

ALERTA N°4



Ante el aumento de casos de sarampión en el Perú y la urgencia de proteger a la población en riesgo, niños y niñas menores de 5 años, gestantes, adultos mayores, y personas con un sistema inmune débil

10 de setiembre de 2026



Documento elaborado por el
Subgrupo de Inmunizaciones
Seguimiento Concertado a las
Políticas de Salud de la MCLCP



ALERTA MCLCP N° 4 -2026-SC/GT SALUD-MCLCP

ANTE EL AUMENTO DE CASOS SARAMPIÓN EN EL PERÚ Y LA URGENCIA DE PROTEGER A LA POBLACIÓN EN RIESGO, NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, GESTANTES, ADULTOS MAYORES, Y PERSONAS CON UN SISTEMA INMUNE DÉBIL

Elaborado por el Subgrupo de Inmunizaciones-Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud de la MCLCP¹.

-Aprobado el 10.09.2026-

El sarampión sigue en aumento en el Perú en el año 2026. Hacia el primer trimestre del año se habían notificado 17 casos. Al 02 de junio, 451 casos en 6 regiones del país. Al 10 de septiembre, el país registra 2,120 casos confirmados en 20 regiones. Puno con 1,372 casos y Arequipa con 419 casos, concentran la mayoría de los casos del país, ambos presentan transmisión comunitaria. Esta situación pone en alto riesgo a la población, pues es altamente contagiosa e incluso puede provocar la muerte en niños menores de 5 años, gestantes, adultos mayores y personas con el sistema inmunitario debilitado, no vacunados o con vacunación incompleta.

Disponemos de una vacuna segura y eficaz. Sin embargo, la vacunación contra sarampión avanza lento y no logra las coberturas necesarias establecidas por la OMS/OPS, a pesar de los esfuerzos desplegados por el sector salud. Asimismo, tenemos un lento avance en la ejecución presupuestal.

Desde el gobierno se ha declarado una Emergencia Sanitaria por brote de sarampión focalizada en 14 regiones del país, incluido Lima Metropolitana y Callao, no obstante, existe un alto riesgo de diseminación en todo el país, que debe prevenirse, en especial para proteger a la población vulnerable y con acceso limitado a los servicios de salud, no vacunada o con vacunación incompleta.

A.-En el contexto de incremento de casos de sarampión, es urgente proteger a la población en riesgo en el Perú:

El sarampión es una enfermedad viral sumamente contagiosa que propaga con mucha facilidad y se transmite por el aire cuando una persona infectada tose o estornuda, y puede causar complicaciones graves e incluso provocar la muerte, especialmente en

¹ Equipo de Asesores en Inmunizaciones: Voces Ciudadanas, Sociedad Peruana de Pediatría, PRISMA y Colectivo Neonatal. Coordinación: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas, adultos mayores y en personas con el sistema inmunitario debilitado, no vacunados o con vacunación incompleta.

Los **síntomas**, que suelen aparecer entre 8 y 12 días después de la infección, consisten en fiebre alta, rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas, y erupción generalizada en todo el cuerpo. **Entre las complicaciones graves** que puede causar el sarampión, se tiene: ceguera, daño cerebral permanente, diarrea intensa, neumonía, parto prematuro o abortos.

El sarampión ha resurgido en la **Región de las Américas durante 2025–2026**, socavando años de esfuerzos de eliminación, en un contexto de disminución de coberturas de vacunación y acumulación de poblaciones susceptibles. De acuerdo a la información de la OPS/OMS, hasta la semana epidemiológica 35 de 2026², que finalizó el 07 de septiembre, la región notificó 52.676 casos confirmados de sarampión en 17 países y un territorio. De ellos, 61 fallecimientos se registraron en tres países. Esto representa más de tres veces el total registrado durante todo 2025, cuando se notificaron 15.011 casos confirmados en 15 países y 32 defunciones en tres países. Guatemala, México, Estados Unidos y Perú concentran el 95% de los casos confirmados este año.

