30 de noviembre de 2024).

Por su parte, el Decreto Legislativo 1412, Ley de Gobierno Digital, establece el marco de gobernanza para la gestión de la identidad digital, los servicios digitales, la arquitectura digital, la interoperabilidad, los datos y la seguridad digital dentro del Estado. Su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.° 029-2021-PCM, desarrolla las reglas aplicables a la interoperabilidad, servicios digitales, datos y seguridad digital en las entidades de la administración pública. (Fuentes: Decreto Legislativo 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, publicado el 13 de septiembre de 2018; Decreto Supremo N.° 029-2021-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo 1412, publicado el 19 de febrero de 2021, conforme a sus modificatorias vigentes).

El proyecto se sujeta expresamente a este marco y exige garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y seguridad de la información. Asimismo, establece que el tratamiento de datos de niñas, niños y adolescentes debe respetar su interés superior, autonomía progresiva y las reglas aplicables sobre representación y consentimiento.

La referencia al consentimiento no puede interpretarse como impedimento para los tratamientos de información autorizados por la legislación con fines de prestación de servicios de salud, protección de la salud pública o vigilancia epidemiológica. La base jurídica aplicable debe determinarse en cada caso conforme a la Ley 29733, su Reglamento, la legislación sanitaria y las normas sobre historia clínica electrónica.

Finalmente, la información sanitaria no puede utilizarse para discriminar, restringir derechos o condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza. Esta prohibición impide que el registro de vacunación o tamizaje se convierta en una barrera ilegítima para el ejercicio de derechos.

2.10. Síntesis del marco normativo vigente

El ordenamiento peruano contiene un conjunto amplio de normas relacionadas con la materia de la iniciativa. La Constitución reconoce el derecho a la salud y atribuye al Poder Ejecutivo la conducción de la política sanitaria; la Ley General de Salud regula la prevención y el control de enfermedades transmisibles; la Ley General de Vacunas atribuye al Ministerio de Salud la definición del calendario y los aspectos técnicos de la vacunación; y el Decreto Legislativo 1161 consolida la rectoría del Ministerio de Salud.

La Ley 31883 regula específicamente la vacunación contra el VPH, reconoce como beneficiaria a la población de 9 a 18 años, permite revisar y ampliar anualmente el límite etario, establece un informe anual al Congreso, contiene una regla de financiamiento y prevé la aprobación anual de un Plan Nacional de Vacunación contra el VPH.

La NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026 establece actualmente el Esquema Nacional de Inmunizaciones, mientras que la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025 regula la prevención del cáncer de cuello uterino mediante detección molecular,

inspección visual con ácido acético, citología cervicouterina, manejo de resultados positivos y tratamiento de lesiones premalignas. (Fuentes: Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA y NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026; Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA y Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025).

La Ley 30024, modificada por la Ley 31750 y desarrollada por los decretos supremos N.° 009-2017-SA y N.° 020-2025-SA, proporciona el marco para el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y la interoperabilidad sanitaria. La Ley 29733 y su nuevo Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS, protegen los datos personales; y el Decreto Legislativo 1412 y su Reglamento regulan la interoperabilidad, los datos y la seguridad digital del Estado. (Fuentes: Ley 30024; Ley 31750; Decreto Supremo N.° 009-2017-SA; Decreto Supremo N.° 020-2025-SA; Ley 29733; Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS; Decreto Legislativo 1412; Decreto Supremo N.° 029-2021-PCM).

De esta revisión se desprende que numerosos instrumentos técnicos perseguidos por la iniciativa ya existen en el ordenamiento y pueden ser desarrollados administrativamente por el Ministerio de Salud. La propia Ley 31883 permite evaluar y ampliar el límite etario; el Esquema Nacional de Inmunizaciones regula las condiciones técnicas de vacunación; la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025 contempla la detección molecular y el manejo de resultados positivos; y el sistema sanitario ya cuenta con un marco legal para interoperabilidad y protección de datos.

La existencia de esas competencias administrativas obliga a delimitar con precisión la intervención legislativa. La ley no debe reemplazar al Ministerio de Salud en la determinación de dosis, periodicidad, tecnologías específicas o criterios clínicos. Su función consiste en establecer la ampliación progresiva del ámbito de protección, asegurar la continuidad de la política pública, ordenar su programación por cohortes, fortalecer la rendición de cuentas y garantizar que el tamizaje se encuentre vinculado con el seguimiento, la confirmación diagnóstica y el tratamiento.

En consecuencia, el aspecto central que corresponde desarrollar en el apartado siguiente es determinar qué componentes requieren una norma con rango de ley y cuáles deben continuar sujetos a normas técnicas, decisiones administrativas, programación presupuestaria o acciones de gestión. Esta delimitación es indispensable para evitar una intervención legislativa innecesaria, preservar la rectoría sanitaria del Poder Ejecutivo y asegurar que la propuesta sea compatible con las competencias constitucionales y presupuestarias vigentes.

III. NECESIDAD REAL DE LA LEY FRENTE A LAS ALTERNATIVAS REGLAMENTARIAS, ADMINISTRATIVAS, PRESUPUESTALES Y DE GESTIÓN

3.1. La intervención legislativa debe justificarse por aquello que no puede garantizarse suficientemente mediante decisiones administrativas

La existencia de un problema sanitario relevante no determina, por sí sola, la necesidad de aprobar una nueva ley. La técnica legislativa exige distinguir entre las materias que requieren una decisión normativa de rango legal y aquellas que pueden desarrollarse

legítimamente mediante normas técnicas, disposiciones reglamentarias, decisiones de gestión, programación presupuestaria o actuaciones administrativas del Ministerio de Salud.

Esta distinción adquiere especial importancia en el presente caso porque el ordenamiento vigente ya atribuye al Ministerio de Salud amplias competencias para definir y actualizar el Esquema Nacional de Inmunizaciones, establecer los grupos objetivos, determinar las dosis aplicables y adoptar las medidas técnicas necesarias para prevenir y controlar enfermedades.

La Ley 28010, Ley General de Vacunas, atribuye al Ministerio de Salud, en su condición de ente rector, la responsabilidad de establecer la sectorización y el calendario de vacunación y vigilar su cumplimiento. (Fuente: Ley 28010, Ley General de Vacunas, artículo 2, publicada el 21 de junio de 2003; texto oficial del Sistema Peruano de Información Jurídica del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos).

Del mismo modo, la Ley 26842, Ley General de Salud, reconoce a la autoridad nacional de salud competencias para establecer las medidas necesarias en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y determinar las condiciones técnicas de la vacunación. (Fuente: Ley 26842, Ley General de Salud, artículos 77, 79 y 80, publicada el 20 de julio de 1997).

El Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, complementa este marco al atribuir al MINSA funciones rectoras para formular, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de salud, así como para expedir normas y lineamientos técnicos en las materias bajo su competencia. (Fuente: Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, artículo 5, publicado el 7 de diciembre de 2013, conforme a sus modificatorias vigentes).

Por consiguiente, la necesidad de la presente iniciativa no puede justificarse afirmando que el Ministerio de Salud carece actualmente de potestades para actuar frente al VPH. Tal afirmación sería jurídicamente incorrecta.

La cuestión relevante consiste en determinar qué aspectos pueden ser decididos por el Ministerio de Salud mediante sus competencias existentes y qué elementos justifican elevar al rango de ley el ámbito general de protección, las condiciones de incorporación progresiva de nuevas cohortes, las obligaciones de planificación, los mecanismos de rendición de cuentas y determinadas garantías de continuidad asistencial, interoperabilidad y protección de la información.

3.2. La ampliación del límite etario puede ser dispuesta administrativamente por el Ministerio de Salud

La primera constatación necesaria para evaluar la proporcionalidad de la intervención legislativa es que la Ley 31883 no establece los 18 años como un límite absoluto e inmodificable.

Su artículo 3 dispone que el límite etario debe ser revisado y, de ser necesario, ampliado anualmente conforme a la evaluación que realice el Ministerio de Salud, con la finalidad de expandir los beneficios de la inmunización y cerrar progresivamente las brechas existentes. (Fuente: Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano [VPH] en la niñez y adolescencia, artículo 3, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30 de septiembre de 2023).

Por tanto, desde el punto de vista estrictamente competencial, no resulta indispensable aprobar una nueva ley para que el Ministerio de Salud amplíe técnicamente el límite de edad de vacunación. La legislación vigente ya le reconoce esa posibilidad.

La experiencia reciente confirma esta capacidad administrativa. Luego de la aprobación de la Ley 31883, el Ministerio de Salud modificó, mediante Resolución Ministerial N.° 218-2024-MINSA, la entonces vigente Norma Técnica de Salud que establecía el Esquema Nacional de Vacunación y el Documento Técnico "Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para el Año Fiscal 2024", extendiendo progresivamente la vacunación hasta los 18 años. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 218-2024-MINSA, publicada el 29 de marzo de 2024).

Actualmente, la política de inmunizaciones se desarrolla mediante la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, aprobada por Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA. La existencia de esta norma confirma que la definición de los grupos específicos de vacunación, dosis, esquemas, contraindicaciones y demás condiciones de aplicación pertenece al ámbito técnico de la autoridad sanitaria. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 561-2026-MINSA, de 13 de junio de 2026, que aprueba la NTS N.° 246-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones).

En consecuencia, la iniciativa no se sustenta en una supuesta imposibilidad jurídica del MINSA para ampliar la edad, porque dicha imposibilidad no existe. Su fundamento es distinto: convertir la ampliación progresiva hasta los 26 años en un marco legal estable, sujeto a planificación, evaluación técnica, disponibilidad presupuestaria y control parlamentario.

Ello no implica reconocer automáticamente un derecho inmediatamente exigible a la vacunación gratuita para toda la población de 19 a 26 años desde la entrada en vigor de la ley. La incorporación se realiza por cohortes mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente a cada año fiscal y exige la identificación previa de la población beneficiaria, el número estimado de dosis, el costo, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa necesaria.

3.3. El tamizaje molecular y la autotoma tampoco requieren una ley para comenzar a aplicarse

Una situación similar se presenta respecto del tamizaje molecular y la modalidad de autotoma. Ambas intervenciones ya forman parte de la política sanitaria nacional y no necesitan una ley para comenzar a utilizarse.

La Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA aprobó la Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA, de 18 de julio de 2025).

La referida Directiva reconoce expresamente, dentro de la prevención secundaria, la detección molecular del VPH, la inspección visual con ácido acético y la citología cervicouterina o Papanicolaou. Asimismo, establece flujogramas para el manejo de casos positivos y regula aspectos relacionados con la obtención, identificación, conservación, traslado y procesamiento de las muestras. (Fuente: Ministerio de Salud, Directiva Sanitaria N.° 165-MINSA/DGIESP-2025, aprobada mediante Resolución Ministerial N.° 480-2025-MINSA).

La modalidad de autotoma tampoco constituye una innovación normativa. El Ministerio de Salud ya ofrece a mujeres de 30 a 49 años la posibilidad de recolectar su propia muestra para la detección del ADN del VPH de alto riesgo, dentro de condiciones técnicas de orientación, trazabilidad, procesamiento y entrega de resultados. (Fuente: Ministerio de Salud, "Solicitar el tamizaje de Virus del Papiloma Humano [VPH] en el Perú", servicio institucional actualizado el 6 de marzo de 2026).

Por consiguiente, el Ministerio de Salud puede ampliar administrativamente la cobertura territorial del tamizaje molecular y de la autotoma, definir las edades correspondientes y aprobar protocolos y rutas asistenciales, sin que exista un impedimento legal que deba ser removido por el Congreso.

El aporte del proyecto no consiste en autorizar por primera vez estas modalidades ni en declararlas métodos exclusivos. Consiste en establecer legalmente su fortalecimiento y ampliación progresiva, asegurar que todo resultado positivo conduzca a una ruta de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento y someter su implementación a mecanismos anuales de planificación, información y fiscalización.

La propuesta conserva expresamente las demás modalidades de tamizaje reconocidas por la autoridad sanitaria y mantiene en el Ministerio de Salud la competencia para determinar la prueba aplicable conforme a la evidencia científica, las condiciones clínicas, la capacidad operativa y los lineamientos técnicos vigentes.

3.4. Aporte específico que justifica la aprobación de una ley

Si la ampliación etaria, el tamizaje molecular y la autotoma pueden desarrollarse administrativamente, corresponde precisar cuál es el aporte específico de una norma con rango de ley.

Ese aporte no consiste en habilitar competencias inexistentes ni en sustituir al Ministerio de Salud. Se encuentra en la creación de un marco general, estable y fiscalizable que articule componentes que actualmente aparecen distribuidos entre normas legales, normas técnicas, planes anuales y decisiones administrativas.

En primer lugar, la iniciativa incorpora en la Ley 31883 el objetivo de ampliar progresivamente hasta los 26 años la vacunación contra el VPH, pero evita convertir

esa ampliación en una obligación automática e inmediata. La ley establece el ámbito general de protección y las condiciones esenciales de progresividad, mientras que el Plan Nacional determina las cohortes que pueden ser incorporadas en cada año fiscal.

En segundo lugar, la propuesta fortalece el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano como instrumento anual de planificación sanitaria, física, financiera y operativa. El Plan debe identificar las brechas, metas, cohortes incorporadas, dosis requeridas, costos, créditos presupuestarios, fuentes de financiamiento, medidas de abastecimiento, indicadores de ejecución y entidades responsables.

En tercer lugar, la iniciativa fortalece la rendición de cuentas. El informe anual a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados debe permitir fiscalizar las coberturas, brechas, cohortes incorporadas, abastecimiento, características tecnológicas de las vacunas, ejecución presupuestaria, cobertura del tamizaje y continuidad de la atención de las personas con resultados positivos.

En cuarto lugar, la ley establece una conexión jurídica entre el tamizaje y la continuidad asistencial. La detección de un resultado positivo no puede constituir el final de la intervención estatal, sino el inicio de una ruta de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.

En quinto lugar, la propuesta establece un marco de articulación institucional e interoperabilidad de la información, evitando la creación de registros o plataformas paralelas y sujetando el tratamiento de la información a las normas sobre protección de datos personales, historia clínica electrónica, gobierno digital y seguridad digital.

En sexto lugar, la iniciativa incorpora garantías aplicables al tratamiento de datos de niñas, niños y adolescentes y prohíbe que la información sobre vacunación, tamizaje o resultados clínicos sea utilizada para discriminar, restringir derechos o condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza.

Estos elementos justifican la intervención legislativa porque trascienden la simple modificación de una edad en el Esquema Nacional de Inmunizaciones y configuran un marco general de continuidad, planificación, transparencia, fiscalización y protección de derechos.

3.5. La programación presupuestaria como alternativa y como límite de la intervención legislativa

Una segunda alternativa consiste en implementar la ampliación exclusivamente mediante decisiones presupuestarias del Poder Ejecutivo, sin modificar la Ley 31883.

