



**Seguimiento Concertado a
las Políticas de Salud**
Sub grupo de Inmunizaciones

Junio, 2025

**Alerta sobre
Bajas Coberturas
de Vacunación en la
Infancia, brote de
enfermedades
inmunoprevenibles
y riesgo de incremento
de mortalidad infantil
en el Perú**



ALERTA N° 2-2025-SC/GT SALUD-MCLCP



Alerta sobre Bajas Coberturas de Vacunación en la Infancia, brote de enfermedades inmunoprevenibles y riesgo de incremento de mortalidad infantil en el Perú

-Aprobado el 13 de junio de 2025-

ALERTA N° 2-2025-SC/GT SALUD-MCLCP¹.

Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) - Sub grupo de Inmunizaciones²

Desde el año 2008, la **Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP** realiza un seguimiento concertado a los programas presupuestales de salud, con énfasis en la primera infancia, a fin de identificar/analizar los avances y retrocesos observados y plantear recomendaciones para una mejor gestión e implementación de las políticas y/o programas de salud y logro de resultados en la población.

En el marco del seguimiento concertado entre las instituciones del Estado, sociedad civil y cooperación que impulsa la MCLCP, se han elaborado reportes y alertas sobre el avance de las coberturas de vacunación en el país desde el año 2014 hasta la actualidad³ a través del “**Sub grupo de Inmunizaciones**”. El reporte más reciente de la MCLCP corresponde al año 2024⁴.

Durante los años de la pandemia de COVID-19 (2020-2022), continuamos con el seguimiento concertado al avance de las coberturas de vacunación regular, donde observamos que se redujeron drásticamente en la población, no sólo en Perú, sino también en todo el mundo, esto tuvo un mayor impacto en la población de niños y niñas, y supuso un aumento en el número de

¹ Documento de trabajo presentado en sesión del Subgrupo de Inmunizaciones del 05 de junio de 2025 y aprobado el 13 de junio de 2025.

² **Equipo de asesores en inmunizaciones:** Iniciativa Regional Voces Ciudadanas, Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, PRISMA, Colectivo Neonatal, y el INSN Breña. **Coordinación:** Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

³ <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-04-25/mclcp-documentos-aprobados-relacionados-a-la-vacunacion-2010-2024-con-gr2.pdf>

⁴ MCLCP-Reporte N° 1-2025. Avances y Desafíos en la Vacunación Año 2024: <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-04-29/reporte-sobre-situacion-de-las-vacunas.pdf>

niños y niñas que se encuentran desprotegidos y/o susceptibles ante algunas de las enfermedades más graves de la infancia como difteria, sarampión y poliomielitis, entre otros⁵.

En el 2023, la MCLCP a través del “Subgrupo de Immunizaciones” emitió una alerta por el caso del niño indígena con poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en la provincia del Datem del Marañón, departamento de Loreto⁶, y se planteó la urgencia de garantizar su atención integral, incrementar las coberturas de vacunación y fortalecer la vigilancia epidemiológica. El caso del niño con parálisis flácida aguda/poliomielitis en la Amazonía peruana puso en evidencia la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el país, incluido la vacunación; la vulneración del derecho a la salud del niño, la fragilidad del sistema de salud y las brechas existentes en la vacunación regular en la infancia. Asimismo, **en el 2024**, la MCLCP a través del “Subgrupo de Immunizaciones” emitió una alerta ante riesgo de introducción de casos importados de sarampión, rubeola en el Perú⁷.

*Lamentablemente, aún no se ha logrado recuperar en el país las coberturas de vacunación regular al nivel recomendado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) de **95% de coberturas de vacunación para prevenir brotes de enfermedades infecciosas.***

La presente alerta elaborada a través del “**Sub grupo de Inmunizaciones**” de la MCLCP, hace una llamado urgente a garantizar el derecho a la salud en la infancia, a incrementar las coberturas de vacunación; a controlar los brotes emergentes o reemergentes por enfermedades prevenibles mediante la vacunación como tos ferina, fiebre amarilla, sarampión y varicela, y a prevenir y reducir la mortalidad infantil en el país, con la inclusión de los enfoque de interculturalidad en las políticas, planes y estrategias territoriales, con énfasis en la población rural e indígena de las regiones de la Amazonía peruana. **Asimismo, hacemos un llamado urgente a declarar en emergencia sanitaria el país y la región Loreto por incremento de casos de tos ferina**, que hasta el 31 de mayo del presente año ya se reporta en el país 698 casos confirmados y 210 casos probables de tos ferina, incluyendo 10 defunciones (Fuente: CDC-Perú/MINSA). El registro de casos para 2025 es el más alto en 12 años, según la Organización Panamericana de la Salud⁸.

1.- ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y EN EL PERÚ:

Este año 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), ha emitido alertas epidemiológicas para la región de las Américas⁹, en la que hace un llamado a los Estados Miembros para que refuercen las actividades de vacunación, vigilancia

⁵ MCLCP Alerta N°1-2022. PERÚ: A dos años de la pandemia, es urgente recuperar las coberturas de vacunación regular en niñas/os, adolescentes y gestantes; y acelerar las coberturas de vacunación contra la COVID-19. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-05-23/mclcp-inmunizaciones-alerta-n01-2022-marzo-mclcp.pdf>

⁶ EL CASO DEL NIÑO CON POLIOVIRUS DERIVADO DE LA VACUNA TIPO 1 EN LA PROVINCIA DEL DATEM DEL MARAÑÓN, DEPARTAMENTO DE LORETO. Abril, 2023. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-04-24/mclcp-alerta-sobre-polio-abril-2023v80.pdf>

⁷ ALERTA N° 3-2024-SC/GT SALUD-MCLCP. “LLAMADO A LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN Y LA POLIO DE NIÑAS Y NIÑOS EN TODO EL PAÍS.” Octubre, 2024. <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2024-10-24/mclcp-llamadoalavacunacioncontrasarampionypolio231024vf0.pdf>

⁸ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 31 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025>

⁹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>

epidemiológica y respuesta rápida ante enfermedades como el sarampión (alertas del 28 de febrero y del 2 de mayo), influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur (alerta del 18 de abril); fiebre amarilla (alerta del 26 de marzo, del 24 de abril y del 31 de mayo) ;y tos ferina (alerta del 31 de mayo).

FIEBRE AMARILLA: De acuerdo a la información de la OPS/OMS, en el 2025 y hasta el 25 de mayo se han notificado 235 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cinco países de la Región de las Américas, incluyendo 96 defunciones¹⁰. Estos casos de fiebre amarilla han sido reportados en: Bolivia, con 4 casos incluyendo 2 defunciones; Brasil con 111 casos, incluyendo 44 defunciones; Colombia con 74 casos, incluyendo 31 defunciones; Ecuador con ocho casos, incluyendo seis defunciones; y **Perú con 38 casos, incluyendo 13 defunciones**.

En Perú (hasta el 25 de mayo), los casos de fiebre amarilla se han dado en los departamentos de Amazonas (n= 24, incluidas siete defunciones), Huánuco (n= 1 caso fatal), Junín (n= 3 casos), Loreto (n= 2 casos, incluida una defunción) y San Martín (n= 8 casos, incluidas cuatro defunciones). De los casos confirmados, 31 (88%) eran hombres. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades de trabajo agrícola, y el **71,8% de los casos no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla**. De acuerdo a la información de la OPS/OMS, el número de casos de fiebre amarilla confirmados en 2025 en Perú muestra un incremento de 1,9 veces respecto a los casos confirmados notificados durante el 2024 (20 casos) y es el número más alto de casos registrados desde el 2017.

En Perú (de enero hasta el 31 de mayo de 2025), ya se tienen notificados **43 casos de fiebre amarilla** (38 confirmados y 5 probables), **incluyendo 15 defunciones**. De acuerdo a esta información, los casos continúan en aumento (Fuente: CDC-Perú/MINSA).

En cuanto a la cobertura de vacunación nacional contra fiebre amarilla (AMA), entre enero y mayo de 2025 se alcanzó un avance de 28% para los niños/as de 15 meses de edad (Fuente: MINSA-REUNIS).

De acuerdo a la información del Ministerio de Salud de Perú, el 19 de mayo se inició una campaña intensiva de vacunación contra fiebre amarilla en cinco regiones priorizadas: Amazonas, Huánuco, San Martín, Loreto y Junín. La meta: inmunizar a 213,685 personas en 17 distritos de alto riesgo. La campaña está dirigida a niños de 15 meses a 4 años, 11 meses y 29 días, y adultos entre 18 y 59 años que no hayan recibido la vacuna anteriormente.