El sarampión sigue en aumento en el Perú en el año 2026. De acuerdo a la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades³ del Ministerio de Salud, en el primer trimestre del año se habían notificado 17 casos. Al 02 de junio, 451 casos en 6 regiones del país. Al 10 de septiembre (SE 36), el país registra 2,120 casos confirmados en 20 regiones del país, 60 provincias y 180 distritos. Puno con 1,372 casos y Arequipa con 419 casos; concentran la mayoría de los casos del país, ambos presentan transmisión comunitaria. Le siguen Madre de Dios (97 casos), Cusco (81), Lima (68), Loreto (20), Ucayali (11), Tacna (11), Moquegua (8), Junín (5), Huancavelica (6), Apurímac (5), Lambayeque (3), Huánuco (3), Callao (2), Cajamarca (2), Región Lima (2), San Martín (1), Ayacucho (1) y Ancash (1).

En Perú las bajas coberturas de vacunación para sarampión en los últimos 20 años han provocado un acúmulo de personas susceptibles de todas las edades. Actualmente, alrededor del 65% (813/1253) de los casos confirmados de sarampión corresponden a las personas de 10 a 30 años, sin vacunar o con vacunación incompleta⁴; los cuales al contagiar a niños/as menores de 10 años susceptibles y con el sistema inmune débil, los ponen en mayor riesgo de complicaciones y muerte.

Durante el año 2026, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-CDC Perú, ha emitido tres alertas epidemiológicas⁵, el 07 de abril, el 05 de junio y el 21 de agosto, con recomendaciones ante la transmisión comunitaria y el riesgo de diseminación del sarampión en el país, para intensificar las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control, priorizando la vacunación, así como la identificación y respuesta oportuna ante casos sospechosos y confirmados. Asimismo,

² OPS/OMS. Tablero de Brotes de Sarampión en las Américas.

³ CDC-Perú. Sala Situacional: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/sala-de-situacion/>

⁴ CDC-Perú.

⁵ CDC-Perú: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/avisos-y-alertas-epidemiologicas/>

para alertar sobre el alto riesgo de ocurrencias de brotes de sarampión en los establecimientos de salud y para proteger también al personal de salud.

En ese contexto, el Gobierno ha declarado una Emergencia Sanitaria por brote de sarampión, focalizada en 14 regiones del país, incluye Lima Metropolitana y Callao⁶; acompañada de la implementación de una *“Plan de Acción para la Atención de la Emergencia Sanitaria por Brote de Sarampión” con un presupuesto de S/15,557.538 millones*; no obstante, existe un alto riesgo de diseminación en todo el país, que debe prevenirse y no sólo controlarse, en especial para proteger a la población vulnerable y con acceso limitado a los servicios de salud, no vacunada o con vacunación incompleta.

B.- La vacunación es un derecho, forma parte del derecho a la salud:

La vacunación es un componente esencial del derecho humano a la salud y es una de las intervenciones sanitarias más costo-efectivas, siendo responsabilidad de gobiernos, comunidades e individuos. Se estima que gracias a la vacunación se salvaron 4,4 millones de vida cada año en todo el mundo⁷.

Cuando no vacunamos a los niños y niñas, ponemos en peligro su vida y su salud. En ese sentido, la vacunación hace una contribución especialmente importante al logro del objetivo de reducir la mortalidad de las niñas y niños menores de 5 años de edad (ODS 3).

Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles mediante la vacunación tienen más oportunidad de desarrollarse, así como de aprovechar todo su potencial y contribuir a la sociedad.

Los niños y niñas más vulnerables frente a las enfermedades inmunoprevenibles, son los que viven en situación de pobreza, en comunidades remotas y marginadas, con menor acceso a los servicios de salud y a la vacunación. Es en esta población donde se observa también una mayor prevalencia de anemia y desnutrición crónica, lo que los ponen en mayor riesgo de complicaciones y muerte frente a enfermedades como el sarampión.