En efecto, la incorporación de nuevas cohortes requiere necesariamente programación de dosis, estimación de costos, previsión logística, disponibilidad de cadena de frío, recursos humanos, capacidad de los establecimientos y asignación de créditos presupuestarios. Ninguna declaración legal puede sustituir estos elementos.

El Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, establece que el presupuesto público tiene una perspectiva multianual

orientada al logro de resultados y que la ejecución del gasto debe realizarse dentro de los créditos presupuestarios autorizados y de acuerdo con las leyes anuales de presupuesto. (Fuente: Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, publicado el 16 de septiembre de 2018, principios y disposiciones relativos a programación multianual, créditos presupuestarios y ejecución del gasto).

Sin embargo, la programación presupuestaria, por sí sola, no sustituye el aporte normativo de la propuesta. El presupuesto autoriza y limita el gasto correspondiente a un ejercicio fiscal, pero no establece necesariamente un marco permanente de protección, planificación sanitaria, continuidad asistencial, transparencia e información al Parlamento.

La fórmula adoptada articula ambos planos. La ley establece el objetivo general y las condiciones de implementación, mientras que la incorporación efectiva de cada cohorte se somete a la programación sanitaria y presupuestaria correspondiente.

Esta solución responde también a la restricción contenida en el artículo 79 de la Constitución Política del Perú, conforme al cual los representantes ante el Congreso no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos, salvo en lo que se refiere a su propio presupuesto. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículo 79, edición oficial del Congreso de la República).

Para reducir el riesgo de incompatibilidad constitucional, el articulado establece expresamente las siguientes salvaguardas:

a) La población de 19 a 26 años se incorpora progresivamente por cohortes y no de manera automática.
b) Cada cohorte debe encontrarse prevista en el Plan Nacional correspondiente al año fiscal.
c) El Plan debe identificar la población, las dosis, el costo, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa.
d) La implementación se financia con cargo a los créditos presupuestarios autorizados de las entidades competentes y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.
e) La ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias.
f) La falta de créditos presupuestarios suficientes impide incorporar nuevas cohortes durante el año fiscal correspondiente.
g) La falta de financiamiento para nuevas cohortes no puede afectar la continuidad de las coberturas e intervenciones sanitarias previamente implementadas ni la prioridad de la población de 9 a 18 años.

La misma lógica se aplica a la actualización tecnológica de las vacunas, la ampliación territorial del tamizaje molecular, la modalidad de autotoma y la interoperabilidad de la información. Estas medidas se ejecutan progresivamente de acuerdo con la

programación sanitaria, la disponibilidad presupuestaria y la capacidad operativa del sector salud.

3.6. Alcance de las alternativas de gestión y coordinación institucional

Una tercera alternativa consiste en fortalecer la política frente al VPH exclusivamente mediante acciones de gestión: campañas de recuperación, convenios interinstitucionales, jornadas de vacunación, coordinación con instituciones educativas, fortalecimiento de referencias y contrarreferencias, capacitación del personal e integración de sistemas de información.

Estas medidas son indispensables y no deben ser reemplazadas por la ley. La aprobación de una norma legal, por sí sola, no adquiere vacunas, no organiza brigadas, no transporta muestras, no realiza diagnósticos ni garantiza tratamientos. La efectividad de la propuesta dependerá de su implementación administrativa, sanitaria, logística y presupuestaria.

El Ministerio de Salud ya posee competencias para coordinar con el Ministerio de Educación, gobiernos regionales, gobiernos locales, instituciones educativas y entidades prestadoras de servicios de salud. Del mismo modo, el ordenamiento ya contiene un marco aplicable a la interoperabilidad de historias clínicas electrónicas y a la protección de los datos personales.

Por ello, el proyecto no crea una nueva estructura administrativa, un nuevo registro nacional, una unidad ejecutora adicional ni una plataforma informática paralela. Utiliza las instituciones y sistemas existentes y dispone su articulación progresiva.

La intervención legislativa cumple una función complementaria: establece objetivos comunes, obligaciones mínimas de planificación y transparencia y garantías que deben ser respetadas por las sucesivas gestiones, sin predeterminar los mecanismos administrativos concretos que deben utilizarse en cada territorio.

Las estrategias escolares, comunitarias, territoriales y laborales, las campañas de recuperación, las modalidades de captación, las rutas de referencia y los procedimientos de interoperabilidad deben ser definidos y actualizados mediante instrumentos técnicos y operativos del Ministerio de Salud.

La Primera Disposición Complementaria Final reconoce esta necesidad y establece plazos para adecuar las normas técnicas y aprobar los instrumentos operativos correspondientes. El primer Plan Nacional adecuado a la ley debe aprobarse o actualizarse dentro de los ciento veinte días calendario siguientes a su entrada en vigor, pero la incorporación efectiva de las cohortes de 19 a 26 años solo puede realizarse a partir del año fiscal que cuente con créditos presupuestarios autorizados.

3.7. Juicio de necesidad y proporcionalidad de la intervención legislativa

El análisis de las alternativas permite concluir que una parte importante de las medidas propuestas puede ejecutarse actualmente mediante decisiones administrativas del Ministerio de Salud. El límite etario puede ser evaluado y ampliado; el tamizaje molecular y la autotoma ya se encuentran regulados; las campañas de recuperación pueden

organizarse mediante acciones de gestión; y la interoperabilidad cuenta con un marco jurídico previo.

Esta constatación no vuelve innecesaria la iniciativa, pero obliga a delimitarla. La ley se justifica únicamente en aquello que aporta estabilidad normativa, determina el ámbito general de protección, establece condiciones uniformes de progresividad, fortalece la planificación anual, asegura la continuidad entre detección y tratamiento y crea mecanismos de información y fiscalización parlamentaria.

La fórmula propuesta supera este juicio porque no invade la competencia técnica del Ministerio de Salud, no establece marcas de vacunas, no fija el número de dosis, no determina la periodicidad del tamizaje y no dispone la incorporación inmediata de toda la población de 19 a 26 años.

Asimismo, evita que la ampliación etaria menoscabe la vacunación prioritaria de las personas de 9 a 18 años y condiciona toda nueva incorporación a la existencia de créditos presupuestarios autorizados, disponibilidad de vacunas y capacidad operativa suficiente.

En consecuencia, la intervención legislativa se justifica no por la inexistencia de competencias administrativas, sino por la necesidad de integrar en una norma con rango de ley los siguientes componentes:

a) La ampliación progresiva hasta los 26 años como objetivo general de la política pública.
b) La protección prioritaria y continuidad de la vacunación de la población de 9 a 18 años.
c) La incorporación de las personas de 19 a 26 años mediante cohortes identificadas anualmente.
d) El Plan Nacional como instrumento de programación sanitaria, física, financiera y operativa.
e) El fortalecimiento del informe anual a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.
f) La actualización tecnológica basada en evidencia y evaluación de tecnologías sanitarias.
g) La ampliación progresiva del tamizaje molecular y de la modalidad de autotoma.
h) La continuidad entre tamizaje, seguimiento, confirmación diagnóstica y tratamiento.
i) La utilización interoperable de los sistemas nacionales de información sanitaria existentes.
j) La protección de los datos personales y la prohibición de usos discriminatorios.

La iniciativa mantiene en el Ministerio de Salud, como corresponde constitucionalmente, la determinación de los esquemas, dosis, edades específicas de cada cohorte, periodicidad, criterios epidemiológicos y clínicos, tecnologías concretas y demás aspectos técnico-sanitarios.

Por tanto, la opción legislativa resulta necesaria y proporcional siempre que conserve las salvaguardas técnicas y presupuestarias contenidas en el articulado definitivo. La ley establece el marco y las garantías; el Poder Ejecutivo determina técnicamente cómo, cuándo y con qué cohortes se ejecuta la ampliación, dentro de los créditos presupuestarios autorizados.

IV. VIABILIDAD CONSTITUCIONAL Y COMPETENCIAL

4.1. Compatibilidad con el derecho constitucional a la protección de la salud

La propuesta legislativa se encuentra directamente vinculada con el derecho constitucional a la protección de la salud.

El artículo 7 de la Constitución Política del Perú reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, la de su medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

Por su parte, el artículo 9 establece que el Estado determina la política nacional de salud y atribuye al Poder Ejecutivo la responsabilidad de normar y supervisar su aplicación, así como de diseñarla y conducirla de manera plural y descentralizada para facilitar a todas las personas el acceso equitativo a los servicios de salud. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículos 7 y 9, edición oficial del Congreso de la República).

Estas disposiciones permiten distinguir dos planos complementarios. Corresponde al legislador establecer el marco jurídico general mediante el cual se desarrollan y protegen los derechos vinculados con la salud; mientras que corresponde al Poder Ejecutivo conducir técnicamente la política sanitaria, determinar las condiciones concretas de su aplicación y adoptar las decisiones especializadas que requieren actualización permanente.

La iniciativa respeta esta distribución. La ley establece el objetivo de ampliar progresivamente hasta los 26 años la vacunación contra el VPH, fortalece las obligaciones de planificación, seguimiento, continuidad asistencial y rendición de cuentas y reconoce objetivos generales de prevención del cáncer de cuello uterino.

Al mismo tiempo, mantiene bajo responsabilidad del Ministerio de Salud la determinación de los esquemas, dosis, edades específicas de cada cohorte, periodicidad de las pruebas, criterios epidemiológicos y clínicos, tecnologías sanitarias concretas y demás aspectos técnicos.

La ampliación prevista no constituye una incorporación automática e inmediata de toda la población de 19 a 26 años. Cada cohorte debe ser incorporada mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente al año fiscal y requiere evaluación epidemiológica y de tecnologías sanitarias, disponibilidad de vacunas, programación física y financiera, créditos presupuestarios autorizados y capacidad operativa suficiente.

Por tanto, la propuesta desarrolla el derecho a la salud sin sustituir la conducción técnica que la Constitución atribuye al Poder Ejecutivo.

4.2. Preservación de la función rectora del Ministerio de Salud

La constitucionalidad de la propuesta exige que la ley no invada las competencias técnicas atribuidas al Ministerio de Salud.

El Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el MINSA ejerce la rectoría del sector salud. Entre sus funciones se encuentran formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y tecnologías en salud, así como dictar normas y lineamientos técnicos para su ejecución. (Fuente: Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, artículo 5, publicado el 7 de diciembre de 2013, conforme a sus modificatorias vigentes).

La Ley 28010, Ley General de Vacunas, contiene una regla todavía más específica. Su artículo 2 establece que el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector, es responsable de establecer la sectorización y el calendario de vacunación y vigilar su cumplimiento. (Fuente: Ley 28010, Ley General de Vacunas, artículo 2, publicada el 21 de junio de 2003; texto oficial del Sistema Peruano de Información Jurídica del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos).

En atención a esta distribución competencial, el proyecto no establece cuántas dosis deben administrarse, qué intervalo debe existir entre ellas, qué formulación comercial debe adquirirse, qué prueba debe utilizarse en cada grupo de edad ni cuál debe ser la periodicidad concreta del tamizaje.

La propuesta tampoco convierte a la detección molecular en el único método de tamizaje ni elimina la citología cervicouterina o la inspección visual con ácido acético. La selección de la modalidad correspondiente permanece sujeta a la evidencia científica, las condiciones clínicas, la capacidad operativa y los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

La utilización de expresiones como "conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud", "cuando corresponda técnicamente", "conforme a la evidencia científica" y "de acuerdo con las disposiciones técnicas nacionales" responde a esta distribución constitucional y legal de competencias.

La referencia a vacunas con mayor cobertura genotípica tampoco impone la adquisición de una formulación determinada. La priorización queda condicionada a la evidencia científica, la evaluación de tecnologías sanitarias, el registro sanitario, la situación epidemiológica, la disponibilidad para su adquisición y la programación presupuestaria.

En consecuencia, la iniciativa preserva la función rectora del Ministerio de Salud y evita trasladar al legislador decisiones clínicas, epidemiológicas o tecnológicas que deben permanecer bajo conducción especializada.

4.3. Igualdad y justificación del tratamiento diferenciado

El artículo 2, numeral 2, de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley y prohíbe la discriminación por motivo de origen, raza, sexo, idioma,

religión, opinión, condición económica o cualquier otra índole. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículo 2, numeral 2, edición oficial del Congreso de la República).

La propuesta comprende a mujeres y varones, lo que resulta compatible con el principio de igualdad y con la evidencia que relaciona el VPH con enfermedades y cánceres que afectan a ambos sexos.

El proyecto establece, sin embargo, diferencias entre grupos de edad. La población de 9 a 18 años conserva cobertura gratuita y prioritaria, mientras que la población de 19 a 26 años se incorpora progresivamente por cohortes. Este tratamiento diferenciado posee una justificación objetiva y razonable.

La vacunación alcanza mayor efectividad cuando se administra en edades tempranas y, preferentemente, antes del inicio de la vida sexual. Además, la población de 9 a 18 años ya forma parte del Esquema Nacional de Inmunizaciones y constituye el primer nivel de protección que no debe verse afectado por la ampliación.

La incorporación gradual de la población de 19 a 26 años responde a la necesidad de recuperar a las personas que no fueron vacunadas oportunamente, sin comprometer el abastecimiento, la cadena de frío, la capacidad operativa ni las coberturas alcanzadas en las cohortes de menor edad.

La diferenciación, por tanto, persigue una finalidad constitucionalmente legítima, utiliza criterios epidemiológicos y presupuestarios objetivos y protege prioritariamente al grupo en el que la intervención posee mayor eficacia preventiva.

Los criterios de selección de las cohortes de 19 a 26 años deben ser objetivos, sanitarios, verificables y publicados mediante el Plan Nacional correspondiente. No pueden basarse en motivos discriminatorios ni aplicarse arbitrariamente entre territorios o grupos poblacionales.

4.4. Competencias de los gobiernos regionales y articulación territorial

La participación de los gobiernos regionales resulta compatible con el modelo descentralizado de prestación de los servicios de salud.

La Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, establece como funciones regionales en materia de salud la formulación, aprobación, ejecución, evaluación, dirección, control y administración de las políticas regionales de salud, en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales. También les atribuye funciones relacionadas con la promoción, prevención y organización de los servicios de salud dentro de su ámbito territorial. (Fuente: Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, artículo 49, especialmente los literales a), e), g) y h), publicada el 18 de noviembre de 2002).

La distribución competencial responde a una relación entre rectoría nacional y ejecución descentralizada. El Ministerio de Salud establece la política nacional, las normas técnicas y los lineamientos sanitarios; los gobiernos regionales ejecutan las intervenciones dentro de su territorio, conforme a las normas nacionales y los planes sectoriales.