Mayor información sobre el avance de la vacunación contra fiebre amarilla en el siguiente link: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=2&niv=9&tbl=10>

SARAMPIÓN: de acuerdo a la información de la OPS/OMS, en el 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 16, en la Región de las Américas, **2.325 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo cuatro defunciones**, en Argentina (n= 22), Belice (n= 7), Bolivia (n= 1), Brasil (n= 5), Canadá (n= 1.069), México (n= 421 casos, incluyendo una defunción) y los Estados Unidos de América (n= 800, incluyendo tres defunciones). Este total representa un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 31 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

Con relación al antecedente de vacunación, el 30% de los casos no estaban vacunados y en 65% dicha información era desconocida o ausente. Muchos de los casos corresponden a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región.

En Perú; en el año 2024, el país confirmó dos casos de sarampión en la Semana Epidemiológica (SE) 06 y 08. En cuanto a la cobertura de vacunación, a nivel nacional se alcanzó un 89.0% para Sarampión, Paperas y Rubéola primera dosis (SPR1), inferior a la meta recomendada del 95%. Para SPR2, la cobertura fue del 75,9%. De enero a mayo de 2025, el avance de vacunación alcanza el 31.9% en SPR1 y el 26.9% en SPR2, valores inferiores a la meta asignada para el mes de mayo del 40%.

En el año 2025, hasta la semana epidemiológica 22 – 2025 (de enero hasta el 31 de mayo), el Perú ha registrado dos casos confirmados de sarampión, y 247 casos sospechosos de sarampión-rubéola. (Fuente: CDC-Perú/MINSA).

Según la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de MINSA-Perú¹¹, el Índice de Riesgo (IR) por acúmulo de susceptibles en menores de 5 años para Sarampión, Paperas (SPR1) por departamentos (Perú, 2020 – 2024), se estima una población vulnerable de 1 098 375 niños, con un IR de 1,30; lo que lo clasifica como alto riesgo.

VARICELA: de acuerdo a la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Ministerio de Salud, en el 2025 hasta el 31 de mayo (SE 22), se han reportado **832 casos de varicela y 1 defunción**. La población más afectada son niños, niñas, y adolescentes que representan el 83% del total de casos de varicela en el país; de los cuales 253 casos son niños/as de 0 a 4 años (30%), 138 casos son niños/as de 5 a 9 años (17%), 186 son adolescentes de 10 a 14 años (22%) y 110 son adolescentes de 15 a 19 años (13%).

El total de casos de varicela del 2025 (hasta la SE 22), representa un incremento de casos con relación a los años 2023 (586 casos hasta la SE 22), 2022 (450 casos hasta la SE 22) y 2021 (140 casos hasta la SE 22), misma semana de referencia. El 2024 es el año en que hubo el mayor número de casos de varicela en el país (1,979 casos hasta la SE 22 y en todo el año 2024, 3,630 casos y 3 defunciones notificadas).

En el 2025 (hasta el 31 de mayo), el mayor número de casos de varicela se encuentran en los departamentos de Lima (106 casos / Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 0.93%), Arequipa (102 casos /Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 6.37%), Junín (72 casos / Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 5.27%), Amazonas (57 casos / Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 12.99%), Ucayali (54 casos / Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 8.36%), Loreto (45 casos / Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 4.22%) y Huancavelica (42 casos / Tasa de incidencia x 100 mil Hab: 12.91%).

En cuanto a la cobertura de vacunación nacional contra la varicela, en el 2024 se alcanzó un avance en la cobertura de vacunación de 82.3% para los niños/as de 12 meses de edad, y entre enero y mayo del 2025 (SE 22), se tiene un avance de 30.6% para los niños/as de 12 meses de edad, por debajo de la meta del 40% al mes de mayo (Fuente: MINSA-REUNIS).

¹¹ Centro Nacional Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA. Alerta Epidemiológica “Riesgo de Importación de Casos de Sarampión”. CÓDIGO: AE – CDC- N°002 - 2025

TOS FERINA: de acuerdo a la información de la OPS/OMS, en la Región de las Américas, el año 2012 registro el mayor número de casos de la década, con 72.328 casos notificados de tos ferina. Desde 2013, se evidenció una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente en la Región hasta el 2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.283 casos y luego en 2023 aumentó a 4.139 casos. Actualmente, la Región de las Américas cuenta con 43.751 casos¹².

La **TOS FERINA** es una infección respiratoria altamente contagiosa que ocasiona una tos violenta e incontrolable que puede durar semanas o incluso meses. Es causada por la bacteria *bordetella pertussis*. Las principales complicaciones de la tos ferina se dan más comúnmente entre los bebés y los niños pequeños y pueden incluir neumonía, infección del oído medio, pérdida del apetito, alteraciones del sueño, síncope (pérdida temporal de la conciencia), deshidratación, convulsiones, encefalopatía (un desorden cerebral), episodios de apnea (breve retraso en la respiración) e incluso la muerte.

En Perú, desde la SE1 y hasta la SE 22 del 2025 (31 de mayo), se han reportado 698 casos confirmados y 210 casos probables de tos ferina, incluyendo 10 defunciones. El total de casos de tos ferina para el año 2025, es el más alto reportado desde el año 2013 en el país según lo informado por la OPS/OMS. Los departamentos con casos confirmados y probables de tos ferina, son Loreto (n= 644 casos, incluyendo 9 defunciones), Lima (n= 61 casos, incluyendo una defunción), Cajamarca (n= 47 casos), Cusco (n= 30 casos), Lambayeque (n=19), Callao (n= 17 casos), Piura (n=13 casos), Arequipa (n=10 casos), Tacna (n=10 casos), La Libertad (n=9 casos), Puno (n=7 casos), Ayacucho (n=6 casos), Tumbes (n=6 casos), Ancash (n=5 casos), Apurímac (n=5 casos), Huánuco (n=5 casos), San Martín (n=3 casos), Ucayali (n=3 casos), Amazonas (n=2 casos), Huancaavelica (n=2 casos) , Junín (n=2 casos) y Moquegua (n=2 casos). Sólo Ica, Madre de Dios y Pasco no han presentado casos de tos ferina. **Loreto concentra el 71% de casos de tos ferina de todo el país.** (Fuente: CDC Perú-MINSA). Ver Cuadro 1 y Cuadro 2.

Cuadro 1.						
Descripcion	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Año 2025
Casos (confirmados y probables)	63	36	4	132	278	908
Tasa de incidencia x 100 mil Hab.	0.19	0.11	0.01	0.39	0.81	2.67
Defunciones	0	1	0	6	3	10
Letalidad (%)	0	2.78	0	4.55	1.08	1.1
Casos acumulados hasta la SE22	60	2	1	9	29	908
Tasa de incidencia x 100 mil Hab.	0.18	0.01	0	0.03	0.09	2.67
Defunciones acumuladas hasta la SE22	0	1	0	0	0	10
Letalidad (%)	0	50	0	0	0	1.1
Casos de la SE22	0	0	0	2	2	67
Tasa de incidencia x 100 mil Hab.	0	0	0	0.01	0.01	0.2
Defunciones de la SE22	0	0	0	0	0	0
Letalidad (%)	0	0	0	0	0	0

Fuente: CDC-Perú-MINSA. Hasta la semana epidemiológica 22-2025 (31.05.25)

¹² Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 10 de junio del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.
<https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025>

Cuadro 2					
Departamentos	CONFIRMADO	PROBABLE	TOTAL CASOS	Tasa de incidencia x 100 mil Hab.	Defunciones
LORETO	581	63	644	60.41	9
CAJAMARCA	12	35	47	3.27	0
TACNA	9	1	10	2.52	0
TUMBES	0	6	6	2.23	0
CUSCO	16	14	30	2.17	0
CALLAO	13	4	17	1.41	0
LAMBAYEQUE	6	13	19	1.39	0
APURIMAC	2	3	5	1.19	0
MOQUEGUA	0	2	2	0.99	0
AYACUCHO	0	6	6	0.91	0
HUANUCO	0	5	5	0.67	0
AREQUIPA	9	1	10	0.62	0
HUANCAVELICA	0	2	2	0.61	0
PIURA	2	11	13	0.6	0
PUNO	5	2	7	0.59	0
LIMA	37	24	61	0.54	1
UCAYALI	0	3	3	0.46	0
AMAZONAS	0	2	2	0.46	0
LA LIBERTAD	1	8	9	0.42	0
ANCASH	4	1	5	0.42	0
SAN MARTIN	1	2	3	0.32	0
JUNIN	0	2	2	0.15	0
ICA	0	0	0	0	0
MADRE DE DIOS	0	0	0	0	0
PASCO	0	0	0	0	0
TOTAL	698	210	908	2.67	10

Fuente: CDC-Perú-MINSA. Hasta la semana epidemiológica 22-2025 (31.05.25) / La tasa de incidencia se calcula con casos confirmados, probables y sospechosos.