Desde el enfoque de derechos humanos que promueve la Adjuntía para la Niñez y Adolescencia de la Defensoría del Pueblo, se refuerza que la vulnerabilidad de la infancia y la adolescencia no es solo un indicador epidemiológico, sino una amenaza directa al interés superior del niño y a sus derechos fundamentales. Esto exige una respuesta estatal impostergable para revertir las brechas físicas de vacunación acumuladas, atendiendo tanto a la primera infancia como al grupo de adolescentes y jóvenes que hoy concentran la mayor cantidad de contagios, priorizando de manera urgente a quienes viven en situación de pobreza o exclusión territorial.

C.- El sarampión es prevenible mediante la vacunación, no obstante, la vacunación avanza lento y no logra las coberturas necesarias establecidas por la OMS/OPS:

⁶ Decreto Supremo N.º 013-2026-SA del 17 de agosto de 2026 y Decreto Supremo N.º 008-2026-SA del 18 de mayo de 2026.

⁷ UNICEF. “Estado Mundial de la Infancia (2023)”

La primera dosis de la vacuna SPR, que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, debe aplicarse a los 12 meses de edad y la segunda dosis a los 18 meses de edad. Dos dosis de la vacuna protegen al 99 % de las personas expuestas al sarampión contra el virus.

De enero a agosto del 2026, el avance esperado de la vacunación debía alcanzar el 64%; sin embargo, de acuerdo a la información de REUNIS-MINSA (al 26 de agosto de 2026), las coberturas de la vacuna SPR están rezagadas, con 51.6% en la primera dosis y 43.1% en la segunda dosis. Asimismo, existe una brecha de vacunación de 211,132 niños/as no vacunados, en la primera dosis de la vacuna SPR; y 248, 674 niños/as no vacunados, en la segunda dosis de la vacuna SPR. Ver Anexos.

En la primera dosis de SPR, 18 regiones del país se encuentran rezagadas con un avance de 50% a menos en la cobertura de vacunación. Puno tiene una cobertura de 47.4% en la primera dosis de SPR (al 26 de agosto). Ver Anexos.

Casi todas las regiones del país se encuentran rezagadas en la segunda dosis de SPR, las más atrasadas, con coberturas por bajo del 40%, son Ucayali (32.6%), Loreto (33.8%), Madre de Dios (35.3%) y Puno (38.1%). Ver Anexos.

Al respecto, hay que observar que es lo que está pasando en Puno, que problemas se están presentando para que las coberturas de vacunación SPR se mantengan bajas, a pesar que es la región donde se concentran la mayor cantidad de casos de sarampión (1,364 casos, a la SE 36-2026).

A su vez, es importante realizar una evaluación y un seguimiento del avance en la implementación del *“Plan de Acción para la Atención de la Emergencia Sanitaria por Brote de Sarampión”*⁸, el cual tiene un presupuesto de S/15,557.538 millones; y de la NTS N° 247-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud para la prevención, diagnóstico y manejo del sarampión en el Perú⁹.

Asimismo, es importante acelerar la vacunación en el país para avanzar más rápido que el sarampión, teniendo en cuenta además que tenemos a nivel de gobiernos regionales y locales cambio de autoridades y también se viene el Fenómeno El Niño, en donde sabemos que más del 50% de los establecimientos de salud del país podrían paralizar sus operaciones ante un desastre natural, ya que se encuentran ubicados en distritos declaradas en emergencia por el posible impacto del Fenómeno El Niño 2026-2027¹⁰.