La propuesta mantiene esta estructura. No crea una nueva competencia regional ni altera la autonomía de los gobiernos regionales. La vacunación, el tamizaje, el seguimiento asistencial y las campañas territoriales se desarrollan dentro de las funciones que el ordenamiento ya les reconoce.

La intervención de los gobiernos locales se limita a acciones de coordinación, información, captación y apoyo territorial dentro de sus competencias. La ley no les transfiere la dirección técnica del esquema de inmunizaciones ni les impone obligaciones presupuestarias ajenas a sus competencias y créditos autorizados.

4.5. Coordinación con instituciones educativas y respeto de la autonomía universitaria

La participación de instituciones educativas se justifica por su capacidad para facilitar información, captación y jornadas de vacunación dirigidas a la población objetivo. Sin embargo, dicha participación debe respetar las competencias del sector educación y la autonomía universitaria.

El artículo 18 de la Constitución reconoce que cada universidad es autónoma en su régimen normativo, de gobierno, académico, administrativo y económico, y que las universidades se rigen por sus estatutos dentro del marco de la Constitución y las leyes. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículo 18, edición oficial del Congreso de la República).

El articulado respeta esta garantía al disponer que las universidades participan dentro del ámbito de sus competencias y con respeto de su autonomía. La norma no les impone modificar programas académicos, destinar recursos propios, crear dependencias ni ejecutar gasto adicional.

Las instituciones educativas, escuelas de educación superior, institutos y universidades facilitan acciones de información y jornadas de vacunación utilizando su infraestructura existente, sin que ello genere obligaciones presupuestarias adicionales para dichas entidades.

La conducción sanitaria de las jornadas corresponde al Ministerio de Salud y a las autoridades sanitarias competentes. Las instituciones educativas cumplen una función de colaboración y facilitación y no asumen responsabilidades clínicas ni sustituyen al personal de salud.

4.6. Protección de datos personales y confidencialidad de la información sanitaria

El registro de la vacunación, el tamizaje, los resultados clínicos, el seguimiento y el tratamiento involucra información relativa a la salud y, por tanto, datos personales sensibles que requieren protección reforzada.

El artículo 2, numeral 6, de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a que los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten su intimidad personal y familiar. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículo 2, numeral 6, edición oficial del Congreso de la República).

La Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales mediante su adecuado tratamiento. Su Reglamento vigente fue aprobado mediante Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS y entró en vigor el 31 de marzo de 2025. (Fuentes: Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, publicada el 3 de julio de 2011; Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS, Reglamento de la Ley 29733, publicado el 30 de noviembre de 2024).

El proyecto no crea un registro paralelo ni autoriza la circulación indiscriminada de información clínica. Dispone que el registro se efectúe mediante los sistemas nacionales de información sanitaria existentes y que la interoperabilidad se desarrolle con el HIS-MINSA, el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y los demás sistemas aplicables.

El tratamiento de la información debe observar los principios de finalidad, proporcionalidad, calidad, seguridad y confidencialidad, así como las reglas aplicables al acceso autorizado y a la conservación de la información.

En el caso de niñas, niños y adolescentes, el tratamiento debe respetar su interés superior, autonomía progresiva y las reglas sobre representación y consentimiento aplicables, sin impedir los tratamientos autorizados por la legislación para prestar servicios de salud, proteger la salud pública o realizar vigilancia epidemiológica.

La información registrada no puede utilizarse para discriminar, restringir derechos o condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza. Esta prohibición constituye una salvaguarda necesaria para impedir que los sistemas de vacunación o tamizaje sean empleados con finalidades incompatibles con la protección de la salud.

4.7. Competencia legislativa y requisitos formales de presentación

La materia objeto de la propuesta se encuentra regulada actualmente mediante la Ley 31883. Por consiguiente, la modificación de su título, objeto, población protegida, obligaciones de información, reglas de financiamiento y mecanismos de planificación puede efectuarse válidamente mediante otra ley.

La iniciativa no crea una estructura orgánica reservada a ley orgánica ni modifica competencias esenciales de órganos constitucionales. Se trata de una modificación de legislación sanitaria ordinaria.

El artículo 107 de la Constitución reconoce a los representantes ante el Congreso el derecho de iniciativa en la formación de leyes. Por su parte, el artículo 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados establece que los diputados ejercen el derecho de iniciativa a través de los grupos parlamentarios, exige la firma de no menos de cinco diputados y requiere la certificación del vocero del grupo parlamentario. (Fuentes: Constitución Política del Perú, artículo 107; Resolución Legislativa del Congreso N.° 005-2025-2026-CR, Reglamento de la Cámara de Diputados, artículo 107, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 13 de noviembre de 2025).

En consecuencia, la presentación del proyecto debe cumplir, antes de su ingreso, las siguientes condiciones formales:

a) Ser presentada a través del Grupo Parlamentario Partido del Buen Gobierno.
b) Contar con la firma de no menos de cinco diputados.
c) Contar con la certificación del vocero del grupo parlamentario o de quien lo sustituya reglamentariamente.
d) Contener la fórmula legal completa, exposición de motivos, análisis costo-beneficio, efecto de la vigencia sobre la legislación nacional, antecedentes y fuentes empleadas.
e) Identificar expresamente los antecedentes legislativos relacionados y las fuentes de las investigaciones y propuestas utilizadas.

El incumplimiento del número mínimo de firmas o de la certificación del vocero puede producir el rechazo de plano de la proposición. Estos requisitos no son subsanables mediante una buena exposición sanitaria; el Reglamento, con bastante menos sensibilidad que nosotros, cuenta firmas.

4.8. Artículo 79 de la Constitución y prohibición de iniciativa parlamentaria de gasto

La principal cuestión constitucional de la propuesta no se encuentra en la competencia sanitaria, sino en su incidencia presupuestaria.

El artículo 79 de la Constitución establece que los representantes ante el Congreso no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos, salvo en lo que se refiere al presupuesto del propio Congreso. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículo 79, edición oficial del Congreso de la República).

El artículo 118, numeral 17, atribuye al Presidente de la República la competencia de administrar la hacienda pública. Asimismo, el artículo 77 establece que la administración económica y financiera del Estado se rige por el presupuesto que anualmente aprueba el Congreso y consagra el principio de equilibrio presupuestario. (Fuente: Constitución Política del Perú, artículos 77 y 118, numeral 17, edición oficial del Congreso de la República).

El artículo 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados desarrolla esta prohibición al impedir que las proposiciones presentadas por los diputados contengan propuestas de creación o aumento de gasto público. (Fuente: Resolución Legislativa del Congreso N.° 005-2025-2026-CR, Reglamento de la Cámara de Diputados, artículo 107).

Estas reglas exigen evitar que la iniciativa ordene ejecutar gastos no previstos, fije asignaciones presupuestarias, autorice directamente modificaciones presupuestarias o sustituya al Poder Ejecutivo en la determinación de los recursos necesarios.

El articulado incorpora las siguientes salvaguardas:

a) La población de 19 a 26 años se incorpora progresivamente por cohortes y no automáticamente.

b) Cada cohorte debe estar prevista en el Plan Nacional correspondiente al año fiscal.
c) El Plan debe identificar la población, las dosis, el costo, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa.
d) La implementación se financia con cargo a los créditos presupuestarios autorizados de las entidades competentes.
e) La ley no demanda recursos adicionales al Tesoro Público.
f) La ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias.
g) La ausencia de créditos presupuestarios suficientes impide incorporar nuevas cohortes durante el año fiscal correspondiente.
h) La falta de financiamiento para nuevas cohortes no afecta las coberturas e intervenciones previamente implementadas ni la prioridad de la población de 9 a 18 años.

Estas cláusulas reducen significativamente el riesgo de inconstitucionalidad, pero no eliminan por sí solas la necesidad de cumplir las exigencias jurisprudenciales de coordinación y sostenibilidad fiscal.

4.9. Jurisprudencia constitucional sobre iniciativa parlamentaria y gasto público

La evaluación debe considerar la Sentencia 158/2026, recaída en el Expediente N.° 00018-2023-PI/TC, mediante la cual el Tribunal Constitucional declaró fundada la demanda de inconstitucionalidad interpuesta contra la Ley 31232 y estableció un criterio interpretativo vinculante sobre la preeminencia del Poder Ejecutivo en materia de iniciativa de gasto y administración de la hacienda pública. (Fuente: Tribunal Constitucional, Sentencia 158/2026, Expediente N.° 00018-2023-PI/TC; nota institucional "TC reconoce principio de preeminencia del Poder Ejecutivo en iniciativa de gasto como vinculante en armonía con el criterio de sostenibilidad fiscal", publicada el 10 de julio de 2026).

El Tribunal Constitucional estableció que, como regla general, la iniciativa de gasto corresponde al Poder Ejecutivo y que los congresistas no pueden incrementar gastos que incidan en el presupuesto anual o produzcan efectos hacia ejercicios fiscales futuros.

No obstante, reconoció que, tratándose de proyectos vinculados con obligaciones estatales en materia de derechos económicos, sociales y culturales, la iniciativa debe coordinarse con el Poder Ejecutivo con base en el deber constitucional de cooperación entre poderes.

Asimismo, el Tribunal fijó las siguientes exigencias:

a) El proyecto debe identificar expresamente la fuente de financiamiento que garantice el equilibrio presupuestario, mediante nuevos ingresos o reasignaciones, como parte obligatoria del análisis costo-beneficio.

b) Antes de emitir dictamen, la comisión parlamentaria debe requerir el informe de sostenibilidad fiscal del órgano competente del Poder Ejecutivo.
c) La iniciativa debe atender prioritariamente necesidades sociales básicas claramente identificadas.
d) La implementación de las regulaciones que generen gasto debe coordinarse con el Ministerio de Economía y Finanzas y desarrollarse progresivamente, respetando la sostenibilidad fiscal.
e) La modulación presupuestaria no puede afectar el contenido mínimo de los derechos sociales fundamentales ni el primer umbral de protección de las poblaciones más vulnerables.

Estos criterios tienen aplicación directa al proyecto. La vacunación y la prevención del cáncer de cuello uterino atienden una necesidad social básica vinculada con el derecho a la salud; sin embargo, la ampliación de la cobertura y del tamizaje posee una incidencia presupuestaria objetiva que debe ser reconocida y sustentada.

El Plan Nacional anual, la incorporación por cohortes, la exigencia de créditos autorizados y la protección de la población de 9 a 18 años guardan correspondencia con los principios de progresividad, sostenibilidad fiscal y protección del primer umbral desarrollados por el Tribunal Constitucional.

No obstante, antes del dictamen debe solicitarse formalmente:

a) La opinión técnica del Ministerio de Salud sobre población objetivo, dosis, costos, capacidad operativa, disponibilidad de vacunas, tamizaje y sostenibilidad sanitaria.
b) El informe de sostenibilidad fiscal del Ministerio de Economía y Finanzas.
c) La identificación, dentro del análisis costo-beneficio, de los créditos presupuestarios, reasignaciones o fuentes de financiamiento que podrían sustentar la incorporación progresiva de las cohortes.

La coordinación debe realizarse durante la tramitación parlamentaria y no incorporarse como una condición de vigencia de la futura ley. La constitucionalidad formal se fortalece mediante el procedimiento previo de coordinación, no subordinando posteriormente la vigencia de la norma a una opinión administrativa.

4.10. Juicio de proporcionalidad de la intervención

La propuesta persigue una finalidad constitucionalmente legítima: ampliar progresivamente la protección frente al VPH y fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino.

La medida es idónea porque permite establecer un marco legal estable para la vacunación progresiva, la actualización tecnológica, la planificación anual, el tamizaje, la continuidad asistencial, la interoperabilidad y la rendición de cuentas.

La medida es necesaria porque una actuación exclusivamente administrativa no garantiza por sí sola la permanencia del objetivo de ampliación, el contenido mínimo del Plan Nacional, la obligación anual de informar a la Cámara de Diputados ni las salvaguardas sobre continuidad asistencial, interoperabilidad y no discriminación.

La medida es proporcional en sentido estricto porque no impone la incorporación inmediata de toda la población de 19 a 26 años, no desplaza la cobertura prioritaria de las personas de 9 a 18 años, no predetermina tecnologías sanitarias concretas, no crea registros paralelos y condiciona la implementación a la disponibilidad presupuestaria y capacidad operativa.

Asimismo, las restricciones y obligaciones previstas resultan menores que los beneficios esperados en prevención de infecciones, detección temprana, reducción de lesiones precancerosas y continuidad del tratamiento.

4.11. Conclusión sobre la viabilidad constitucional y competencial

La propuesta es materialmente compatible con los artículos 7 y 9 de la Constitución porque desarrolla el derecho a la salud y preserva la rectoría técnica del Ministerio de Salud.

También resulta compatible con el principio de igualdad, pues comprende a mujeres y varones y sustenta objetivamente la prioridad de la población de 9 a 18 años y la incorporación progresiva de las cohortes de 19 a 26 años.

La iniciativa respeta las competencias de los gobiernos regionales, no altera la autonomía universitaria, utiliza sistemas de información existentes y establece salvaguardas adecuadas para la protección de los datos personales y la confidencialidad de la información sanitaria.

Desde la perspectiva presupuestaria, el articulado ha reducido el riesgo constitucional mediante la incorporación por cohortes, la exigencia de créditos presupuestarios autorizados, la prohibición de generar habilitaciones automáticas y la protección de las intervenciones previamente implementadas.

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, ORIGINALIDAD DE LA PROPUESTA Y DERECHO COMPARADO

5.1. Antecedente legislativo inmediato: Proyecto de Ley 2895/2022-CR y Ley 31883

El antecedente legislativo inmediato de la regulación vigente sobre vacunación contra el Virus del Papiloma Humano es el Proyecto de Ley 2895/2022-CR, presentado el 25 de agosto de 2022 por la congresista Lady Mercedes Camones Soriano, integrante del Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso, bajo la denominación de "Proyecto de Ley que promueve la vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) en niñas y adolescentes". La iniciativa fue derivada a la Comisión de Salud y Población como primera comisión dictaminadora y a la Comisión de Educación, Juventud y Deporte como segunda comisión. (Fuente: Congreso de la República, Comisión de Salud y Población, Dictamen recaído en el Proyecto de Ley 2895/2022-CR que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en niños, niñas y adolescentes, periodo anual de sesiones 2022-2023).

Durante el procedimiento legislativo, la propuesta evolucionó hacia una fórmula de mayor alcance, orientada a ampliar la cobertura de vacunación en la niñez y

adolescencia y cerrar las brechas existentes mediante campañas nacionales de inmunización.

El Pleno del Congreso debatió el dictamen recaído en el Proyecto de Ley 2895/2022-CR el 31 de agosto de 2023 y aprobó una fórmula sustitutoria destinada a promover la vacunación contra el VPH en la niñez y adolescencia. (Fuente: Congreso de la República, Diario de los Debates, sesión plenaria del 31 de agosto de 2023, debate y aprobación del dictamen recaído en el Proyecto de Ley 2895/2022-CR).