El grupo de edad más afectado son los niños/as de 0 a 4 años (n= 466 casos) que representa el 51% de casos, seguido de los niños de 5 a 9 años (n= 177 casos) que representa el 19% de casos, de 10 a 14 años (n=90 casos) que representa el 10% de casos, y de 15 a 19 años que representa el 5% de casos (n=42 casos).(Fuente: CDC Perú-MINSA).

*De acuerdo al Esquema Nacional de Inmunizaciones del Perú, **todos los bebés y niños deben aplicarse tres dosis de la vacuna DPT** (para prevenir la difteria, tétanos, tos ferina) a los dos, cuatro y seis meses. Posterior a ello, deben colocarse dos refuerzos: al año y medio y a los cuatro años, mientras que **las gestantes deben aplicarse la vacuna Tdap** (que protege contra el tétano, difteria y tos ferina) a las 20 y 36 semanas de embarazo*

En cuanto al avance de las coberturas de vacunación de tercera dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP3); que en el Perú se encuentra incluida en la vacuna pentavalente de acuerdo al esquema de vacunación nacional; ha tenido en el 2024 un avance del 80%, la cual está por debajo de la meta de 95% recomendada por la OPS/OMS. En Loreto, el avance en el 2024 ha sido de 75%. En el 2025 hasta el 27 de mayo, se tiene un avance de 32.6% a nivel nacional y en Loreto un avance de 28.2%. En ambos casos se está por debajo de la meta de 40% recomendada para hasta el mes de mayo.

LORETO. DEPARTAMENTO DEL PAÍS CON MÁS CASOS Y MUERTES POR TOS FERINA.

En el 2025-hasta el 31 de mayo, Loreto ha notificado 581 casos confirmados y 63 probables, en total 644 casos de tos ferina. Asimismo, ha notificado 9 de las 10 defunciones ocurridas en el

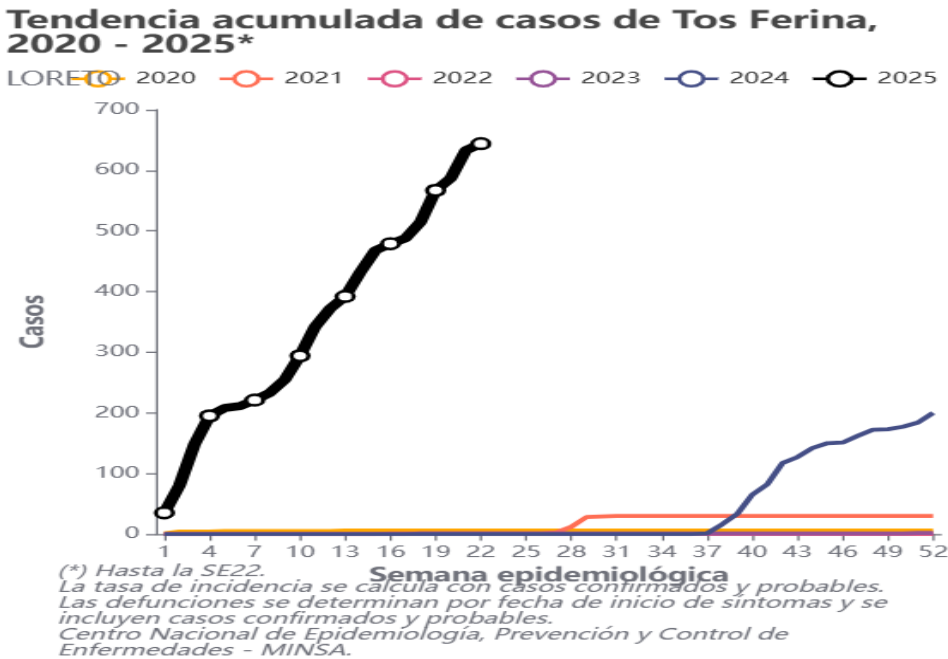
país, las cuales corresponden a niños y niñas de 0 a 4 años. **Los casos de tos ferina en Loreto representan el 71% del total de casos de tos ferina en el país en el 2025. Datem del Maraón es la provincia donde se concentran el mayor número de casos de tos ferina** del departamento de Loreto, con 535 casos confirmados y 41 probables, en total 576 casos, representa el 89% del total de casos de tos ferina en Loreto. Allí han ocurrido 6 de las 9 defunciones de Loreto. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3					
Provincias	CONFIRMADO	PROBABLE	CASOS	Tasa de incidencia x 100 mil Hab.	Defunciones
DATEM DEL MARAÑÓN	535	41	576	688.98	6
MARISCAL RAMON CASTILLA	4	6	10	16.88	1
LORETO	1	9	10	13.55	0
MAYNAS	38	4	42	7.75	2
ALTO AMAZONAS	2	3	5	3.06	0
REQUENA	1	0	1	1.47	0
UCAYALI	0	0	0	0	0
PUTUMAYO	0	0	0	0	0
TOTAL	581	63	644	60.41	9

Fuente: CDC-Perú-MINSA. Hasta la semana epidemiológica 22-2025 (31.05.25) / La tasa de incidencia se calcula con casos confirmados, probables y sospechosos.

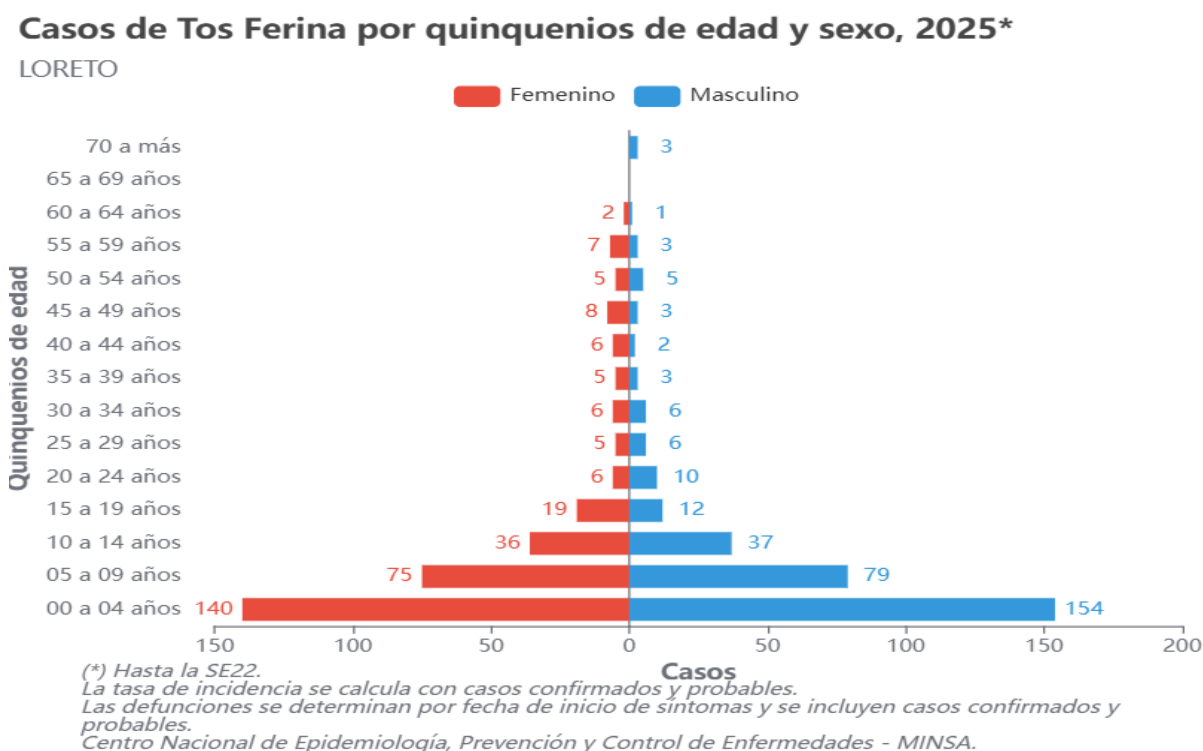
La tendencia hacia el incremento de casos de tos ferina en el departamento de Loreto, se venía notificando desde la semana epidemiológica 37 del 2024, situación que ha continuado en el 2025. En el 2024 se notificaron 200 casos y 3 defunciones por tos ferina. Del total de casos del 2024, 194 se notificaron en la provincia de Datem del Maraón, 5 en la provincia de Maynas, 1 en la provincia de Mariscal Ramón Castilla y 1 en la provincia de Ucayali. Ver imagen 1.