D.-Nudos críticos en el impulso de la vacunación y en la gestión:

1. La vacunación aún no es prioritaria para todos los sectores del gobierno y para todos los gobiernos regionales y locales:

La vacunación sigue percibiéndose como una responsabilidad central del Ministerio de Salud y de un área específica, la dirección de inmunizaciones. Aún no logra entrar en la agenda de los otros sectores del Estado, como actividad de responsabilidad compartida, que requiere medidas y acciones articuladas bajo un enfoque

⁸ Decreto Supremo N.º 013-2026-SA del 17 de agosto de 2026 y Decreto Supremo N.º 008-2026-SA del 18 de mayo de 2026.

⁹ Resolución Ministerial N.º 592-2026-MINSA. 7 de julio de 2026

¹⁰ Resolución Ministerial N.º 790-2026-MINSA

multisectorial y un enfoque integral. No obstante, desde el Ministerio de Salud se ha podido articular algunas actividades puntuales con el Ministerio de Educación y con Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, a fin de impulsar campañas específicas de vacunación y/o promoviendo el acceso a la salud y a la vacunación.

Todavía se mantiene la poca atención y prioridad al tema en diversas regiones, se agrava con debilidades en la capacidad de gestión del presupuesto orientado a las inmunizaciones en aspectos como la programación sobre todo en la parte operativa dirigida al trabajo extramural (vacunación casa por casa, jornadas de vacunación, entre otros), ejecución del gasto, seguimiento y evaluación. Una muestra de este es el bajo cumplimiento de las metas de vacunación. A su vez, tanto en los gobiernos regionales como en los establecimientos de salud de Lima, no se cumple a cabalidad el gasto destinado a inmunizaciones. Asimismo, a nivel del gobierno nacional se observa este año un atraso significativo en la ejecución presupuestal destinado a las inmunizaciones. Ver Anexo.

También es necesario señalar las dificultades de los gobiernos regionales para enfrentar los desafíos específicos de sus regiones como es el caso de las regiones de la selva, con las más bajas coberturas de vacunación, donde existen barreras geográficas, culturales, del idioma y de género. Asimismo, donde el costo para los viajes es alto, sobre todo para el transporte fluvial.

Finalmente, las inmunizaciones mantienen poca atención y prioridad en los partidos y organizaciones políticas del país. En las elecciones generales 2026, sólo 15 de los 35 partidos políticos que se presentaron incluyeron la vacunación en sus planes de gobierno.

2. Dificultades institucionales para la articulación de los sectores del Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Las acciones y actividades vinculadas a las inmunizaciones se siguen centralizando en la dirección de inmunizaciones del Ministerio de Salud. Asimismo, no existe actualmente en el Ministerio de Salud un espacio multisectorial para la articulación y coordinación del tema; antes de la pandemia de COVID-19 existía un espacio multisectorial de inmunizaciones en las que participaban todas las sanidades, entre ellas el Seguro Social (EsSalud) y las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional y los otros sectores del Estado con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, junto con los programas sociales. Asimismo, se contaba con la participación de cooperación internacional y las organizaciones de la sociedad civil.

Por otro lado, llama la atención la débil articulación y participación de actores claves como el Colegio Médico del Perú, las sociedades científicas, y el Colegio de Enfermeras del Perú. Asimismo, con las universidades y centros de investigación, las organizaciones de la sociedad civil por los derechos de la infancia, las organizaciones de niñas, niños y adolescentes. Así como con las organizaciones sociales de base como las ollas comunes, comedores populares, entre otras.

3. Dificultades institucionales para incrementar la oferta del servicio de vacunación:

Los horarios para el servicio de vacunación en los establecimientos de salud y en las actividades extramurales no toman en cuenta las limitaciones en el horario laboral de las personas, en especial durante el día, lo que incrementa las oportunidades perdidas para la vacunación. En zonas como Puno, las familias y especial las mujeres se dedican al comercio y no se encuentran en casa durante el día, lo que hace difícil ubicarlas cuando se realiza actividades como la vacunación casa por casa.