La autógrafa fue remitida al Poder Ejecutivo el 12 de septiembre de 2023 y posteriormente promulgada como Ley 31883. (Fuente: Congreso de la República, Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria, registro de autógrafas enviadas durante el periodo anual de sesiones 2023-2024, Proyecto de Ley 2895/2022-CR y Ley 31883).

La Ley 31883 fue publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30 de septiembre de 2023 bajo la denominación "Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia". Su artículo 1 estableció como objeto ampliar la cobertura de vacunación contra el VPH en la niñez y adolescencia mediante campañas de inmunización a nivel nacional que permitan cerrar las brechas existentes. (Fuente: Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, artículo 1, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30 de septiembre de 2023).

Este antecedente demuestra que la política legislativa peruana en materia de VPH ya evolucionó desde un enfoque predominantemente escolar hacia un modelo de cierre de brechas y ampliación de la población beneficiaria. La presente iniciativa representa una nueva etapa de dicha evolución normativa, al extender progresivamente la vacunación hasta los 26 años y articularla con medidas de prevención secundaria del cáncer de cuello uterino.

5.2. Antecedentes legislativos de 2026 sobre la ampliación de la vacunación hasta los 26 años

La revisión de los antecedentes parlamentarios del periodo 2021-2026 permite identificar dos iniciativas directamente relacionadas con la ampliación del límite etario de vacunación contra el VPH: los Proyectos de Ley 14321/2025-CR y 14456/2025-CR, promovidos por integrantes de los grupos parlamentarios Alianza para el Progreso y Perú Libre, respectivamente.

Ambas iniciativas propusieron modificar la Ley 31883 con la finalidad de ampliar la cohorte de vacunación contra el VPH hasta los 26 años. La Comisión de Salud y Población aprobó el dictamen correspondiente en junio de 2026. (Fuente: Congreso de la República, Centro de Noticias del Congreso, información correspondiente a la sesión de la Comisión de Salud y Población del 5 de junio de 2026, en la que se informa la aprobación del dictamen recaído en los Proyectos de Ley 14321 y 14456, destinado a modificar la Ley 31883 y ampliar la cohorte de vacunación hasta los 26 años).

El dictamen fue publicado en el Portal del Congreso el 12 de junio de 2026. Posteriormente, la Junta de Portavoces acordó, el 9 de julio de 2026, la ampliación de agenda respecto de dichas iniciativas, que quedaron incorporadas como punto 107 del apartado correspondiente a la Comisión de Salud y Población en la agenda de la Comisión Permanente. (Fuente: Congreso de la República, Agenda de la Comisión Permanente, julio de 2026, punto SALUD 107, Proyectos de Ley 14321/2025-CR y 14456/2025-CR).

Estos antecedentes deben ser reconocidos expresamente porque presentan identidad parcial con uno de los objetivos centrales de la presente iniciativa: ampliar progresivamente la vacunación contra el VPH hasta los 26 años. En consecuencia, no corresponde presentar dicha extensión etaria como una propuesta carente de precedentes parlamentarios nacionales.

La información oficial revisada permite afirmar que estas iniciativas alcanzaron dictamen favorable de la Comisión de Salud y Población y fueron incorporadas a la agenda de la Comisión Permanente en julio de 2026. No corresponde atribuirles una aprobación definitiva, promulgación o resultado legislativo posterior mientras ello no se encuentre respaldado por una fuente oficial verificable.

5.3. Originalidad y diferencias sustanciales de la presente iniciativa

La existencia de antecedentes legislativos dirigidos a ampliar la vacunación hasta los 26 años no elimina la originalidad ni el objeto propio de la presente iniciativa. La coincidencia parcial respecto del límite etario se reconoce de manera expresa, pero el proyecto posee una arquitectura normativa más amplia y diferenciada.

La iniciativa no se limita a extender automáticamente la vacunación a todas las personas de 19 a 26 años. Establece una incorporación progresiva por cohortes, mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente a cada año fiscal, condicionada a la determinación de la población que será incorporada, el número estimado de dosis, el costo de la intervención, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa necesaria.

Asimismo, mantiene como cobertura prioritaria la vacunación de la población de 9 a 18 años prevista en el Esquema Nacional de Inmunizaciones. Por consiguiente, la incorporación de cohortes de 19 a 26 años no puede realizarse menoscabando la disponibilidad de vacunas, los recursos ni la capacidad operativa destinados a la población prioritaria.

La propuesta incorpora, además, los siguientes componentes normativos:

a) La actualización tecnológica de las vacunas contra el VPH sustentada en la evaluación de tecnologías sanitarias, la evidencia científica, la seguridad, la efectividad, el costo-efectividad y la sostenibilidad presupuestaria.
b) El fortalecimiento progresivo del tamizaje molecular para la detección del VPH de alto riesgo.

c) La ampliación progresiva de la modalidad de autotoma de muestras, bajo orientación sanitaria, trazabilidad, control de calidad y vinculación con los servicios de salud.
d) La obligación de establecer rutas de atención que comprendan seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento oportuno de las personas con resultados positivos.
e) La interoperabilidad de la información sanitaria mediante los sistemas existentes, con observancia de la legislación sobre protección de datos personales.
f) La prohibición de utilizar la información sanitaria recopilada para discriminar, restringir derechos o condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza.
g) El fortalecimiento del informe anual que el Ministerio de Salud debe presentar al Congreso de la República.
h) La aprobación o actualización anual de un Plan Nacional de Vacunación contra el VPH que contenga metas, población objetivo, dosis requeridas, programación física y financiera, fuentes de financiamiento, indicadores, responsables y mecanismos de seguimiento.
i) La posibilidad de que la autoridad sanitaria establezca esquemas de vacunación para personas mayores de 26 años pertenecientes a grupos de riesgo o que presenten condiciones médicas que justifiquen la inmunización, de acuerdo con la evidencia científica y la disponibilidad presupuestaria.

La originalidad de la iniciativa no reside, por tanto, en atribuirse la primera formulación parlamentaria de la ampliación hasta los 26 años, sino en integrar dicha ampliación, bajo condiciones de progresividad y sostenibilidad, con medidas concretas de prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, continuidad asistencial, protección de datos, planificación anual, transparencia y rendición de cuentas.

5.4. Cumplimiento del requisito de originalidad parlamentaria

El artículo 107 del Reglamento del Congreso exige que las proposiciones de ley contengan una exposición de motivos que exprese sus fundamentos, el efecto de la vigencia de la norma sobre la legislación nacional, el análisis costo-beneficio y, cuando corresponda, su vinculación con el Acuerdo Nacional y la Agenda Legislativa. Asimismo, la iniciativa debe ser propia y no puede limitarse a reproducir propuestas de otros autores sin reconocimiento de sus antecedentes.

La presente exposición de motivos cumple dicho requisito porque identifica expresamente los Proyectos de Ley 2895/2022-CR, 14321/2025-CR y 14456/2025-CR; reconoce los elementos de coincidencia; delimita las diferencias materiales de la nueva iniciativa; y desarrolla una fórmula normativa propia, concordada con las exigencias constitucionales, sanitarias y presupuestarias advertidas durante su evaluación.

El proyecto tampoco reproduce mecánicamente los antecedentes mencionados. La fórmula propuesta incorpora condiciones de ejecución presupuestaria, programación anual por cohortes, salvaguarda de la cobertura prioritaria de 9 a 18 años, actualización tecnológica, tamizaje molecular, autotoma, continuidad asistencial, interoperabilidad,

protección de datos y rendición de cuentas. Estos componentes conforman un contenido normativo adicional y susceptible de evaluación autónoma.

5.5. Estándares de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud

El análisis comparado debe considerar los estándares técnicos internacionales sin atribuir a los organismos internacionales recomendaciones que no hayan formulado expresamente.

La Organización Mundial de la Salud mantiene como grupo primario prioritario para la vacunación contra el VPH a las niñas de 9 a 14 años, preferentemente antes de una eventual exposición al virus. Su documento de posición de diciembre de 2022 reconoce la vacunación como uno de los pilares fundamentales de la Estrategia Mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino y actualiza la evidencia sobre los esquemas y el número de dosis. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022", Weekly Epidemiological Record, volumen 97, número 50, páginas 645-672, publicado el 16 de diciembre de 2022).

No corresponde interpretar dicho documento como una regla universal que obligue a todos los países a establecer una vacunación general y gratuita hasta los 26 años. La OMS reconoce que los países deben determinar sus políticas en función de sus condiciones epidemiológicas, programáticas, sanitarias y financieras.

En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud proporciona información sobre la vacunación en edades posteriores y señala que las decisiones sobre su administración deben sujetarse a los esquemas de vacunación adoptados por cada país. Esta orientación debe interpretarse conjuntamente con la prioridad regional de garantizar la vacunación oportuna de niñas y adolescentes. (Fuente: Organización Panamericana de la Salud, "Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)", información institucional sobre población objetivo, esquemas y vacunación en personas adultas).

La propuesta peruana adopta una solución compatible con dichos estándares: mantiene la prioridad de la vacunación temprana y permite, paralelamente, incorporar de manera progresiva cohortes de personas de 19 a 26 años que no fueron vacunadas oportunamente, siempre que exista programación sanitaria, financiamiento autorizado y capacidad operativa.

5.6. Estados Unidos: vacunación de recuperación hasta los 26 años

Estados Unidos constituye uno de los antecedentes comparados más claros respecto de la utilización de los 26 años como límite general de vacunación de recuperación.

Los Centers for Disease Control and Prevention, de acuerdo con las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices, recomiendan la vacunación rutinaria contra el VPH a los 11 o 12 años, con posibilidad de iniciarla desde los 9 años. Asimismo, recomiendan la vacunación de recuperación para todas las personas hasta los 26 años

cuando no fueron vacunadas adecuadamente con anterioridad. (Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, "HPV Vaccine Recommendations", recomendaciones para profesionales de la salud, actualización del 9 de julio de 2024).

Para las personas de 27 a 45 años no existe una recomendación universal de vacunación. Algunos adultos no vacunados adecuadamente pueden decidir vacunarse luego de una evaluación compartida con su profesional sanitario, atendiendo al riesgo de nuevas infecciones y al beneficio potencial. (Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, "HPV Vaccine Recommendations", apartado relativo a vacunación de recuperación y toma de decisiones clínicas compartidas para adultos de 27 a 45 años).

El modelo estadounidense presenta una semejanza relevante con la propuesta: utiliza los 26 años como límite general de recuperación y aplica una evaluación diferenciada para edades superiores. Sin embargo, sus esquemas de dosis no deben trasladarse automáticamente al Perú. La presente iniciativa mantiene la determinación de dosis, intervalos, contraindicaciones y demás criterios clínicos bajo competencia técnica del Ministerio de Salud.

5.7. Australia: recuperación financiada hasta los 25 años inclusive

Australia constituye otro antecedente relevante por contar con un programa nacional financiado de vacunación de recuperación.

Desde el 6 de febrero de 2023, Australia adoptó un esquema rutinario de una dosis para la población correspondiente y amplió la vacunación de recuperación financiada por el National Immunisation Program a todas las personas de hasta 25 años inclusive. Anteriormente, la recuperación financiada alcanzaba hasta los 19 años. (Fuente: Australian Government, Department of Health and Aged Care, "Changes to HPV vaccine dose schedule for young Australians", publicado el 6 de febrero de 2023).

El modelo australiano demuestra que la recuperación de personas no inmunizadas puede extenderse más allá de la etapa escolar, manteniendo una población adolescente prioritaria y un límite determinado para el financiamiento público.

No existe identidad absoluta con la propuesta peruana: Australia financia la recuperación hasta los 25 años inclusive, mientras que la presente iniciativa permite alcanzar progresivamente hasta los 26 años. El antecedente debe emplearse como evidencia de la viabilidad sanitaria de programas de recuperación para adultos jóvenes y no como afirmación de que Australia utiliza exactamente el mismo límite etario propuesto para el Perú.

5.8. Reino Unido: continuidad de elegibilidad después del programa escolar

El programa de vacunación contra el VPH del Reino Unido combina una estrategia escolar con mecanismos posteriores de recuperación.

En Inglaterra, la vacunación rutinaria se ofrece a niñas y niños durante el Year 8, generalmente a los 12 o 13 años. Las personas pertenecientes a las cohortes elegibles que no recibieron la vacuna durante el programa escolar conservan la posibilidad de acceder posteriormente a la inmunización dentro del límite establecido por el programa

nacional. (Fuente: UK Health Security Agency, "HPV vaccination guidance for healthcare practitioners", apartado relativo a elegibilidad y vacunación de recuperación).

El programa también establece reglas específicas para determinados grupos, entre ellos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas con inmunosupresión o VIH. (Fuente: UK Health Security Agency, "HPV vaccination programme: changes from September 2023", apartados relativos al programa universal, vacunación de recuperación y poblaciones con condiciones de riesgo).

Este antecedente confirma que los programas de vacunación pueden distinguir entre una edad prioritaria para la inmunización rutinaria, mecanismos posteriores de recuperación y esquemas especiales para determinados grupos. Ello es consistente con la facultad conferida al Ministerio de Salud para establecer esquemas aplicables a personas mayores de 26 años cuando exista justificación médica o epidemiológica.

5.9. España: vacunación general en la adolescencia y extensión para grupos de riesgo

La experiencia española presenta un modelo diferente y resulta útil porque demuestra que no existe una única fórmula internacional.

Las recomendaciones acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecen la vacunación rutinaria contra el VPH a los 12 años para niños y niñas, así como la captación de hombres y mujeres no vacunados entre los 13 y los 18 años inclusive. (Fuente: Ministerio de Sanidad de España, "Virus del papiloma humano. Recomendaciones de vacunación actuales acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud", apartados relativos a la vacunación a los 12 años y a la captación entre los 13 y los 18 años).

España no establece una vacunación general de recuperación hasta los 26 años para toda la población. Sin embargo, contempla esquemas de vacunación para personas con determinadas situaciones de riesgo hasta edades superiores, incluidas algunas poblaciones con inmunosupresión o mayor exposición. (Fuente: Ministerio de Sanidad de España, "Virus del papiloma humano. Recomendaciones de vacunación actuales acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud", apartado relativo a vacunación en situaciones de riesgo).

La experiencia española demuestra una alternativa distinta: recuperación general durante la adolescencia y ampliaciones posteriores focalizadas en poblaciones de riesgo. Confirma, por ello, que los 26 años constituyen una opción de política sanitaria utilizada por algunos sistemas, pero no un estándar internacional único u obligatorio.

5.10. Comparación de los modelos internacionales de vacunación

Los antecedentes revisados permiten identificar un patrón común: la vacunación temprana, antes de una eventual exposición al VPH, constituye el núcleo de los programas analizados. A partir de ese punto, los países establecen diferentes edades, modalidades de recuperación y reglas para grupos de riesgo.