Imagen 1.



En Loreto la población más afectada por la tos ferina es la población de niños y niñas de 0 a 04 años, 294 casos y representa el 46% del total de casos de Loreto. Le sigue los niños y niñas de 05 a 09 años con 154 casos que representan el 24% del total de casos de Loreto; y los adolescentes de 10 a 14 años con 73 casos que representan el 11% del total de casos de Loreto. Ver Imagen 2.

Imagen 2.



De la reunión del lunes 09 de junio de 2025, organizada por la Iniciativa Regional Voces Ciudadanas denominada “Desafíos y Recomendaciones para la Prevención de la Tos Ferina en el Perú”, en la que participaron los representantes de la Red de Salud Datem del Maraón, se mencionó como problemas urgentes en la provincia de Datem del Maraón lo siguiente:

- Falta de movilidad (chalupas¹³), motores y gasolina para trasladar a las 16 brigadas que realizan la visita de campo hacia las comunidades indígenas.
- Los niños no reciben la vacunación de forma oportuna por las limitaciones logísticas para el traslado.
- De los 67 establecimientos de salud en la provincia de Datem del Maraón, 22 establecimientos se encuentran sin cadena de frío¹⁴, con equipos deteriorados y/o malogrados. Se hace mantenimiento pero requieren reparación y reposición. Lamentablemente esta situación afecta la integridad y potencia de las vacunas, con lo cual existen un alto riesgo que pierdan efectividad en la protección frente a diversas enfermedades inmunoprevenibles.

¹³ Una chalupa es una pequeña embarcación, como una lancha o bote, utilizada para transporte o rescate, a menudo impulsada por velas, remos o motor.

¹⁴ La cadena de frío en vacunas es el sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas que garantiza su eficacia desde el laboratorio hasta la aplicación al paciente, manteniendo una temperatura adecuada, generalmente entre 2°C y 8°C. Este proceso es crucial para asegurar la integridad y potencia de las vacunas, evitando que pierdan su efectividad debido a cambios de temperatura.

- A pesar de que se cuenta con biológicos en cantidad suficiente, las vacunas no son aceptadas por la población indígena debido a la desinformación/discurso antivacunas que incrementa la desconfianza en las vacunas y por los efectos adversos (dolor, fiebre, malestar en los niños/as, etc). Al respecto, refieren que incluso que no cuentan con paracetamol para el dolor, el personal encargado de la vacunación no lleva este medicamento.
- Asimismo, la información estadística compartida evidencia poco avance en el 2025 (hasta mayo) en las coberturas de vacunación contra la tos ferina en la provincia de Datem del Marañón, en niños (con pentavalente el avance es de 28.3%) y gestantes (el avance de la vacuna Tdap es de 32.7%). Este poco avance también se ha debido a la presencia de conflictos sociales en la zona en la que las poblaciones indígenas no dejaban entrar a los equipos encargados de vacunación. Asimismo, a la presencia de iglesias evangélicas en la zona que están en contra de la vacunación.
- Poco profesionales de la salud (pocos enfermeros y médicos).
- Dificultades para el diagnóstico oportuno de la tos ferina, ya que los primeros síntomas son similares a un resfriado. Los niños/as llegan al establecimiento de salud con la enfermedad avanzada y con complicaciones.

2.- SITUACIÓN DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN REGULAR EN LA INFANCIA. ENERO-MAYO 2025.

En cuanto al avance de las coberturas de vacunación regular en la infancia de 0 a 4 años y en gestantes en el 2025 (al mes de mayo), observamos que estamos por debajo de la meta recomendada de 40% al mes de mayo del 2025, tanto en la población meta de vacunación 2025 que se encuentra en la Página Web de REUNIS-MINSA como en la población del padrón nominal del 2025. Asimismo, es de preocupación el número alto de niños y niñas que se encuentran desprotegidos y/o susceptibles ante algunas de las enfermedades más graves de la infancia como difteria, tos ferina, sarampión y poliomielitis, entre otros. Ver Cuadro 4.2.

Llama la atención las diferencias en la información de población en especial para recién nacidos al comparar las diferentes fuentes oficiales, lo cual tiene repercusiones en la programación de metas físicas en inmunizaciones de población a vacunar y para evaluar los avances reales en la vacunación. Ver Cuadro 4.1. y Cuadro 4.2.

Cuadro 4.1.

Años	Padrón Nominal	Certificado de Nacido Vivo-CNV	INEI -Proyección de Población (actualizado en abril 2020)	RENIEC (nacimientos inscritos)	REUNIS MINSA (Población meta/Inmunizaciones/Esquema Regular)
2024	381,715	382,432	557, 530	418, 203	470.580
2023	424,915	401,775	563, 278	462, 755	480,500
2022	470,580	455,479	568,311	516, 295	494.595
2021	480,500	452,585	571,719	535, 433	506.008
2020	494,595	451,799	572,593	421, 096	506.008
2019	506,008	474,144	568,862	581, 022	506.009

Fuente: MINSA-REUNIS-OGTI y CNV en Línea (al 13/06/25) /INEI-SIRTOD/ RENIEC. Elaboración: MCLCP.

En el caso de la **vacuna Tdap para gestantes** que protege contra la difteria, tétanos y tos ferina en especial a recién nacidos, **sólo se programa como meta física de inmunizaciones el 35% de gestantes para vacunar. Ver Cuadro 4.2.**

Al respecto, llama la atención que el total de población de gestantes esperadas haya sido de **897, 663 en el 2024**, asignada a establecimientos de salud del MINSA (Fuente: REUNIS MINSA-Información demográfica/población/población asignada a EESS). Un número bastante alto en relación a los nacimientos que ocurren en el país.

CUADRO 4.2. COBERTURAS DE VACUNACIÓN REGULAR EN LA INFANCIA DE ACUERDO A LA META NACIONAL DEL MINSA. AÑOS 2023-2024 y 2025 (ENERO-MAYO)1/.

Edad	Vacuna	Población meta 2023	Dosis aplicadas 2023	% cobertura año 2023	Susceptibles (no vacunados)		Población meta 2024	Dosis aplicadas 2024	% cobertura año 2024	Susceptibles (no vacunados)		Población meta 2025 (a)	Dosis aplicadas 2025 (enero-mayo)/1 (b)	% cobertura año 2025 (enero-mayo)/1 (b/a)	Susceptibles (no vacunados)		Población Padrón Nominal 2025 (c)	% cobertura año 2025 (enero-mayo)/1 (b/c)
					% Brecha	N° Brecha				% Brecha	N° Brecha				% Brecha	N° Brecha		
					año 2023	2023				año 2024	2024				año 2025	2025		
Recién Nacido	Antituberculosa (BCG)	480,500	419,980	87.4	7.6	60,520	470,580	384,643	81.7%	13.3%	85,937	424,915	146,907	34.6%	60.4%	278,008	386,128	38.0%
Recién Nacido	Hepatitis B (HvB)	480,500	398,369	82.9	12.1	82,131	470,580	353,878	75.2%	19.8%	116,702	424,915	133,548	31.4%	63.6%	291,367	386,128	34.6%
4 meses	Rotavirus 2°	480,500	418,622	87.1	7.9	61,878	470,580	385,577	81.9%	13.1%	85,003	424,915	138,288	32.5%	62.5%	286,627	386,128	35.8%
6 meses	Pentavalente 3° (DPT+HvB+Hib)	480,500	405,018	84.3	10.7	75,482	470,580	376,046	79.9%	15.1%	94,534	424,915	138,446	32.6%	62.4%	286,469	386,128	35.9%
6 meses	Anti poliomielitis 3°	480,500	404,190	84.1	10.9	76,310	470,580	374,276	79.5%	15.5%	96,304	424,915	138,264	32.5%	62.5%	286,651	386,128	35.8%
7 meses	Influenza 2° (*)	240,715	237,609	98.7	-3.7	3,106	235,767	221,147	93.8%	1.2%	14,620	212,926	13,806	6.5%	88.5%	199,120	193,064	7.2%
12 meses	Neumococo	508,991	406,811	79.9	15.1	102,180	484,836	399,357	82.4%	12.6%	85,479	472,238	148,306	31.4%	63.6%	323,932	421,136	35.2%
12 meses	Varicela	508,991	412,600	81.1	13.9	96,391	484,836	398,892	82.3%	12.7%	85,944	472,238	144,522	30.6%	64.4%	327,716	421,136	34.3%
12 meses	SPR 1° (contra sarampión, rubéola y parotiditis)	508,991	429,612	84.4	10.6	79,379	484,836	431,355	89.0%	6.0%	53,481	472,238	150,529	31.9%	63.1%	321,709	421,136	35.7%
12 meses	Hepatitis A (HvA) (**)	508,991	183,060	36.0	59.0	325,931	484,836	299,861	61.8%	33.2%	184,975	472,238	127,405	27.0%	68.0%	344,833	421,136	30.3%
15 meses	Antiamarilica (AMA)	508,991	312,074	61.3	33.7	196,917	484,836	310,598	64.1%	30.9%	174,238	472,238	132,328	28.0%	67.0%	339,910	421,136	31.4%
18 meses	SPR 2° (contra sarampión, rubéola y parotiditis)	508,991	333,891	65.6	29.4	175,100	484,836	367,759	75.9%	19.1%	117,077	472,238	127,008	26.9%	68.1%	345,230	421,136	30.2%
4 años	Anti poliomielitis (segundo refuerzo)	559,881	313,083	55.9	39.1	246,798	556,261	326,441	58.7%	36.3%	229,820	537,896	121,459	22.6%	72.4%	416,437	500,898	24.2%
4 años	Contra difteria, tos convulsiva y tétanos (segundo refuerzo)	559,881	321,791	57.5	37.5	238,090	556,261	347,797	62.5%	32.5%	208,464	537,896	132,710	24.7%	70.3%	405,186	500,898	26.5%
Gestantes	Tdap (***)	282,580	216,276	76.5	18.5	66,304	250,974	233,945	93.2%	1.8%	17,029	307,287	92,878	30.2%	64.8%	214,409	S.D.	S.D.