Por otro lado, existe insuficiente personal para la vacunación y los pocos que existen tiene limitados incentivos. Incluso enfrentan diversas dificultades por la inseguridad ciudadana (algunos han sufrido robos de equipos), y asumen riesgos ya sea por agresiones recibidas por antivacunas, por las barreras geográficas o por los fenómenos climáticos (lluvias intensas, inundaciones, entre otros), esto último se va ver agravado por el Fenómeno El Niño 2026-2027.

Finalmente, persiste barreras logísticas y de acceso a la vacunación como escasez de vacunas, insumos y equipos, personal y recursos financieros para combustible y las brigadas de vacunación, lo cual ha contribuido a las brechas de cobertura de vacunación en especial en las zonas rurales del país.

4. Acúmulo de susceptibles a la enfermedad del sarampión, principalmente 10 a 30 años de edad, que no se vacunaron oportunamente:

Las bajas coberturas de vacunación para sarampión en los últimos 20 años han provocado un acúmulo de personas susceptibles de todas las edades. Actualmente, alrededor del 65% (813/1253) de los casos confirmados de sarampión corresponden a las personas de 10 a 30 años, sin vacunar o con vacunación incompleta. Los cuales ponen en alto riesgo a los niños/as menores de 10 años, especialmente los más pequeños, y a las personas con un sistema inmune debilitado, sobre todo a la población en situación de pobreza y/o con poco limitado acceso a los servicios de salud.

Actualmente, el país sólo cuenta con mapas de susceptibles al sarampión hasta los 20 años de edad, lo cual limita conocer las proyecciones y los riesgos de incremento de la enfermedad para todas las edades en el país, especialmente para la población mayor de 20 años.

5. Limitaciones institucionales para el seguimiento y evaluación de avance de las inmunizaciones:

Actualmente, se cuenta con el REUNIS-MINSA con la principal fuente de información administrativa para el seguimiento del avance de la vacunación, pero aún se encuentra limitado al nivel nacional y a nivel de regiones. Hay ausencia de información distrital, lo que limita evaluar el avance local de la vacunación y el nivel

de vulnerabilidad y/o riesgo de la población frente a las enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión.

6. Débil confianza en la vacunación por parte de la población:

La confianza en la seguridad y eficacia de las vacunas se ha ido debilitando a lo largo de los últimos años, especialmente a partir del COVID-19; debido a la desinformación y la circulación de mitos y rumores en contra de la vacunación, tanto por redes sociales como por familiares y vecinos, donde los mensajes de los antivacunas han tenido gran impacto en la población.

Entre los temores más comunes está la creencia de que la vacuna podía causar enfermedades graves o incluso la muerte. Asimismo, existe temor a los efectos secundarios de la vacunación.

En las zonas rurales existe una mayor influencia de creencias religiosas y líderes religiosos. De acuerdo al estudio realizado por UNICEF (2023)¹¹, en varias comunidades indígenas, algunos líderes religiosos (católicos, evangélicos, testigos de Jehová, cristianos, adventistas, mormones e israelitas) desalentaban la vacunación argumentando que solo Dios podía curar enfermedades.

La falta de conocimiento sobre el esquema de vacunación y la importancia de cumplir las dosis recomendadas, también afecta el cumplimiento del esquema completo. Asimismo, la débil oferta del servicio de vacunación en zonas rurales y dispersas, y el menor acceso a la información sobre las vacunas, su seguridad y su eficacia e importancia para la protección de la infancia.

7. Débil implementación de la educación y comunicación comunitaria y social, con poca inclusión del enfoque intercultural:

El modelo actual de prestación de inmunizaciones ha puesto el peso en la oferta del servicio de vacunación y le da poca importancia a la educación y comunicación comunitaria y social; así como a la promoción de la demanda.

Se ha ampliado el esquema nacional de vacunación y no hay una campaña de información masiva al respecto. Tampoco se impulsan campañas intensivas informativas a nivel local/comunitaria. Los recursos de la estrategia comunicacional son muy limitados, con una débil inclusión del enfoque intercultural y con poca llegada a comunidades rurales e indígenas.