Estados Unidos recomienda la vacunación de recuperación para todas las personas hasta los 26 años; Australia financia la recuperación hasta los 25 años inclusive; el Reino Unido mantiene mecanismos de recuperación vinculados a las cohortes elegibles y programas específicos para determinados grupos; y España mantiene la captación general hasta los 18 años, acompañada de esquemas para personas con situaciones de riesgo. (Fuentes: Centers for Disease Control and Prevention, "HPV Vaccine Recommendations"; Australian Government, Department of Health and Aged Care, "Changes to HPV vaccine dose schedule for young Australians"; UK Health Security Agency, "HPV vaccination guidance for healthcare practitioners"; Ministerio de Sanidad de España, "Virus del papiloma humano. Recomendaciones de vacunación actuales acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud").

El derecho comparado no permite afirmar que exista una edad internacional obligatoria. Sí permite comprobar la existencia de programas de recuperación posteriores a la adolescencia y la utilización de edades próximas a los 25 o 26 años en sistemas sanitarios de referencia.

La determinación del límite aplicable en el Perú debe responder a la epidemiología nacional, la población pendiente de vacunación, la evidencia científica, la evaluación de tecnologías sanitarias, la disponibilidad de vacunas, la capacidad operativa y la sostenibilidad presupuestaria. Esta es la razón por la cual el proyecto no incorpora automáticamente a toda la población de 19 a 26 años, sino que establece una implementación progresiva mediante cohortes programadas anualmente.

5.11. Derecho comparado en materia de tamizaje molecular

La comparación internacional no debe limitarse a la vacunación. El título y el objeto de la propuesta comprenden también el fortalecimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino, lo que exige considerar la prevención secundaria.

La Organización Mundial de la Salud ha impulsado el empleo de pruebas de detección del VPH de alto riesgo dentro de las estrategias de tamizaje del cáncer de cuello uterino. En julio de 2021 publicó la segunda edición de la "WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention", destinada a apoyar a los países en la transición hacia estrategias de tamizaje de mayor desempeño. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention", segunda edición, publicada el 6 de julio de 2021).

En mayo de 2026, la OMS publicó una guía sobre la utilización de la genotipificación del ADN del VPH en programas de tamizaje, evaluando su uso para la estratificación del riesgo y el triaje de personas con resultados positivos. Posteriormente, en julio de 2026, difundió orientaciones para apoyar la implementación y expansión de programas de tamizaje cervical basados en ADN del VPH. (Fuentes: Organización Mundial de la Salud, "WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of human papillomavirus (HPV) DNA genotyping", 8 de mayo de

2026; y "Evidence-informed guidance for the implementation of HPV-based cervical cancer screening programmes", julio de 2026).

Estos antecedentes confirman que las pruebas moleculares del VPH se encuentran integradas en la evolución contemporánea de las estrategias de prevención secundaria. La iniciativa, sin embargo, no determina marcas, plataformas, periodicidades ni procedimientos clínicos específicos, materias que permanecen dentro de la competencia técnica del Ministerio de Salud.

5.12. Autotoma y continuidad asistencial

La Organización Mundial de la Salud reconoce la autotoma de muestras para pruebas de VPH como una alternativa dentro de los programas de tamizaje cuando las pruebas correspondientes se encuentran disponibles. Esta modalidad puede contribuir a superar barreras de acceso y aumentar la cobertura, pero debe implementarse con información adecuada y con mecanismos que vinculen a las personas con resultados positivos con los servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Self-care interventions: human papillomavirus (HPV) self-sampling as part of cervical cancer screening and treatment, 2022 update", publicada el 17 de abril de 2023, referencia WHO/SRH/23.1).

La autotoma no debe concebirse como la simple entrega de un dispositivo ni como una actuación desvinculada del sistema sanitario. Su incorporación exige orientación, identificación de la muestra, trazabilidad, procesamiento bajo control de calidad, comunicación del resultado y continuidad de la atención.

La fórmula propuesta recoge precisamente estas salvaguardas. El artículo incorporado a la Ley 31883 no presenta la autotoma como una intervención aislada, sino como una modalidad que debe formar parte de una ruta de atención y sujetarse a los protocolos aprobados por la autoridad sanitaria.

5.13. Australia como antecedente de implementación de la autotoma

Australia constituye un ejemplo relevante de incorporación de la autotoma dentro de un programa nacional de tamizaje cervical.

El National Cervical Screening Program permite que las mujeres y demás personas con cuello uterino de 25 a 74 años, elegibles para el tamizaje, conversen con su proveedor de salud sobre las modalidades disponibles, incluida la posibilidad de recolectar personalmente una muestra vaginal. (Fuente: Australian Government, Department of Health, Disability and Ageing, "About the National Cervical Screening Program", información actualizada en marzo de 2026).

El modelo australiano no separa la autotoma de la atención sanitaria. La prueba se desarrolla mediante la participación del proveedor de salud y contempla el procesamiento de la muestra, la comunicación de resultados y las actuaciones posteriores que correspondan según el riesgo identificado.

Este antecedente respalda las condiciones incluidas en el proyecto peruano: orientación sanitaria, trazabilidad, control de calidad, protección de datos y vinculación efectiva con

el seguimiento, la confirmación diagnóstica cuando corresponda y el tratamiento oportuno.

5.14. Conclusiones derivadas de los antecedentes legislativos y del derecho comparado

La revisión efectuada permite formular las siguientes conclusiones:

En primer término, la Ley 31883 constituye el antecedente normativo inmediato y estableció un marco legal específico para ampliar la vacunación contra el VPH en la niñez y adolescencia y cerrar las brechas de inmunización.

En segundo término, los Proyectos de Ley 14321/2025-CR y 14456/2025-CR plantearon durante 2026 ampliar la vacunación hasta los 26 años, obtuvieron dictamen favorable de la Comisión de Salud y Población y fueron incorporados a la agenda de la Comisión Permanente. La presente iniciativa reconoce expresamente esos antecedentes y no se atribuye de manera incorrecta la formulación original del límite etario.

En tercer término, la propuesta posee un contenido propio y diferenciable porque articula la ampliación progresiva hasta los 26 años con programación anual por cohortes, disponibilidad presupuestaria, salvaguarda de la cobertura prioritaria de 9 a 18 años, actualización tecnológica, tamizaje molecular, autotoma, continuidad asistencial, interoperabilidad, protección de datos y rendición de cuentas.

En cuarto término, los modelos internacionales coinciden en priorizar la vacunación temprana, pero difieren respecto de las edades y modalidades de recuperación. Estados Unidos utiliza los 26 años como límite general de recuperación; Australia financia la recuperación hasta los 25 años inclusive; el Reino Unido conserva mecanismos de recuperación para las cohortes elegibles; y España mantiene la recuperación general hasta los 18 años, complementada con esquemas dirigidos a determinados grupos de riesgo.

En quinto término, la vacunación no reemplaza el tamizaje. Las recomendaciones internacionales articulan la prevención primaria mediante vacunación con la prevención secundaria mediante pruebas de detección del VPH, seguimiento y tratamiento de las lesiones precursoras.

En sexto término, la autotoma puede contribuir a ampliar la cobertura del tamizaje, pero debe implementarse dentro del sistema sanitario, con información adecuada, trazabilidad, control de calidad y mecanismos efectivos de seguimiento y tratamiento.

En séptimo término, las decisiones sobre vacunas específicas, número de dosis, intervalos, edades clínicas, tecnologías de tamizaje, periodicidad y protocolos de atención deben permanecer bajo la rectoría técnica del Ministerio de Salud y no quedar petrificadas en una norma con rango de ley.

En consecuencia, la presente iniciativa se inserta en una evolución normativa nacional y recoge experiencias internacionales relevantes, sin trasladarlas mecánicamente al ordenamiento peruano. Su configuración responde a las condiciones epidemiológicas, sanitarias, institucionales y presupuestarias del país, preserva la prioridad de la

vacunación temprana y establece una ampliación progresiva hasta los 26 años como parte de una política orientada a fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino.

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

6.1. Naturaleza de la intervención legislativa

La presente iniciativa no crea un régimen sanitario paralelo ni sustituye la política nacional de inmunizaciones. Su efecto normativo consiste en modificar y complementar la Ley 31883, Ley que promueve la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la niñez y adolescencia, con la finalidad de ampliar progresivamente la vacunación hasta los 26 años y fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino.

Para dicho efecto, la fórmula legislativa:

a) Modifica los artículos 1, 2, 3, 4 y 5 de la Ley 31883.

b) Incorpora los artículos 6 y 7 a la Ley 31883.

c) Modifica la Disposición Complementaria Final Única de la Ley 31883.

d) Establece disposiciones complementarias finales sobre adecuación normativa, instrumentos de implementación, aprobación del primer Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, financiamiento e implementación progresiva.

La modificación amplía el objeto de la Ley 31883, fortalece su finalidad preventiva, delimita la población beneficiaria, establece reglas de implementación progresiva, incorpora medidas de prevención secundaria y mejora los mecanismos de planificación, seguimiento, interoperabilidad y rendición de cuentas.

La ley no determina directamente el número de dosis, los intervalos de aplicación, las marcas o plataformas tecnológicas, la periodicidad de las pruebas, los procedimientos clínicos ni los criterios médicos de vacunación y tamizaje. Estas materias permanecen bajo la rectoría técnica del Ministerio de Salud.

6.2. Modificación de los artículos 1 y 2 de la Ley 31883

La modificación del artículo 1 amplía el objeto de la Ley 31883. La norma vigente se encuentra orientada principalmente a promover la vacunación contra el VPH en la niñez y adolescencia; la propuesta incorpora una segunda dimensión: la ampliación progresiva de la vacunación hasta los 26 años y el fortalecimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino.

Esta modificación concuerda con el título definitivo de la iniciativa y evita atribuirle un alcance que exceda su contenido. Si bien la vacunación contra el VPH puede contribuir a prevenir diferentes enfermedades asociadas al virus, las medidas de tamizaje molecular, autotoma, seguimiento y tratamiento reguladas específicamente por el proyecto se encuentran dirigidas a la prevención del cáncer de cuello uterino.

La modificación del artículo 2 redefine la finalidad de la ley para articular tres componentes: la vacunación oportuna de la población prioritaria, la incorporación progresiva de cohortes de personas de 19 a 26 años que no fueron vacunadas

oportunamente y el fortalecimiento de la detección temprana y continuidad de la atención frente al cáncer de cuello uterino.

La vigencia de estas disposiciones no elimina ni reduce la prioridad sanitaria de la vacunación de la población de 9 a 18 años prevista en el Esquema Nacional de Inmunizaciones. Por el contrario, el nuevo texto establece que la incorporación de personas de 19 a 26 años debe realizarse sin menoscabar dicha cobertura prioritaria.

6.3. Modificación de los artículos 3, 4 y 5 de la Ley 31883

La modificación del artículo 3 regula la ampliación progresiva de la vacunación contra el VPH. La población de 9 a 18 años mantiene la cobertura prioritaria prevista en el Esquema Nacional de Inmunizaciones, mientras que la población de 19 a 26 años es incorporada progresivamente por cohortes mediante el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente a cada año fiscal.

En consecuencia, la sola entrada en vigor de la ley no produce la incorporación automática e inmediata de toda la población comprendida entre los 19 y 26 años. La incorporación efectiva de cada cohorte requiere programación sanitaria, disponibilidad de vacunas, identificación de la población pendiente, créditos presupuestarios autorizados y capacidad operativa.

La modificación también permite que el Ministerio de Salud establezca esquemas de vacunación para personas mayores de 26 años pertenecientes a grupos de riesgo o que presenten condiciones médicas que justifiquen la inmunización. Esta habilitación no crea un derecho automático ni una cobertura general para todas las personas mayores de dicha edad, pues su aplicación queda sometida a la evidencia científica, los criterios técnicos de la autoridad sanitaria y la disponibilidad presupuestaria.

La modificación del artículo 3 incorpora, además, la actualización tecnológica de las vacunas contra el VPH. Esta actualización debe sustentarse en la evaluación de tecnologías sanitarias y en criterios de seguridad, efectividad, costo-efectividad y sostenibilidad presupuestaria. Por consiguiente, la ley no ordena adquirir una marca determinada ni sustituir inmediatamente las vacunas disponibles.

La modificación del artículo 4 fortalece el contenido del informe anual que el Ministerio de Salud debe presentar al Congreso de la República. El informe debe permitir conocer el avance de la vacunación, las coberturas alcanzadas, las brechas territoriales y etarias, el abastecimiento, la ejecución física y presupuestaria, la implementación del tamizaje y los resultados obtenidos.

La modificación del artículo 5 mantiene el financiamiento dentro de los créditos presupuestarios autorizados al Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y las demás entidades competentes, conforme al Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, y a las leyes anuales de presupuesto. La norma no autoriza por sí misma gastos no previstos ni habilita automáticamente modificaciones presupuestarias.

6.4. Incorporación de los artículos 6 y 7 a la Ley 31883

La incorporación del artículo 6 fortalece la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino mediante la ampliación progresiva del tamizaje molecular para la detección del VPH de alto riesgo y de la modalidad de autotoma de muestras.

La disposición no reemplaza las normas técnicas vigentes ni establece directamente la edad de inicio, la periodicidad, la prueba específica o el procedimiento clínico aplicable. Estas determinaciones continúan bajo competencia del Ministerio de Salud y deben sustentarse en la evidencia científica, la evaluación de tecnologías sanitarias y las condiciones operativas del sistema.

La autotoma no queda regulada como una intervención aislada. Su implementación debe asegurar orientación sanitaria, identificación y trazabilidad de la muestra, procesamiento bajo control de calidad, comunicación del resultado y vinculación efectiva de las personas con resultados positivos con los servicios de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento oportuno.

La incorporación del artículo 7 regula el tratamiento e interoperabilidad de la información sanitaria vinculada con la vacunación, el tamizaje, los resultados, el seguimiento y la atención. La disposición no crea un registro autónomo ni una nueva estructura administrativa, sino que ordena utilizar e integrar los sistemas de información sanitaria existentes bajo conducción del Ministerio de Salud.

El tratamiento de esta información debe respetar la confidencialidad, seguridad, finalidad y proporcionalidad, así como las reglas especiales aplicables a los datos sensibles y a la información de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la información registrada no puede utilizarse para discriminar, restringir derechos ni condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza.

6.5. Modificación de la Disposición Complementaria Final Única de la Ley 31883

La modificación de la Disposición Complementaria Final Única incorpora el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano como principal instrumento de programación anual.

El Ministerio de Salud debe aprobar o actualizar dicho plan mediante resolución ministerial hasta el 31 de octubre de cada año, para su aplicación durante el año fiscal siguiente.