Fuente: REUNIS MINSA-Sistema de Información HIS, 2023-2024 y 2025 (1/ avance de coberturas enero-mayo actualizado al 27.05.25)/Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP

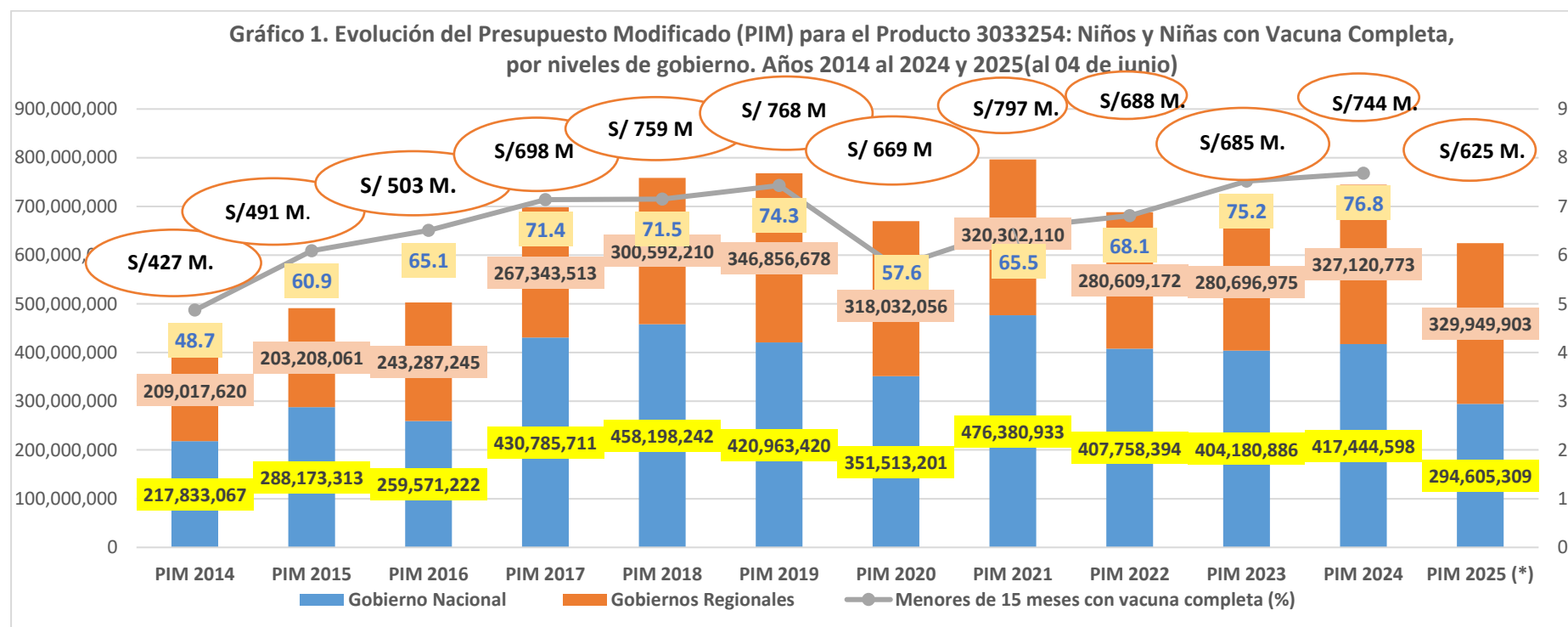
(*) En el caso de la vacuna contra la influenza se programa la meta de 50% de niñas y niños menores de 1 año de edad / (**) Hepatitis A: inclusión a partir del 2023 / (***) Vacuna Tdap: vacuna que protege contra la difteria, tétanos y tos ferina. Se programa como meta el 35% de gestantes. Desde las 20 a las 36 semanas de gestación. /

En cuanto a los departamentos del país, llama la atención las bajas coberturas de vacunación alcanzada frente a enfermedades como difteria, tos ferina, fiebre amarilla, sarampión, y poliomielitis. En la infancia en **Puno, Ucayali, Madre de Dios, Loreto y Huancavelica**, tienen las coberturas de vacunación más bajas, por debajo del 30%. En Gestantes, llaman la atención las bajas coberturas de vacunación alcanzadas en **Arequipa, Moquegua y Pasco** con avance menor al 20%. Ver Cuadro 5.

CUADRO 05. Cobertura de la vacunación por departamento de acuerdo a la meta nacional MINSA. Año 2025 (enero-mayo)/1 (En porcentajes %)					
Departamento	Pentavalente 3° (DPT+HvB+Hib) (*)	Antiamarilica (AMA)	SPR 2° (contra sarampión, rubéola y parotiditis)	Anti poliomielitis 3°	Tdap (**)
	6 meses	15 meses	18 meses	6 meses	Gestantes
Amazonas	28,3%	40,6%	28,8%	27,8%	41,4%
Áncash	36,1%	32,0%	33,2%	36,1%	35,8%
Apurímac	36,5%	30,2%	32,0%	36,6%	22,7%
Arequipa	34,9%	26,4%	25,9%	34,7%	19,6%
Ayacucho	31,6%	27,0%	27,7%	31,6%	28,0%
Cajamarca	33,2%	30,4%	29,3%	33,3%	30,5%
Callao	37,7%	34,8%	32,8%	37,8%	33,0%
Cusco	32,5%	30,8%	30,1%	32,6%	30,9%
Huancavelica	29,0%	26,5%	28,5%	29,2%	31,5%
Huánuco	33,9%	32,8%	32,2%	34,0%	30,3%
Ica	34,1%	28,9%	29,0%	33,5%	38,0%
Junín	33,5%	32,7%	31,2%	33,6%	27,2%
La Libertad	36,2%	28,0%	29,7%	36,4%	29,6%
Lambayeque	36,5%	30,4%	26,4%	36,6%	38,6%
Lima	30,6%	23,2%	23,1%	30,6%	31,0%
Loreto	28,2%	32,4%	26,1%	28,2%	27,9%
Madre de Dios	31,5%	21,8%	17,6%	31,7%	30,5%
Moquegua	34,3%	30,6%	26,9%	34,4%	17,2%
Pasco	30,6%	30,3%	26,3%	28,9%	14,1%
Piura	36,0%	26,9%	27,7%	35,7%	29,0%
Puno	26,5%	21,4%	21,8%	26,4%	20,4%
San Martín	32,7%	33,9%	28,0%	32,3%	32,0%
Tacna	30,9%	30,6%	26,2%	31,2%	28,9%
Tumbes	38,2%	30,9%	31,7%	38,4%	37,0%
Ucayali	28,9%	28,3%	22,9%	29,4%	40,2%
Perú	32.6%	28,0%	26,9%	32.5%	30.2%

Fuente: REUNIS MINSA-Sistema de Información HIS, 2025 (1/ avance de coberturas enero-mayo actualizado al 27.05.25)/Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP/(*) Vacuna pentavalente: protege de 5 enfermedades (difteria, tétanos, tos convulsiva o tos ferina, hepatitis B y de la bacteria Haemophilus influenza tipo b (Hib) que causa neumonía y meningitis. (**) Vacuna Tdap: vacuna que protege contra la difteria, tétanos y tos ferina.