¹¹ UNICEF (2023). Estudio sobre prácticas, actitudes y percepciones en relación con la COVID-19 en Nauta, San Juan Bautista y Belén, Loreto

E.- RECOMENDACIONES PARA PROTEGER A LA POBLACIÓN EN RIESGO, NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, GESTANTES, ADULTOS MAYORES, Y PERSONAS CON EL SISTEMA INMUNE DÉBIL, EN EL CONTEXTO DE AUMENTO DE CASOS DE SARAMPIÓN EN EL PERÚ:

EN FORMA INMEDIATA:

A LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, A LA PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS, AL MINISTERIO DE SALUD, AL MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL Y AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN:

- 1. Establecer como prioridad nacional el logro de las adecuadas coberturas de vacunación en niños y niñas menores de cinco años y en personas no vacunadas o con vacunación incompleta,** bajo un enfoque multisectorial y multinivel y con participación de las organizaciones de la sociedad civil. Dado el crecimiento actual del riesgo sanitario por sarampión, así como por las complicaciones graves que incluso pueden ocasionar la muerte, especialmente en niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas, adultos mayores y en personas con el sistema inmunitario debilitado, no vacunados o con vacunación incompleta. Esto es especialmente grave en un país donde la prevalencia de anemia y desnutrición crónica se mantienen altas en especial en regiones como Puno como bajo avance en la vacunación y en las regiones de la selva.

- 2. Convocar a una movilización nacional para lograr la universalización de la vacunación infantil.**

Ello implica una movilización conjunta del Gobierno Nacional, bajo el liderazgo del PCM y MINSA, la priorización de esta tarea en los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, el compromiso activo de las instituciones de la sociedad civil involucradas y la movilización de la sociedad.

- 3. Establecer medidas inmediatas para acelerar la vacunación en los menores de cinco años y en las personas no vacunadas o con vacunación incompleta, en todo el territorio nacional:**

A la PCM, el MINSA y los Gobiernos Regionales:

- a) Llevar como agenda prioritaria la vacunación al Consejo de Ministros, a la Comisión de Coordinación Intergubernamental en Salud, así como al Consejo Nacional y Consejos Regionales de Salud.
- b) Reactivar la Comisión Multisectorial de Vacunación con participación de la sociedad civil y bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

Al Gobierno, al MINSA, y MEF

- c) Evaluar la situación actual de provisión de vacunas y del avance de la vacunación, particularmente de la vacuna SPR que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, para los menores de 5 años y tomar medidas inmediatas, en coordinación con la OPS y UNICEF, para enfrentar la situación de escasez y de poco avance de la vacunación en el país, con prioridad en Puno, Arequipa y Madre de Dios. De manera particular, fortalecer los mecanismos de planificación y programación por parte del MINSA en el marco del “Plan de

Acción para la Atención de la Emergencia Sanitaria por Brote de Sarampión” priorizando la vacunación de niños y niñas y personas no vacunadas o con vacunación incompleta; ampliando las metas de vacunación de acuerdo a la brecha de vacunación existente.

- d) Fortalecer la asistencia técnica y acompañamiento a las regiones con bajo avance en la vacunación y/o con número alto de casos de sarampión en Puno, Cusco, Arequipa, Loreto y Ucayali.

AL MINSA:

- e) Hacer seguimiento de la situación de la cadena de frío en las regiones, monitoreando además las adquisiciones, logística, recurso humano capacitado, y sistemas de información existentes y funcionando alrededor de la vacunación.
- f) Mantener e insistir con el monitoreo y seguimiento a los responsables regionales y de DIRIS proponiendo datos y estrategias para su incidencia y para la organización y acción de las brigadas de vacunación.