El plan debe contener, como mínimo, la estimación de la población pendiente de vacunación; las metas nacionales y territoriales; las cohortes de 19 a 26 años que serán incorporadas; el número estimado de dosis; la programación de adquisición, recepción, distribución y aplicación; la programación física y financiera; los créditos presupuestarios y fuentes de financiamiento; las estrategias escolares, comunitarias, territoriales y laborales; las medidas frente al riesgo de desabastecimiento; las acciones de actualización tecnológica; los indicadores; las entidades responsables; y los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación.

La incorporación de cohortes de 19 a 26 años debe programarse sin afectar la cobertura prioritaria de la población de 9 a 18 años. De esta manera, la modificación evita que la ampliación etaria produzca desplazamientos presupuestarios o reducción de vacunas destinadas a la población con mayor prioridad sanitaria.

El Plan Nacional y sus modificaciones deben publicarse en la sede digital del Ministerio de Salud. Las modificaciones realizadas durante el año fiscal deben identificar su sustento técnico, presupuestario y operativo, fortaleciendo la transparencia y el control parlamentario.

6.6. Relación con la Ley 26842, Ley General de Salud, y la Ley 28010, Ley General de Vacunas

La propuesta se integra en el marco establecido por la Ley 26842, Ley General de Salud, que reconoce el interés público de la protección de la salud y atribuye a la autoridad sanitaria la responsabilidad de adoptar medidas para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles.

Los artículos 77, 79 y 80 de la Ley 26842 reconocen las competencias de la autoridad sanitaria en materia de control de enfermedades transmisibles, adopción de medidas preventivas y determinación de las excepciones médicas o biológicas aplicables a la vacunación obligatoria. La propuesta no modifica estas competencias ni sustituye la evaluación sanitaria correspondiente. (Fuente: Ley 26842, Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 20 de julio de 1997, artículos 77, 79 y 80).

La iniciativa también resulta compatible con la Ley 28010, Ley General de Vacunas, que declara las actividades de vacunación obligatorias para la salud pública nacional debido a su elevado impacto en la prevención y control de enfermedades prevenibles mediante vacunación. La propuesta desarrolla este marco respecto del VPH sin modificar la estructura general del Sistema Nacional de Inmunizaciones. (Fuente: Ley 28010, Ley General de Vacunas, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 21 de junio de 2003, artículo 1).

6.7. Relación con la rectoría del Ministerio de Salud

La iniciativa no modifica el Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, ni transfiere al Congreso decisiones técnicas que corresponden al Poder Ejecutivo.

El Ministerio de Salud conserva la rectoría sobre la política nacional de salud, el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Nacional de Inmunizaciones, la prevención y control de enfermedades, la evaluación de tecnologías sanitarias y la aprobación de normas técnicas y sanitarias.

La ley establece el marco jurídico general, la población susceptible de incorporación progresiva, las garantías, la planificación anual y las obligaciones de transparencia y rendición de cuentas. La autoridad sanitaria determina los esquemas de vacunación, las dosis, los intervalos, las condiciones clínicas, las tecnologías utilizadas y los procedimientos de tamizaje y atención.

Esta distribución normativa evita una invasión de las competencias del Poder Ejecutivo y permite que las decisiones sanitarias puedan actualizarse conforme evolucione la evidencia científica.

6.8. Relación con la legislación sobre historia clínica electrónica, gobierno digital y protección de datos personales

La iniciativa no crea un banco de datos independiente ni una historia clínica paralela. La interoperabilidad prevista debe desarrollarse utilizando la infraestructura y los sistemas de información sanitaria existentes, conforme a la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, modificada por la Ley 31750.

El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas permite que la información clínica relevante pueda ser consultada por los establecimientos de salud autorizados, bajo condiciones de seguridad, autenticación, confidencialidad y respeto de los derechos de sus titulares. (Fuente: Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 22 de mayo de 2013, modificada por la Ley 31750, publicada el 25 de mayo de 2023).

El tratamiento de la información sobre vacunación, tamizaje y resultados debe observar la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo 016-2024-JUS, vigente desde el 31 de marzo de 2025. Los datos relativos a la salud tienen naturaleza sensible y se encuentran sujetos a medidas reforzadas de seguridad, confidencialidad, acceso restringido y utilización conforme a una finalidad legitima. (Fuente: Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 3 de julio de 2011; Decreto Supremo 016-2024-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley 29733, publicado el 30 de noviembre de 2024).

También resulta aplicable el Decreto Legislativo 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, en cuanto regula la interoperabilidad, seguridad digital, prestación de servicios digitales y gestión de datos en las entidades de la administración pública. (Fuente: Decreto Legislativo 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 13 de septiembre de 2018).

En el caso de niñas, niños y adolescentes, el tratamiento de datos debe respetar su interés superior, autonomía progresiva y las reglas sobre representación y consentimiento aplicables, sin impedir los tratamientos autorizados por ley para la prestación de servicios de salud, la protección de la salud pública y la vigilancia epidemiológica.

6.9. Relación con el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030

El Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030 fue aprobado mediante Decreto Supremo 016-2025-SA y constituye el instrumento de planificación multisectorial dirigido a reducir la carga del cáncer y fortalecer su prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidados integrales.

La presente iniciativa no sustituye dicho plan ni invade su contenido operativo. Lo complementa al otorgar respaldo legal permanente a la ampliación progresiva de la vacunación contra el VPH, al fortalecimiento del tamizaje molecular y a la continuidad de la atención frente a resultados positivos. (Fuente: Decreto Supremo 016-2025-SA, que aprueba el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030, publicado el 10 de septiembre de 2025).

La concordancia con dicho instrumento confirma que el proyecto no crea una política sanitaria desvinculada de la planificación nacional, sino que fortalece medidas ya integradas en la política de prevención y control del cáncer.

6.10. Efectos de las disposiciones complementarias finales

La Primera Disposición Complementaria Final establece plazos para la adecuación normativa y la aprobación de instrumentos de implementación.

En un plazo no mayor de noventa días calendario contado desde la entrada en vigor de la ley, el Ministerio de Salud debe adecuar, en lo que corresponda, la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones, la Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino y las demás disposiciones técnico-normativas necesarias.

En un plazo no mayor de ciento ochenta días calendario, el Ministerio de Salud debe aprobar o adecuar los instrumentos operativos necesarios para la incorporación progresiva por cohortes de la población de 19 a 26 años, la ampliación del tamizaje molecular y la autotoma, la implementación de las rutas de atención, la interoperabilidad de los sistemas de información y la coordinación con las entidades competentes.

Por única vez, el primer Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano adecuado a la nueva ley debe aprobarse o actualizarse dentro de los ciento veinte días calendario siguientes a su entrada en vigor. La incorporación efectiva de las cohortes de 19 a 26 años se realizará a partir del año fiscal que cuente con los créditos presupuestarios autorizados para dicha finalidad.

La Segunda Disposición Complementaria Final establece que la implementación se financia con cargo a los créditos presupuestarios autorizados al Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y las demás entidades competentes, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

La aprobación de la ley no autoriza gastos no previstos en las leyes anuales de presupuesto ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias. Si no existen créditos suficientes, no pueden incorporarse nuevas cohortes durante el ejercicio fiscal correspondiente, sin que ello afecte la continuidad de las coberturas e intervenciones previamente implementadas.

6.11. Normas que no requieren modificación expresa

La vigencia de la propuesta no exige modificar la Ley 26842, Ley General de Salud; la Ley 28010, Ley General de Vacunas; la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; el Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio

de Salud; el Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público; la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas; la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales; ni el Decreto Legislativo 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital.

Las disposiciones del proyecto se integran en dichos marcos legales y remiten expresamente a sus reglas presupuestarias, sanitarias, tecnológicas y de protección de datos.

Tampoco resulta necesaria una cláusula derogatoria genérica. La iniciativa identifica de manera expresa las disposiciones de la Ley 31883 que modifica o incorpora, sin advertirse otras normas de igual rango que deban ser derogadas.

6.12. Síntesis del efecto normativo

La vigencia de la iniciativa producirá una modificación expresa y delimitada de la Ley 31883. Su principal efecto será transformar una regulación centrada en la vacunación de la niñez y adolescencia en un marco que, preservando dicha prioridad, permita incorporar progresivamente cohortes de personas de 19 a 26 años y fortalezca la prevención del cáncer de cuello uterino.

La propuesta no crea automáticamente obligaciones de gasto sin respaldo presupuestario, no establece una vacunación general inmediata de toda la población hasta los 26 años, no sustituye las competencias técnicas del Ministerio de Salud, no crea estructuras administrativas paralelas y no modifica las competencias de los gobiernos regionales.

En consecuencia, la entrada en vigor de la ley no genera antinomias, vacíos ni duplicidades normativas. Su efecto consiste en complementar el ordenamiento sanitario vigente mediante reglas de ampliación progresiva, planificación anual, sostenibilidad presupuestaria, actualización tecnológica, tamizaje molecular, continuidad asistencial, interoperabilidad, protección de datos y rendición de cuentas.

VII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

7.1. Metodología del análisis

El presente análisis costo-beneficio se desarrolla conforme a lo exigido por el artículo 75 del Reglamento del Congreso de la República, aplicable supletoriamente a la Cámara de Diputados, que establece que las proposiciones de ley deben contener una exposición de motivos en la que se expresen sus fundamentos, el efecto de la vigencia de la norma sobre la legislación nacional y el análisis costo-beneficio de la futura norma legal. (Fuente: Reglamento del Congreso de la República, artículo 75; Reglamento de la Cámara de Diputados, aprobado mediante Resolución Legislativa del Congreso 005-2025-2026-CR, disposición relativa a la aplicación supletoria del Reglamento del Congreso).

El análisis comprende los efectos monetarios y no monetarios de la iniciativa, identifica a los sectores beneficiados, reconoce los costos directos e indirectos de su implementación y evalúa los riesgos presupuestarios y operativos que podrían derivarse

de la ampliación progresiva de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y del fortalecimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino.

La evaluación no parte de la afirmación de que la propuesta carece de costo. La adquisición de dosis adicionales, el fortalecimiento del tamizaje molecular, la implementación de la autotoma, la continuidad asistencial y la adecuación de los sistemas de información pueden generar costos incrementales para las entidades competentes.

La fórmula legislativa reconoce dichos costos y condiciona la implementación de las nuevas intervenciones a la programación sanitaria, los créditos presupuestarios autorizados, la disponibilidad de vacunas, la capacidad operativa y la incorporación expresa de cada cohorte en el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano correspondiente a cada año fiscal.

7.2. Situación de partida y alcance económico de la propuesta

El Esquema Nacional de Inmunizaciones vigente contempla la vacunación gratuita contra el VPH de niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años. La propuesta no modifica negativamente dicha cobertura ni reduce su prioridad sanitaria. (Fuente: Ministerio de Salud, Esquema Nacional de Inmunizaciones vigente, apartado correspondiente a la vacunación de personas de 9 a 18 años contra el Virus del Papiloma Humano).

Durante el año 2025, el Ministerio de Salud aprobó el Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano mediante Resolución Ministerial 060-2025-MINSA y programó la vacunación de más de 918 000 niñas, niños y adolescentes. El desarrollo de dicho plan demuestra que el país cuenta con una estructura operativa de adquisición, distribución, brigadas, registro y aplicación de la vacuna que puede servir como base para una ampliación progresiva, sin perjuicio de las capacidades adicionales que deban implementarse. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial 060-2025-MINSA, publicada el 31 de enero de 2025, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para el Año Fiscal 2025"; Ministerio de Salud, nota informativa del 31 de enero de 2025 sobre la meta nacional de vacunación contra el VPH).

La población de 19 a 26 años no constituye una cohorte uniforme. Dentro de ese grupo existen personas vacunadas, personas con esquemas incompletos, personas que no fueron vacunadas oportunamente y personas respecto de las cuales no se dispone de información interoperable suficiente.

En consecuencia, el costo de la ampliación no puede calcularse multiplicando mecánicamente la totalidad de la población de 19 a 26 años por el precio de una dosis. La estimación debe identificar previamente a la población pendiente de vacunación, evitar duplicidades y determinar las cohortes que puedan incorporarse efectivamente en cada ejercicio fiscal.

El proyecto traslada esa determinación al Plan Nacional anual, que debe identificar la población que será incorporada, el número estimado de dosis, el costo de la

intervención, los créditos presupuestarios autorizados, las fuentes de financiamiento y la capacidad operativa necesaria.

7.3. Beneficiarios directos

Son beneficiarios directos de la propuesta:

a) Las niñas, niños y adolescentes de 9 a 18 años, cuya cobertura mantiene carácter prioritario y no puede ser afectada por la incorporación de nuevas cohortes.
b) Las personas de 19 a 26 años que no fueron vacunadas oportunamente y que sean incorporadas progresivamente mediante el Plan Nacional correspondiente.
c) Las personas mayores de 26 años pertenecientes a grupos de riesgo o con condiciones médicas que justifiquen la inmunización, cuando el Ministerio de Salud establezca esquemas específicos conforme a la evidencia científica y la disponibilidad presupuestaria.
d) Las mujeres y demás personas con cuello uterino comprendidas en las estrategias de tamizaje, que podrán acceder progresivamente a pruebas moleculares de alto desempeño y, cuando corresponda, a la modalidad de autotoma.
e) Las personas con resultados positivos, al establecerse una ruta de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento oportuno.
f) Las poblaciones rurales, dispersas, indígenas, fronterizas o con dificultades geográficas, culturales, económicas o sociales para acceder a establecimientos de salud, para quienes la ampliación territorial del tamizaje y la autotoma puede reducir barreras de acceso.
g) Las personas cuyos antecedentes de vacunación, tamizaje o atención se encuentren fragmentados, debido al fortalecimiento de la interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria.

7.4. Beneficiarios indirectos

El sistema de salud constituye un beneficiario indirecto porque la prevención o detección temprana de lesiones precancerosas puede reducir, en el mediano y largo plazo, la demanda de procedimientos diagnósticos complejos, tratamientos oncológicos, hospitalización, radioterapia, quimioterapia, cirugías y cuidados paliativos.

También se benefician las familias y personas cuidadoras, al reducirse los gastos de bolsillo, los desplazamientos, el tiempo destinado al cuidado, la pérdida de ingresos y las consecuencias emocionales asociadas al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino.

El Estado y la economía nacional pueden obtener beneficios derivados de una menor pérdida de productividad, menor discapacidad, reducción de fallecimientos prematuros y conservación de años de vida saludable.

Los gobiernos regionales se benefician de una planificación anual más previsible, porque el Plan Nacional debe establecer metas territoriales, dosis requeridas, programación física y financiera, fuentes de financiamiento, indicadores y responsables.

El Congreso de la República también obtiene un beneficio institucional, pues el fortalecimiento del informe anual permite ejercer un control político y presupuestario basado en información sobre coberturas, brechas, abastecimiento, ejecución financiera y resultados.