3.- LA VACUNACIÓN EN EL PRESUPUESTO NACIONAL: Entre los años 2017 y 2019 se observó un incremento del presupuesto que fue de la mano con la subida en las coberturas de vacunación nacional en niños/as. No obstante, en el contexto de la pandemia de COVID-19, en el 2020 se observó una reducción significativa en el presupuesto y una caída significativa en las coberturas de vacunación en 16.7 puntos porcentuales. En el 2021 subió nuevamente la asignación presupuestal y se logró recuperar 7.9 puntos porcentuales en la vacunación. En el 2022 disminuyó nuevamente la asignación presupuestal para vacunación y se mantuvo igual en el 2023. En el 2024, subió la asignación presupuestal y continuó la subida de las coberturas de vacunación, alcanzando una cobertura de 76.8% en los menores de 15 meses. Lamentablemente, en el 2025 el presupuesto para la vacunación ha disminuido, **si comparamos el presupuesto de apertura (PIA) del 2024 (S/650 M) y 2025 (S/583 M), habría disminuido en S/67.2 millones (-10%). A nivel del presupuesto modificado (PIM) en el 2025, también se observa una reducción de presupuesto de S/120 millones (-16% en relación al PIM del 2024), el presupuesto más bajo en 9 años;** aunque el presupuesto modificado del 2025 puede incrementarse en lo que resta del año, pero posiblemente no alcance a tener el presupuesto de los últimos 3 años. Esto tiene un impacto negativo en las coberturas de vacunación nacional. **Ver Gráfico 1.**



Fuente: MEF-Consulta Amigable (Última actualización: 04 de junio de 2025) / INEI-ENDES PPR 2024/. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP. (*) A partir del año 2022 el producto 3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA, migra del PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PP 0001) al PPoR DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (PP 1001)

PRESUPUESTO PARA EL PRODUCTO “NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA”-DIT, EN EL NIVEL NACIONAL Y A NIVEL DE GOBIERNOS REGIONES:

En cuanto al avance de la ejecución del presupuesto público para vacunación, si bien se ha ejecutado en el 2025 (hasta el 04 de junio) el 64% del presupuesto, preocupa que el gobierno nacional se quede sin presupuesto ya que ha ejecutado el 90.4% de su presupuesto y no tendría suficiente presupuesto para los próximos meses, y dependería sólo del presupuesto de los Gobiernos Regionales, cuyo avance es del 40.3% en la ejecución presupuestal. Ver Cuadro 6.

Cuadro 6.

Consulta Amigable

Consulta de Ejecución del Gasto

Fecha de la Consulta: 04-junio-2025

Año de Ejecución: 2025

Incluye: Actividades y Proyectos

Categoría Presupuestal 1001: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	3,686,692,266	3,920,471,296	1,690,168,101	1,643,777,767	43.1
Producto/Proyecto 3033254: NINOS Y NINAS CON VACUNA COMPLETA	582,755,906	624,555,212	399,127,377	397,452,264	63.9
Nivel de Gobierno	PIA	PIM	Ejecución (al 04.06)		Avance %
			Devengado	Girado	
E: GOBIERNO NACIONAL	264,056,484	294,605,309	266,210,258	266,138,525	90.4
R: GOBIERNOS REGIONALES	318,699,422	329,949,903	132,917,119	131,313,740	40.3

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-MEF/Consulta Amigable. Elaboración: MCLCP.

De enero al 04 de junio de 2025, llama la atención el atraso observado en **3 gobiernos regionales del país que tienen una ejecución presupuestal por debajo del 30%**, es el caso de Piura, Pasco y Lambayeque.

En cuanto al avance en la equidad de la distribución del presupuesto, observamos diferencias marcadas en la asignación presupuestal para vacunación entre gobiernos regionales, al relacionar presupuesto y población de niños/as de 0 a 4 años (RENIEC). **El promedio de la asignación presupuestal per cápita por niño/a de 0 a 4 años es de S/140 soles en el 2025 (al 4 de junio)**, en el 2024 fue de S/ 277 soles (al 20 de junio) para vacunación a nivel de gobiernos regionales.

El gobierno regional que destaca en la prioridad de la asignación presupuestal para la vacunación es Huancavelica con una asignación presupuestal per cápita de S/1, 264 soles por niño/a de 0 a 4 años. Llama la atención la baja asignación presupuestal per cápita para vacunación observada en Lambayeque (S/36 soles por niño/a), Piura (S/21 soles por niño/a), Callao (S/24 soles por niño/a) y Lima Metropolitana y Región Lima (S/.21 soles por niño/a). Es importante poder revisar la asignación presupuestal en los gobiernos regionales donde se observan bajas coberturas de vacunación, donde debería darse un incremento presupuestal, tal es el caso de Loreto, con una asignación presupuestal per cápita de S/123 soles por niño/a y 70.8% de avance de cobertura de vacunación en niños/a menores de 15 meses. Lo mismo ocurre con Puno, Cajamarca, Amazonas y Ucayali. Asimismo, analizar qué factores están impidiendo o actuando como barreras para el avance de la vacunación. **Ver cuadro 7 y gráfico 2.**

Cuadro 7.