AL CDC Perú, DIRESAS y GERESAS:

- g) Fortalecer la vigilancia y evaluación epidemiológica, búsqueda activa, diagnóstico, y control de brotes.
- h) Ampliar el mapeo de susceptibles hasta los 30 años de edad, teniendo en cuenta que más del 60% de los casos de sarampión corresponden a las personas de 10 a 30 años de edad, sin vacunar o con vacunación incompleta. Actualmente, se tiene mapeo de susceptibles hasta los 20 años. Asimismo, avanzar en la

Al MINSA y a los Gobiernos Regionales:

- i) Ajustar las estrategias de vacunación en el territorio considerando las características epidemiológicas de cada territorio y la situación del avance de la vacunación, particularmente en previsión del impacto del Fenómeno El Niño y en el contexto de cambio de autoridades a nivel de gobiernos regionales y locales; adaptando además los objetivos y actividades del “Plan de Acción para la Atención de la Emergencia Sanitaria por Brote de Sarampión”, a cada realidad regional, bajo un enfoque de derechos y de equidad y la prioridad de la primera infancia, con énfasis en las regiones con más casos reportados de sarampión como Puno, Arequipa y Madre de Dios.
- j) Fortalecer el monitoreo del avance de la implementación los objetivos y actividades del “Plan de Acción para la Atención de la Emergencia Sanitaria por Brote de Sarampión”, en cada territorio, identificando los nudos críticos.
- k) Fortalecer la implementación de las jornadas de vacunación y barridos de vacunación casa por casa. Asimismo, las campañas de vacunación con enfoque intercultural movilizándolo ampliamente a la población en el cumplimiento de metas regionales y locales.

B) A CORTO Y MEDIANO PLAZO:

AL MINSA:

- 4. Optimizar los sistemas públicos de información existentes como el que brinda REUNIS-MINSA para el monitoreo del avance de la vacunación del país,**

incluyendo no sólo información regional, sino también provincial y distrital. Asimismo, el seguimiento y evaluación de avances en el cumplimiento de metas, cierre de brechas de vacunación y en la cobertura universal de la vacunación.

AL MINSA, MIDIS, Y MINEDU:

- 5. Fortalecer la educación y comunicación comunitaria** bajo el enfoque intercultural, capacitando al personal de salud en el trato mutuo, la empatía, en la escucha social y en cómo llegar al usuario y tratar sus temores. Asimismo, articulando el trabajo en el territorio entre el personal de enfermería, los gobiernos locales, los programas sociales, el acompañamiento de los agentes comunitarios de salud, y las actividades de promoción salud. Asimismo, sumando y articulando con las instituciones educativas del país para sensibilizar a la comunidad educativa sobre la importancia de la vacunación y también para realizar la vacunación en las instituciones educativas.

AL MINSA:

- 6. Fortalecer la oferta de los servicios de salud, considerando y adecuando el servicio de vacunación al contexto de emergencia por el Fenómeno El Niño 2026-2027:**

- a) Fortalecer el seguimiento del avance en la ejecución presupuestal para la vacunación y en la programación regional del presupuesto para garantizar insumos necesarios para la vacunación segura y gastos operativos como lo relacionado a la promoción y trabajo extramural, sistemas de almacenamiento, producción y calidad de información, seguimiento, supervisión y evaluación
- b) Incrementar y asegurar el personal de salud para la vacunación, brindándoles las condiciones necesarias para ejercer su labor y capacitación.
- c) Combinar estrategias intramurales y extramurales para el avance de la vacunación.
- d) Ampliar y flexibilizar la oferta del servicio de vacunación en horarios y lugares accesibles para la población. Asimismo, evaluar la implementación de brigadas nocturnas de vacunación en algunas zonas priorizadas con bajo avance de vacunación y/o con mayor número de casos de sarampión y/o población susceptible.
- e) Establecer medidas para garantizar de manera estable y oportuna la provisión de las vacunas y los otros insumos necesarios para la vacunación, a través de la protección del abastecimiento de vacunas y la cadena de frío, en especial frente a la emergencia sanitaria por sarampión en el país y el contexto de emergencia por el Fenómeno El Niño 2026-2027; mediante la implementación de planes de contingencia para garantizar stock de vacunas, trasladar vacunas cuando un establecimiento quede incomunicado, garantizar reserva de jeringas, agujas y otros insumos; el funcionamiento de cadena de frío ; disponibilidad de grupos electrógenos, combustible y sistemas alternativos de energía, transporte y la implementación de brigadas móviles.