7.5. Costos directos de la ampliación de la vacunación

El principal costo directo corresponde a la adquisición de las dosis necesarias para las cohortes de 19 a 26 años que sean incorporadas progresivamente.

La determinación del costo anual debe considerar, como mínimo:

a) El número de personas pendientes de vacunación dentro de la cohorte incorporada.
b) El número de dosis aplicable conforme al esquema técnico aprobado por el Ministerio de Salud.
c) El precio unitario de adquisición de la vacuna.
d) Los costos de almacenamiento y conservación.
e) Los costos de transporte y distribución territorial.
f) La continuidad de la cadena de frío.
g) La disponibilidad de personal y brigadas de vacunación.
h) Los materiales e insumos necesarios para la aplicación.
i) El registro, monitoreo, comunicación y seguimiento de la vacunación.
j) Las medidas de respuesta frente a riesgos de desabastecimiento.

La programación debe considerar las condiciones de adquisición disponibles para el Estado, incluidas las compras realizadas mediante los mecanismos internacionales o nacionales que correspondan, pero sin fijar legislativamente un proveedor, una marca o un precio determinado.

La incorporación progresiva permite distribuir el costo entre sucesivos ejercicios fiscales y ajustar el ritmo de ampliación a la capacidad financiera y operativa del sector salud. También reduce el riesgo de adquirir dosis que no puedan ser aplicadas oportunamente o que se afecte el abastecimiento destinado a la población prioritaria.

7.6. Costos de la actualización tecnológica de las vacunas

La transición hacia vacunas con una cobertura genotípica diferente puede generar un costo superior al de las tecnologías previamente utilizadas. Sin embargo, la iniciativa no dispone una sustitución automática ni impone la adquisición inmediata de una tecnología específica.

Toda actualización debe encontrarse sustentada en la evaluación de tecnologías sanitarias y considerar la seguridad, efectividad, costo-efectividad, impacto presupuestario y sostenibilidad.

El Ministerio de Salud ya aprobó durante 2025 la incorporación de vacunas actualizadas contra el VPH en el Esquema Nacional de Inmunizaciones, lo que demuestra que las decisiones tecnológicas pueden adoptarse mediante instrumentos sectoriales sin necesidad de que la ley determine una marca o composición específica. (Fuente: Ministerio de Salud, Resolución Ministerial 474-2025-MINSA, publicada en julio de 2025, que modifica la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación e incorpora vacunas actualizadas contra el VPH).

La disposición propuesta consolida el deber de evaluación periódica, pero preserva la competencia del Ministerio de Salud para determinar cuándo una actualización resulta sanitaria y económicamente sostenible.

7.7. Costos del tamizaje molecular y de la modalidad de autotoma

La ampliación progresiva del tamizaje molecular puede generar costos relacionados con la adquisición de pruebas, dispositivos de recolección, insumos, equipamiento, servicios de laboratorio, transporte de muestras, recursos humanos, procesamiento, comunicación de resultados y control de calidad.

La modalidad de autotoma puede requerir inversiones iniciales en dispositivos, orientación sanitaria, capacitación, trazabilidad, logística y adecuación de los procesos. No obstante, también puede reducir determinados costos de acceso, facilitar la cobertura en zonas alejadas y permitir una utilización más eficiente de los recursos clínicos disponibles.

La autotoma no elimina la intervención del sistema de salud. Las personas con resultados positivos deben ser vinculadas a los servicios de evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento. En consecuencia, el costo de la estrategia no debe calcularse considerando únicamente el dispositivo de recolección, sino la ruta asistencial completa.

La implementación progresiva y territorialmente programada permite priorizar las zonas con mayores brechas, evaluar resultados, corregir dificultades operativas y evitar una expansión nacional inmediata sin capacidad de procesamiento o seguimiento.

7.8. Costos de interoperabilidad y protección de datos

La integración de la información sobre vacunación, tamizaje, seguimiento y atención puede requerir adecuaciones tecnológicas, desarrollo de interfaces, mecanismos de autenticación, fortalecimiento de la seguridad digital, capacitación de personal y mejora de la calidad de los registros.

Estos costos se reducen porque el proyecto no crea un nuevo registro nacional ni una plataforma paralela. La propuesta ordena utilizar e integrar los sistemas de información sanitaria existentes bajo conducción del Ministerio de Salud.

La interoperabilidad puede producir ahorros al evitar registros duplicados, mejorar la identificación de personas pendientes de vacunación, prevenir la repetición innecesaria de pruebas, facilitar el seguimiento y generar información más confiable para la compra y distribución de vacunas e insumos.

El tratamiento de datos debe incorporar medidas de seguridad proporcionales a su carácter sensible. Dichas medidas forman parte del costo ordinario y necesario de una política sanitaria basada en información personal y no pueden ser omitidas bajo el argumento de reducir gastos.

7.9. Costos administrativos y regulatorios

La iniciativa genera costos administrativos vinculados con:

a) La adecuación de la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Inmunizaciones.
b) La adecuación de la Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino.
c) La aprobación o adecuación de instrumentos operativos.
d) La elaboración y actualización anual del Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano.
e) La elaboración del informe anual dirigido al Congreso de la República.
f) La coordinación con gobiernos regionales, gobiernos locales, instituciones educativas y demás entidades competentes.
g) El seguimiento de indicadores físicos, presupuestarios, territoriales y sanitarios.

Estos costos pueden ser asumidos mediante las funciones, órganos y sistemas existentes del Ministerio de Salud y de las entidades competentes. El proyecto no crea organismos, unidades ejecutoras, fondos, comisiones permanentes ni nuevas estructuras administrativas.

7.10. Beneficios sanitarios y sociales no monetarios

El principal beneficio no monetario es la reducción del riesgo de infección persistente por tipos de VPH asociados con el cáncer de cuello uterino y la detección temprana de lesiones precursoras.

La Organización Mundial de la Salud considera que la vacunación contra el VPH constituye una de las medidas de salud pública más costo-efectivas para prevenir el cáncer de cuello uterino. Asimismo, su Estrategia Mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino articula tres metas: vacunación, tamizaje mediante pruebas de alto desempeño y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasivo. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem", publicada el 17 de noviembre de 2020; Organización Mundial de la Salud, "Immunizing against HPV", información institucional sobre vacunación y prevención del cáncer de cuello uterino).

La propuesta se encuentra alineada con dicha estrategia porque no limita la intervención a la aplicación de vacunas. Incorpora tamizaje molecular, autotoma, comunicación de resultados, seguimiento y tratamiento oportuno.

Otros beneficios no monetarios comprenden:

a) Mayor equidad en el acceso a intervenciones preventivas.
b) Reducción de brechas territoriales y socioeconómicas.

c) Mayor autonomía de las personas que opten por la autotoma dentro de las condiciones sanitarias establecidas.
d) Mayor confianza en el sistema de salud mediante información transparente sobre coberturas y abastecimiento.
e) Mejor protección de los datos personales y sanitarios.
f) Fortalecimiento de la continuidad de la atención.
g) Mejora de la capacidad de planificación y evaluación de las políticas públicas.

7.11. Impacto sobre la población prioritaria de 9 a 18 años

La ampliación hasta los 26 años podría generar un costo de oportunidad si las dosis, el presupuesto, el personal o la capacidad logística destinados a la población de 9 a 18 años fueran desplazados hacia las nuevas cohortes.

El proyecto neutraliza este riesgo mediante una regla expresa: la incorporación de la población de 19 a 26 años debe programarse sin menoscabar la cobertura prioritaria prevista en el Esquema Nacional de Inmunizaciones.

El Plan Nacional anual debe identificar las dosis necesarias para ambos grupos y acreditar el sustento presupuestario y operativo de cada cohorte incorporada. Si no existen recursos suficientes, no procede incorporar nuevas cohortes durante el año fiscal correspondiente.

Esta salvaguarda resulta fundamental porque la mayor efectividad preventiva de la vacuna se obtiene cuando se aplica antes de una eventual exposición al VPH. La ampliación hacia adultos jóvenes debe complementar, y nunca reemplazar, la vacunación temprana.

7.12. Impacto sobre las finanzas públicas y cumplimiento del artículo 79 de la Constitución

El artículo 79 de la Constitución Política del Perú establece que los representantes ante el Congreso no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos, salvo en lo relativo a su presupuesto.

La propuesta no asigna partidas específicas, no ordena realizar transferencias, no crea fondos, no establece remuneraciones, no dispone contrataciones de personal, no autoriza endeudamiento ni obliga a incorporar inmediatamente a la totalidad de la población de 19 a 26 años.

La implementación se financia con cargo a los créditos presupuestarios autorizados al Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y las demás entidades competentes, conforme al Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, y a las leyes anuales de presupuesto.

La aprobación de la ley no autoriza gastos no previstos ni habilita por sí misma modificaciones presupuestarias. Las modificaciones que resulten necesarias deben ser aprobadas por las entidades competentes con sujeción a las reglas, límites y procedimientos del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

La incorporación de cada cohorte queda condicionada a que el Plan Nacional anual identifique expresamente la población, el número de dosis, el costo, los créditos presupuestarios autorizados, la fuente de financiamiento y la capacidad operativa.

La ausencia de créditos suficientes impide incorporar nuevas cohortes durante el año fiscal correspondiente, pero no puede afectar la continuidad de las coberturas, esquemas e intervenciones sanitarias previamente implementadas.

Estas reglas recogen el criterio desarrollado por el Tribunal Constitucional según el cual el análisis de iniciativas con impacto económico debe considerar la disponibilidad de recursos, la programación presupuestaria y las competencias constitucionales del Poder Ejecutivo. (Fuente: Tribunal Constitucional, sentencia recaída en el Expediente 00018-2023-PI/TC, fundamentos relativos a la iniciativa de gasto público, sostenibilidad fiscal y coordinación entre el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo).

7.13. Riesgos de implementación y medidas de mitigación

El primer riesgo consiste en que la ampliación etaria supere la capacidad presupuestaria o logística disponible. La medida de mitigación es la incorporación progresiva por cohortes y su condicionamiento a la programación anual.

El segundo riesgo consiste en afectar la vacunación de la población de 9 a 18 años. La medida de mitigación es la prohibición expresa de menoscabar su cobertura prioritaria.

El tercer riesgo es el desabastecimiento de vacunas. El Plan Nacional debe contener medidas para asegurar su disponibilidad, la continuidad de la cadena de frío y la respuesta frente a riesgos de desabastecimiento.

El cuarto riesgo consiste en ampliar el tamizaje sin capacidad suficiente para procesar las muestras o atender resultados positivos. La medida de mitigación es exigir que la expansión sea progresiva y esté vinculada con rutas de seguimiento, confirmación diagnóstica y tratamiento.

El quinto riesgo es la duplicidad de registros o intervenciones. La interoperabilidad de los sistemas de información permite identificar antecedentes de vacunación y tamizaje y mejorar la asignación de recursos.

El sexto riesgo corresponde al tratamiento indebido de datos sensibles. La medida de mitigación consiste en sujetar su utilización a la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento y las disposiciones sobre seguridad digital y confidencialidad sanitaria.

El séptimo riesgo es que la actualización tecnológica sea confundida con una obligación de adquirir inmediatamente una vacuna o prueba determinada. La medida de mitigación es exigir evaluación de tecnologías sanitarias, costo-efectividad, impacto presupuestario y sostenibilidad.

7.14. Sectores que podrían resultar afectados

No se identifica un sector social que resulte jurídicamente perjudicado por la aprobación de la propuesta. Sin embargo, existe un costo de oportunidad para el presupuesto

público, pues los recursos destinados a nuevas cohortes o tecnologías dejan de estar disponibles para otras intervenciones sanitarias.

Este efecto exige que el Ministerio de Salud priorice las incorporaciones conforme a criterios epidemiológicos, sanitarios, territoriales y presupuestarios, y que el Plan Nacional permita comparar las necesidades de la ampliación con otras obligaciones del sector.

Los establecimientos de salud, laboratorios y gobiernos regionales pueden afrontar una mayor carga operativa. Por esta razón, la incorporación de nuevas cohortes y la ampliación del tamizaje deben corresponderse con la disponibilidad de personal, equipamiento, laboratorios, logística y capacidad de seguimiento.

Las entidades educativas, gobiernos locales y otras instituciones que participen en las estrategias territoriales pueden asumir funciones de coordinación, pero la propuesta no les transfiere obligaciones clínicas ni presupuestarias que correspondan al Ministerio de Salud o a los gobiernos regionales.

7.15. Balance entre costos y beneficios

La iniciativa genera costos fiscales, administrativos, logísticos y tecnológicos. Dichos costos son reales y deben ser calculados antes de incorporar cada cohorte o ampliar territorialmente las nuevas intervenciones.

No obstante, la propuesta introduce mecanismos que permiten controlar dichos costos:

a) Implementación progresiva.
b) Programación anual por cohortes.
c) Identificación previa de la población pendiente.
d) Evaluación de tecnologías sanitarias.
e) Determinación de dosis y costos.
f) Identificación de créditos presupuestarios y fuentes de financiamiento.
g) Prohibición de afectar la cobertura prioritaria.
h) Utilización de sistemas y estructuras administrativas existentes.
i) Imposibilidad de incorporar nuevas cohortes sin presupuesto suficiente.
j) Seguimiento físico, presupuestario y sanitario mediante indicadores.

Los beneficios comprenden la prevención de infecciones, reducción del riesgo de cáncer de cuello uterino, detección temprana de lesiones precursoras, disminución potencial de tratamientos oncológicos complejos, reducción de gastos de bolsillo, conservación de años de vida saludable, mayor productividad y fortalecimiento de la equidad sanitaria.

Considerando que los beneficios preventivos se materializan principalmente en el mediano y largo plazo, la evaluación no debe limitarse al costo inmediato de adquisición de vacunas o pruebas. Debe comparar dicho costo con los gastos sanitarios, familiares, laborales y sociales que pueden evitarse mediante la prevención y detección temprana.

7.16. Conclusión del análisis costo-beneficio

La propuesta presenta un balance favorable porque fortalece intervenciones preventivas reconocidas por su impacto sanitario y establece mecanismos expresos para controlar su costo y evitar una expansión fiscal desordenada.

La ley no elimina la necesidad de una estimación anual. Por el contrario, convierte dicha estimación en una obligación del Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, que debe determinar la población que será incorporada, las dosis, el costo, la programación física y financiera, los créditos presupuestarios, las fuentes de financiamiento y la capacidad operativa.