Consulta Amigable

Consulta de Ejecución del Gasto

Fecha de la Consulta: 04-junio-2025

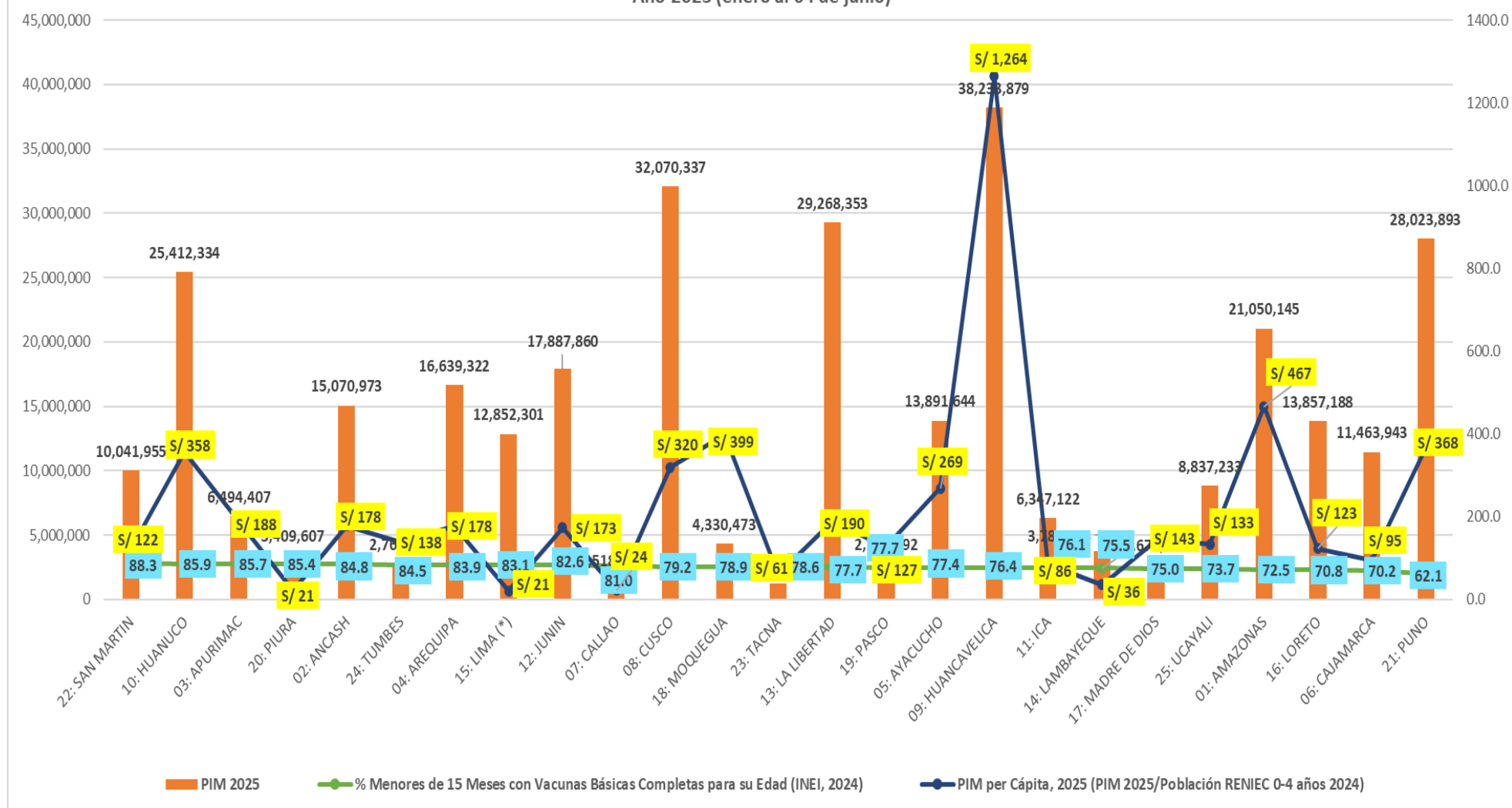
Año de Ejecución: 2025

Incluye: Actividades y Proyectos

Categoría Presupuestal 1001: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	3,686,692,266	3,920,471,296	1,690,168,101	43.1			
Producto/Proyecto 3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	582,755,906	624,555,212	399,127,377	63.9			
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	318,699,422	329,949,903	132,917,119	40.3	2,352,639	76.8	S/ 140
Departamento (Meta)	PIA 2025	PIM 2025	Ejecución 2025 (Devengado al 04.06)	Avance 2025%	Niños/as de 0 a 4 años con DNI (RENIEC; Año 2024)	% Menores de 15 Meses con Vacunas Básicas Completas para su Edad (INEI, 2024)	PIM per Cápita, 2025 (PIM 2025/Población RENIEC 0-4 años 2024)
22: SAN MARTIN	8,716,390	10,041,955	4,167,938	41.5	82,283	88.3	S/ 122
10: HUANUCO	25,195,821	25,412,334	9,990,018	39.3	71,078	85.9	S/ 358
03: APURIMAC	6,352,290	6,494,407	2,559,826	39.4	34,548	85.7	S/ 188
20: PIURA	3,258,654	3,409,607	929,105	27.3	163,992	85.4	S/ 21
02: ANCASH	14,492,938	15,070,973	6,522,376	43.3	84,486	84.8	S/ 178
24: TUMBES	2,618,345	2,769,743	1,296,988	46.8	20,022	84.5	S/ 138
04: AREQUIPA	16,134,337	16,639,322	6,046,427	36.3	93,642	83.9	S/ 178
15: LIMA (*)	14,643,442	12,852,301	5,574,379	43.4	626,379	83.1	S/ 21
12: JUNIN	16,521,796	17,887,860	7,829,531	43.8	103,196	82.6	S/ 173
07: CALLAO	1,210,985	1,518,157	548,167	36.1	64,269	81.0	S/ 24
08: CUSCO	31,730,788	32,070,337	11,740,996	36.6	100,326	79.2	S/ 320
18: MOQUEGUA	3,667,460	4,330,473	1,862,097	43.0	10,857	78.9	S/ 399
23: TACNA	788,813	1,238,006	527,226	42.6	20,241	78.6	S/ 61
13: LA LIBERTAD	27,693,272	29,268,353	11,585,418	39.6	153,867	77.7	S/ 190
19: PASCO	2,461,694	2,782,392	816,788	29.4	21,974	77.7	S/ 127
05: AYACUCHO	13,418,796	13,891,644	7,189,578	51.8	51,728	77.4	S/ 269
09: HUANCANELICA	37,461,998	38,233,879	15,681,468	41.0	30,247	76.4	S/ 1,264
11: ICA	6,192,995	6,347,122	2,753,062	43.4	73,500	76.1	S/ 86
14: LAMBAYEQUE	2,601,336	3,787,284	773,229	20.4	105,999	75.5	S/ 36
17: MADRE DE DIOS	2,623,293	2,671,352	910,592	34.1	18,737	75.0	S/ 143
25: UCAYALI	8,762,150	8,837,233	3,737,972	42.3	66,464	73.7	S/ 133
01: AMAZONAS	20,733,273	21,050,145	8,814,914	41.9	45,094	72.5	S/ 467
16: LORETO	13,723,709	13,857,188	5,483,296	39.6	112,875	70.8	S/ 123
06: CAJAMARCA	10,299,771	11,463,943	5,680,513	49.6	120,757	70.2	S/ 95
21: PUNO	27,395,076	28,023,893	9,895,214	35.3	76,078	62.1	S/ 368

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-MEF-Consulta Amigable/ RENIEC POBLACIÓN IDENTIFICADA CON DNI, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024/ INEI-ENDES 2024/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Gráfico 2. Asignación Presupuestal Per Cápita por Gobierno Regional para el producto "Niños y Niñas con Vacuna Completa-DIT".
Año 2025 (enero al 04 de junio)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-MEF-Consulta Amigable/ RENIEC POBLACIÓN IDENTIFICADA CON DNI, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024/ INEI-ENDES 2024/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

RECOMENDACIONES PARA INCREMENTAR LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA INFANCIA Y EN GESTANTES, PREVENIR EL BROTE DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERÚ:

AL MINSA:

1. **DECLARAR ALERTA SANITARIA** por incremento de casos de tos ferina en el país, tal cual ha sido realizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud¹⁵, con prioridad en Loreto, en coordinación con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
2. **FORTALECER el “Esquema Nacional de Vacunación” y ampliar la protección de la población mediante las siguientes medidas:**
 - a. *Reiteramos la recomendación de **incorporar la vacuna hexavalente acelular y los anticuerpos monoclonales contra el Virus Sincitial Respiratorio***, de manera universal en el esquema de inmunización de recién nacidos prematuros y de alto riesgo de salud a nivel nacional. Ambos deben ser adquiridos por el CENARES y deben ser distribuidos en todos los hospitales en los que se atienden partos a cargo de las Diris, Diresas, Geresas, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional; así como en el Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña y San Borja), y el Instituto Nacional Materno Perinatal.
 - b. *Evaluar la **incorporación de la vacuna hexavalente acelular***¹⁶ *en reemplazo de la vacuna pentavalente y antipolio del Esquema Nacional de Vacunación Infantil*. La cual se viene aplicando en el sector privado hace varios años atrás y tendría mayor aceptación en la población que las vacunas de células enteras, tal como lo muestran las evidencias internacionales ya que tiene como ventajas lo siguiente: mejor perfil de tolerabilidad (menos eventos adversos locales como dolor, fiebre, convulsiones, entre otros). Existe abundante evidencia clínica y epidemiológica sobre la inmunogenicidad, efectividad, eficacia y duración de protección de las vacunas hexavalentes acelulares usadas en América del Norte, Europa, Australia y en América Latina. Además, disminuye el número de inyecciones con lo cual también se reduciría los costos logísticos asociados al proceso de vacunación, y facilitaría el cumplimiento y adherencia al esquema de vacunación.
 - c. ***Ampliar las metas de programación de todas las vacunas indicadas para las gestantes*** en el Esquema Nacional de Vacunación, especialmente en zonas rurales y de población indígena la meta debe ser el 100%; con ello se protege al binomio madre-niño, ya que la gestante le transmite anticuerpos al recién nacido durante sus primeros meses de vida. Actualmente la meta es de 35% para gestantes en la vacuna Tdap contra tos ferina.
 - d. ***Realizar ajustes en los criterios de programación de metas físicas en inmunizaciones establecidos en la NTS N° 196-2022 -DGIESP/MINSA, para la población menor de 5 años y para gestantes***, de manera que se incluyan los

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 31 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

¹⁶ La vacuna hexavalente acelular, también conocida como "vacuna 6 en 1", es una vacuna combinada que protege contra seis enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, poliomiелitis, Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B. Se utiliza en más de 90 países y es parte del esquema de vacunación infantil en muchos lugares.

cambios demográficos observados en los últimos 2 años en relación a la tendencia a la baja de nacimientos y descenso de la fecundidad en el país, lo cual corresponde a un ajuste en el “denominador” para el establecimiento de metas físicas en vacunación para una evaluación más cercana a la realidad del avance de las coberturas de vacunación. Ello supone a su vez, avanzar en la *actualización del Padrón Nominal* publicada en la página de REUNIS-MINSA y que para efectos de la programación se considere el padrón nominal con corte al 31 de diciembre de un año antes del año a programar.

3. **FORTALECER la articulación y coordinación** al interior del MINSA entre la dirección de inmunizaciones, la dirección de promoción de la salud, la dirección de pueblos indígenas u originarios, la dirección de salud sexual y reproductiva y la etapa de vida niño para avanzar en las coberturas de vacunación en la infancia y en gestantes y en la sensibilización de la población incorporando los enfoques de territorialidad y de interculturalidad en las estrategias, mediante lo siguiente:
 - a. La elaboración de un **Plan Nacional de Cierre de Brechas de Vacunación para las regiones de la Amazonía peruana**, con énfasis en la atención de niños, niñas y gestantes de pueblos indígenas u originarios, desde un enfoque intercultural, a cargo de la dirección de pueblo indígenas u originarios del MINSA y en coordinación con la dirección de inmunizaciones del MINSA y con el Ministerio de Cultura. El plan debe tener un presupuesto asignado para su implementación. Asimismo, debe ser elaborado con participación de las organizaciones indígenas de la Amazonía y de las Zonas Altoandinas, en la programación, ejecución y evaluación.
 - b. La elaboración de un **Plan de Educación Comunitaria en Salud** que incluya los temas referidos a la importancia de la vacunación para la prevención de enfermedades y la reducción de la mortalidad infantil y la seguridad de las vacunas, entre otros; a cargo de la dirección de promoción de la salud con la participación de agentes comunitarios en salud con enfoque intercultural.
 - c. La **incorporación de la vacunación en gestantes y niños en los productos/actividades del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal: “FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA” y “ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA”**. En coordinación con la dirección de salud sexual y reproductiva, etapa de vida niño, y la dirección de inmunizaciones; con la participación del Colegio de Obstetras del Perú, el Colegio de Enfermeros del Perú y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
4. **FORTALECER Y DIVERSIFICAR LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL** a favor de la vacunación para reforzar la confianza en las vacunas en la población, en diferentes medios y lenguas, mediante el uso de diversas herramientas comunicacionales como radio, tv, mensajes de texto, uso de redes sociales, folletos, perifoneo, entre otros, haciendo énfasis en la gratuidad, seguridad, beneficios y calidad de las vacunas, así como información oportuna sobre lugares, horarios de vacunación y disponibilidad de las vacunas. Asimismo, implementar estrategias específicas de comunicación y sensibilización en comunidades indígenas de la Amazonía.
5. **POTENCIAR Y FORTALECER los sistemas de información de seguimiento en REUNIS-MINSA** de vacunación regular, incluyendo información a nivel nacional, departamental, provincial y distrital. Asimismo, vinculándolo a la actualización del Padrón Nominal de cada año.

6. **INVESTIGAR las causas de las bajas coberturas de vacunación alcanzada** frente a enfermedades como difteria, tos ferina, fiebre amarilla, sarampión, y poliomielitis; en la infancia en Puno, Ucayali, Madre de Dios, Loreto y Huancavelica, con coberturas por debajo del 30%; y en gestantes en Arequipa, Moquegua y Pasco con coberturas por debajo del 20%. Asimismo, brindar asistencia técnica y acompañamiento para reforzar las estrategias de vacunación en sus territorios.

AL MIDIS Y MINSA:

7. **REALIZAR acciones conjuntas bajo un enfoque territorial** en lugares estratégicos con Municipalidades, programas sociales como “JUNTOS”, “CUNAMAS”, iglesias, líderes y dirigentes vecinales, agentes comunitarios, promotores de salud, organizaciones de la sociedad civil y sector privado; y fortalecer la participación de los equipos de los programas sociales, agentes comunitarios u otros en el acompañamiento a las brigadas de vacunación en zonas rurales y dispersas.

AL MINSA Y MINEDU:

8. **Continuar las campañas de vacunación en las instituciones educativas** con la finalidad de lograr avances en las metas de vacunación infantil, priorizando los departamentos del país con bajas coberturas de vacunación y brote de enfermedades inmunoprevenibles como tos ferina, sarampión, varicela, entre otros. Asimismo, avanzar en la implementación del “Plan de Salud Escolar”, incluyendo el servicio de vacunación en niñas, niños y adolescentes.

AL MINSA, MIDIS y MEF:

9. **INCREMENTAR el presupuesto específico para la vacunación en pueblos indígenas, con prioridad en el departamento de Loreto** por el brote de tos ferina observado, a fin de asegurar los desplazamientos de las brigadas de vacunación hacia las comunidades u otros recursos logísticos que se requieran y, de ese modo, garantizar el mayor número de niñas y niños indígenas vacunados/os y gestantes vacunadas. Asimismo, para el fortalecimiento de cadena de frío para las vacunas; al respecto hay necesidad de reparación y reposición para que no se afecte la integridad y potencia de las vacunas y/o su efectividad en la protección frente a diversas enfermedades inmunoprevenibles.
10. **BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA** en la programación de metas físicas y presupuestales y supervisar el avance en su ejecución, así como el logro de resultados del producto “Niños/as con Vacunas Completas” en el marco del PPOr “Desarrollo Infantil Temprano”, en coordinación con las Unidades Ejecutoras del MINSA, SIS, Programas Sociales y los Gobiernos Regionales. Asimismo, revisar/evaluar la distribución del presupuesto en vacunación a nivel de Gobiernos Regionales teniendo en cuenta la población a atender y la brecha de vacunación existente, y por genérica de gasto, priorizando el presupuesto para “recursos humanos” y “bienes y servicios” así como para la reposición y mantenimiento de equipos correspondiente al correcto funcionamiento de la cadena de frío para vacunas.

A LOS GOBIERNOS REGIONALES y LOCALES:

11. **PRIORIZAR LA VACUNACIÓN** en sus planes y presupuestos de cada año a fin de avanzar en el cierre de brechas en la vacunación en la infancia y en gestantes.
12. **AVANZAR EN LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL AÑO 2025 Y EN UNA MEJOR ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL EN LOS SIGUIENTES AÑOS** del producto “Niños/as con Vacunas Completas” en el marco del PPOr “Desarrollo Infantil Temprano, priorizando el presupuesto para “recursos humanos” y “bienes y servicios” así como para la reposición y

mantenimiento de equipos correspondiente al correcto funcionamiento de la cadena de frío para vacunas. Así como para los aspectos logísticos operativos para implementar la vacunación en sus respectivos territorios.

- 13. LIDERAR Y FORTALECER LA ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE DIVERSAS INTERVENCIONES DEL ESTADO EN SUS TERRITORIOS** con la participación de las familias y comunidad para el avance de la vacunación.
- 14. FORTALECER LA ACTUALIZACIÓN DEL PADRÓN NOMINAL** de niños y niñas menores de 6 años de edad que viven en cada distrito, provincia y departamento del país.

MCLCP-Subgrupo de Inmunizaciones

Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud

13 de junio, 2025



MCLCP-SUBGRUPO DE INMUNIZACIONES/SEGUIMIENTO CONCERTADO A LAS POLÍTICAS DE SALUD, AÑO 2025. Participantes:

POR EL ESTADO:

Ministerio de Salud-MINSA/Dirección de Inmunizaciones y Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS.
Programa Nacional JUNTOS-MIDIS.
Instituto Nacional de Salud del Niño-INSN Breña.
Defensoría del Pueblo-Sub adjuntía para la Niñez y la Adolescencia

POR SOCIEDAD CIVIL:

Iniciativa Regional Voces Ciudadanas
PRISMA
Foro Salud
Sociedad Peruana de Pediatría-SPP
INPPARES
Centro de Estudios y Publicaciones-CEP
Colegio de Enfermeros del Perú
COPERA Infancia
Colectivo Neonatal Perú
Plataforma Ciudadana para la Formulación de Políticas Públicas en Salud y Derechos Humanos

Future Generations.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM.
Pontificia Universidad Católica del Perú-PUCP.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF.
Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA.

INTEGRACIÓN REGIONAL:

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

Facilitador: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Equipo coordinador del documento: Edson Aguilar y Pilar Collantes (Voces Ciudadanas) y Federico Arnillas Lafert y Wendy Albán (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP)

Equipo de asesores en inmunizaciones: Iniciativa Regional Voces Ciudadanas, Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, PRISMA, Colectivo Neonatal, y el INSN Breña.

Mayor información aquí:

<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/>

<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/vacunaciones>