En consecuencia, la aprobación de la iniciativa resulta viable siempre que su implementación preserve las siguientes condiciones:

a) Prioridad efectiva de la población de 9 a 18 años.
b) Incorporación progresiva de las cohortes de 19 a 26 años.
c) Existencia de créditos presupuestarios autorizados.
d) Programación sanitaria y financiera previa.
e) Evaluación de tecnologías sanitarias.
f) Disponibilidad de vacunas, pruebas, laboratorios y capacidad operativa.
g) Continuidad del seguimiento y tratamiento de las personas con resultados positivos.
h) Cumplimiento de la legislación presupuestaria y de protección de datos personales.

Bajo estas condiciones, los beneficios sanitarios, sociales e institucionales esperados justifican los costos de implementación, sin que la aprobación de la ley constituya por sí misma una autorización de gasto ni una obligación de incorporar nuevas cohortes sin respaldo presupuestario.

VIII. VINCULACIÓN CON LAS POLÍTICAS DEL ACUERDO NACIONAL, LAS POLÍTICAS NACIONALES Y LA AGENDA LEGISLATIVA

8.1. Vinculación con la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional

La iniciativa se encuentra directamente vinculada con la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional, denominada "Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social".

Esta política contiene el compromiso de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Asimismo, promueve la ampliación y descentralización de los servicios de salud, la prevención de enfermedades y el acceso equitativo a intervenciones sanitarias esenciales. (Fuente: Acuerdo Nacional, Política de Estado 13, "Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social", aprobada el 22 de julio de 2002).

La propuesta desarrolla estos compromisos mediante:

a) La conservación de la vacunación gratuita y prioritaria contra el Virus del Papiloma Humano para la población de 9 a 18 años.

b) La incorporación progresiva de cohortes de personas de 19 a 26 años que no fueron vacunadas oportunamente.

c) La posibilidad de establecer esquemas para personas mayores de 26 años pertenecientes a grupos de riesgo o con condiciones médicas que justifiquen la inmunización.

d) La ampliación progresiva del tamizaje molecular para la detección del VPH de alto riesgo.

e) La implementación de la modalidad de autotoma como mecanismo para reducir barreras de acceso.

f) La vinculación de las personas con resultados positivos con los servicios de seguimiento, evaluación, confirmación diagnóstica cuando corresponda y tratamiento oportuno.

g) La programación territorial de las intervenciones y la identificación de brechas de cobertura.

h) El fortalecimiento de la transparencia, la interoperabilidad y la rendición de cuentas.

La iniciativa también responde al principio de continuidad de la atención contenido en la Política de Estado 13. La propuesta no se limita a ampliar la aplicación de vacunas o la realización de pruebas, sino que exige que las personas con resultados positivos sean incorporadas a una ruta de atención que permita evitar la pérdida del seguimiento.

La ampliación territorial del tamizaje molecular y de la autotoma puede beneficiar especialmente a personas que enfrentan barreras geográficas, económicas, culturales o sociales para acceder a los establecimientos de salud. De este modo, la propuesta contribuye a reducir desigualdades y a acercar las intervenciones preventivas a poblaciones históricamente desatendidas.

8.2. Vinculación con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable"

La iniciativa se encuentra alineada con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", aprobada mediante Decreto Supremo 026-2020-SA.

Dicha política identifica como problema público los años de vida saludables perdidos por causas evitables y plantea una respuesta orientada a mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables; asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos; y fortalecer las condiciones sociales, institucionales y territoriales relacionadas con la salud. (Fuente: Decreto Supremo 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", publicado en el Diario Oficial El Peruano el 24 de agosto de 2020).

La propuesta contribuye al cumplimiento de esta política porque prioriza intervenciones preventivas frente a una infección asociada con el cáncer de cuello uterino y fortalece la detección temprana de lesiones precursoras.

La articulación de vacunación, tamizaje, seguimiento y tratamiento responde al enfoque de cuidado integral por curso de vida. Asimismo, la programación por cohortes y territorios permite adecuar las intervenciones a las necesidades epidemiológicas y a la capacidad operativa del sistema sanitario.

La interoperabilidad de la información contribuye a mejorar la gestión de los servicios y la continuidad de la atención. A su vez, la publicación del Plan Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y el fortalecimiento del informe anual al Congreso favorecen la transparencia, el seguimiento de resultados y la evaluación de la política pública.

8.3. Vinculación con el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030

La iniciativa guarda concordancia con el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030, aprobado mediante Decreto Supremo 016-2025-SA.

Este instrumento orienta la actuación del Estado hacia la promoción de estilos de vida saludables, prevención, detección temprana, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y cuidados integrales frente al cáncer. (Fuente: Decreto Supremo 016-2025-SA, que aprueba el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030, publicado el 10 de septiembre de 2025).

La propuesta contribuye al cumplimiento del plan mediante dos niveles complementarios de prevención:

a) Prevención primaria, a través de la vacunación contra el VPH y la recuperación progresiva de personas que no fueron inmunizadas oportunamente.

b) Prevención secundaria, mediante el fortalecimiento del tamizaje molecular, la autotoma y la atención de las personas con resultados positivos.

El proyecto no sustituye ni modifica el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030. Su finalidad es otorgar respaldo legal permanente a intervenciones prioritarias y establecer garantías de implementación progresiva, continuidad asistencial, planificación, transparencia y sostenibilidad presupuestaria.

La iniciativa también evita petrificar en la ley decisiones clínicas o tecnológicas que deben poder actualizarse. Corresponde al Ministerio de Salud determinar las vacunas, pruebas, periodicidades, esquemas y procedimientos aplicables conforme a la evidencia científica y a la evaluación de tecnologías sanitarias.

8.4. Vinculación con la estrategia internacional para la eliminación del cáncer de cuello uterino

La propuesta es compatible con la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.

La estrategia plantea para el año 2030 las metas 90-70-90: que el 90 % de las niñas se encuentre vacunado completamente contra el VPH antes de cumplir los 15 años; que el 70 % de las mujeres sea tamizado mediante una prueba de alto desempeño a los 35 años y nuevamente a los 45 años; y que el 90 % de las mujeres con lesiones precancerosas o cáncer invasivo reciba tratamiento. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, "Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem", publicada el 17 de noviembre de 2020).

La iniciativa no traslada mecánicamente estas metas al ordenamiento nacional ni altera las edades, periodicidades o criterios técnicos establecidos por el Ministerio de Salud. Su compatibilidad reside en articular los mismos componentes esenciales: vacunación, tamizaje mediante pruebas de alto desempeño y continuidad del tratamiento.

La conservación de la prioridad de la población de 9 a 18 años es concordante con la centralidad que la estrategia internacional atribuye a la vacunación temprana. La ampliación progresiva de 19 a 26 años constituye una medida complementaria de recuperación y no desplaza el objetivo principal de inmunizar oportunamente a niñas, niños y adolescentes.

8.5. Vinculación con la agenda parlamentaria en materia de salud pública

La ampliación de la vacunación contra el VPH hasta los 26 años forma parte de una materia que ya ha sido evaluada por el Congreso de la República.

Durante el periodo parlamentario 2021-2026 fueron presentados los Proyectos de Ley 14321/2025-CR y 14456/2025-CR, que propusieron modificar la Ley 31883 para ampliar la cohorte de vacunación contra el VPH hasta los 26 años.

La Comisión de Salud y Población aprobó el dictamen recaído en ambas iniciativas durante junio de 2026. Posteriormente, el dictamen fue incorporado como punto 107 de la agenda de la Comisión Permanente en julio de 2026. (Fuente: Congreso de la República, Centro de Noticias del Congreso, información correspondiente a la sesión de la Comisión de Salud y Población del 5 de junio de 2026; Congreso de la República, Agenda de la Comisión Permanente del 9 de julio de 2026, punto SALUD 107, Proyectos de Ley 14321/2025-CR y 14456/2025-CR).

La presente iniciativa se inserta, por tanto, en una línea de trabajo parlamentario previamente identificada y responde a una preocupación legislativa concreta: cerrar la brecha de vacunación de personas que superaron la edad escolar sin haber sido inmunizadas.

No obstante, la propuesta posee un alcance adicional porque incorpora:

a) Implementación progresiva por cohortes.

b) Salvaguarda de la población prioritaria de 9 a 18 años.

c) Programación física y financiera anual.

d) Identificación de créditos presupuestarios y fuentes de financiamiento.

e) Evaluación de tecnologías sanitarias.

f) Fortalecimiento del tamizaje molecular.

g) Ampliación progresiva de la autotoma.

h) Continuidad asistencial para las personas con resultados positivos.

i) Interoperabilidad y protección de datos personales.

j) Fortalecimiento del informe anual al Congreso.

k) Transparencia del Plan Nacional y de sus modificaciones.

De esta manera, la iniciativa recoge el objetivo de ampliación etaria previamente debatido y lo integra dentro de una reforma más amplia orientada a fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino.

8.6. Tratamiento de los antecedentes en el nuevo procedimiento parlamentario

Los Proyectos de Ley 14321/2025-CR y 14456/2025-CR deben ser reconocidos como antecedentes legislativos directos. Sin embargo, su existencia no determina automáticamente la acumulación procesal con la presente iniciativa.

Corresponde a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados verificar el estado parlamentario de dichos proyectos, su eventual continuidad bajo las disposiciones de transición hacia el sistema bicameral y la procedencia de cualquier medida de acumulación, integración temática o consideración de sus contenidos.

Si dichos proyectos no conservan estado parlamentario activo, deben mantenerse como antecedentes legislativos y fuentes de referencia, pero no como expedientes susceptibles de acumulación formal.

Si conservaran estado parlamentario y existiera coincidencia material suficiente, la comisión competente podrá evaluar la alternativa procesal que corresponda conforme al Reglamento de la Cámara de Diputados.

Esta precisión evita afirmar anticipadamente una acumulación que depende del estado oficial de los expedientes y de una decisión de la comisión competente.

8.7. Valor agregado frente a los antecedentes parlamentarios

El valor agregado de la iniciativa consiste en establecer una solución integral y jurídicamente ejecutable.

La sola ampliación del límite etario hasta los 26 años podría generar dificultades presupuestarias y operativas si fuera interpretada como un mandato de incorporación inmediata de toda la población comprendida en ese rango.

La propuesta supera ese riesgo mediante una implementación progresiva por cohortes y un Plan Nacional anual que debe identificar:

a) La población pendiente de vacunación.

b) La cohorte que será incorporada.

c) El número estimado de dosis.

d) El costo de la intervención.

e) La programación de adquisición, recepción, distribución y aplicación.

f) Los créditos presupuestarios autorizados.

g) Las fuentes de financiamiento.

h) La capacidad operativa.

i) Los indicadores de cobertura y resultados.

j) Las entidades responsables y los mecanismos de coordinación.

El proyecto también evita que la ampliación hasta los 26 años perjudique a la población de 9 a 18 años, al disponer que las nuevas cohortes solo pueden incorporarse sin menoscabar su cobertura prioritaria.

Finalmente, la propuesta aborda la prevención del cáncer de cuello uterino desde una perspectiva continua. La vacunación previene la infección, el tamizaje permite identificar riesgos o lesiones tempranas y las rutas de atención deben asegurar que un resultado positivo conduzca al seguimiento y tratamiento correspondiente.

8.8. Contribución a la igualdad y no discriminación

La iniciativa contribuye a la igualdad en el acceso a la salud porque busca reducir las diferencias existentes entre las personas que pudieron vacunarse durante la etapa escolar y aquellas que, por razones territoriales, sociales, familiares, institucionales o económicas, no accedieron oportunamente a la inmunización.

La incorporación progresiva de hombres y mujeres dentro de las cohortes aprobadas permite que la política pública no dependa exclusivamente del sexo de la persona, sino de los criterios sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud.

La ampliación del tamizaje molecular y de la autotoma puede reducir barreras que afectan especialmente a mujeres de zonas rurales, indígenas, amazónicas, altoandinas, fronterizas o con dificultades para acceder regularmente a un establecimiento de salud.

La prohibición de utilizar la información recopilada para discriminar, restringir derechos o condicionar el acceso a servicios educativos, laborales, sanitarios o de otra naturaleza constituye una garantía adicional de igualdad y protección de derechos fundamentales.

8.9. Concordancia con el principio de descentralización

La ejecución de las intervenciones requiere la participación de los gobiernos regionales, las direcciones o gerencias regionales de salud, las redes integradas de salud, los establecimientos de salud y las demás entidades competentes.

La propuesta no modifica las competencias establecidas en la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. El Ministerio de Salud conserva la rectoría nacional, mientras que los gobiernos regionales participan en la programación, ejecución, distribución, vacunación, tamizaje, seguimiento y reporte dentro de sus respectivos ámbitos territoriales.

El Plan Nacional debe contener metas nacionales y territoriales, indicadores, responsables y mecanismos de coordinación. Esta programación permite que la ampliación responda a las brechas reales de cada territorio y no se limite a una meta nacional agregada.

La coordinación con los gobiernos locales, instituciones educativas y organizaciones comunitarias puede facilitar las campañas territoriales, pero no les transfiere competencias clínicas ni obligaciones presupuestarias que correspondan al sector salud.

8.10. Concordancia con el principio de sostenibilidad

La propuesta incorpora la sostenibilidad sanitaria, operativa y presupuestaria como condición de implementación.

La ampliación de la vacunación, la actualización tecnológica, el tamizaje molecular, la autotoma y la interoperabilidad deben desarrollarse progresivamente, de acuerdo con la programación sanitaria, la disponibilidad presupuestaria y la capacidad operativa.

La ausencia de créditos presupuestarios suficientes impide incorporar nuevas cohortes durante el ejercicio fiscal correspondiente. Esta restricción no puede utilizarse, sin embargo, para interrumpir coberturas, esquemas o intervenciones que ya hubieran sido implementados.

La programación anual y la proyección multianual referencial permiten que el crecimiento de la cobertura sea previsible, evaluable y compatible con las reglas del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

8.11. Síntesis de la vinculación estratégica

La iniciativa se encuentra vinculada con:

a) La Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional, "Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social".

b) La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", aprobada mediante Decreto Supremo 026-2020-SA.

c) El Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030, aprobado mediante Decreto Supremo 016-2025-SA.

d) La Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino.

e) La agenda parlamentaria que durante 2026 abordó la ampliación de la vacunación contra el VPH hasta los 26 años.

f) Los principios de prevención, equidad, continuidad asistencial, descentralización, transparencia, sostenibilidad y protección de datos personales.

En consecuencia, la propuesta no constituye una intervención normativa aislada. Se integra en las políticas nacionales de salud, desarrolla compromisos del Acuerdo Nacional, recoge antecedentes parlamentarios verificables y fortalece una línea de prevención sanitaria orientada a reducir progresivamente la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino.

Su valor principal consiste en articular la ampliación progresiva de la vacunación hasta los 26 años con medidas de prevención secundaria, continuidad asistencial, planificación anual, sostenibilidad presupuestaria, interoperabilidad, transparencia y rendición de cuentas, preservando la prioridad de la vacunación temprana y la rectoría técnica del Ministerio de Salud.