AL MINSA, MIDIS Y PCM:

7. **Promover e impulsar la investigación** de la mano de las universidades y de los institutos de investigación como el INS y CONCYTEC, para identificar los factores explicativos del lento avance de la vacunación y la baja confianza en las vacunas y la vacunación de un sector de la población, relacionado a los conocimientos y actitudes y creencias existentes.

Perú, 10 de septiembre de 2026.

Subgrupo de Inmunizaciones-Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud

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

MCLCP-SUBGRUPO DE INMUNIZACIONES/SEGUIMIENTO CONCERTADO A LAS POLÍTICAS DE SALUD, AÑO 2026. Participantes:

POR EL ESTADO:	INTEGRACIÓN REGIONAL E INTERNACIONAL:
Ministerio de Salud-MINSA/Dirección de Inmunizaciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Defensoría del Pueblo-Adjuntía para la Niñez y Adolescencia.	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Asociación Internacional para la salud del Adolescente-IAAH.
POR SOCIEDAD CIVIL: Iniciativa Regional Voces Ciudadanas PRISMA Foro Salud Sociedad Peruana de Pediatría-SPP Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-SPAJ. Centro de Estudios y Publicaciones-CEP Colectivo Neonatal Perú Plataforma Ciudadana Salud y Derechos Instituto de Investigación Nutricional-IIN En Consulta Perú-Políticas de Salud. Academia Peruana de Salud Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Facultad de Medicina y Unidad de Posgrado. Academia Nacional de Medicina	Invitados: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-CDC Perú, Ministerio de Salud. MCLCP Callao, MCLCP Ayacucho, MCLCP Amazonas, MCLCP La Libertad, MCLCP Cajamarca, MCLCP Región Lima, MCLCP Pasco, MCLCP Ancash, MCLCP Cusco, MCLCP Tumbes y MCLCP Tacna.
COOPERACIÓN INTERNACIONAL: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Perú.	Facilitador: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP. Equipo coordinador del documento: Edson Aguilar (Voces Ciudadanas) Wendy Albán (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP) Equipo de asesores en inmunizaciones: Voces Ciudadanas, Sociedad Peruana de Pediatría, Colectivo Neonatal, y PRISMA.

Mayor información aquí:

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

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

Cuadro 1. Avance de la Vacunación SPR (Enero-Agosto 2026)

DIRESA	VACUNA	CANTIDAD	POBLACIÓN	AVANCE (%)
AMAZONAS	SPR 1° DOSIS	4897	9896	49.5%
AMAZONAS	SPR 2° DOSIS	4150	9896	41.9%
ANCASH	SPR 2° DOSIS	7953	15185	52.4%
ANCASH	SPR 1° DOSIS	8601	15185	56.6%
APURIMAC	SPR 2° DOSIS	3289	6175	53.3%
APURIMAC	SPR 1° DOSIS	3465	6175	56.1%
AREQUIPA	SPR 1° DOSIS	8633	16375	52.7%
AREQUIPA	SPR 2° DOSIS	7078	16375	43.2%
AYACUCHO	SPR 2° DOSIS	4239	9278	45.7%
AYACUCHO	SPR 1° DOSIS	4866	9278	52.4%
CAJAMARCA	SPR 1° DOSIS	11193	22237	50.3%
CAJAMARCA	SPR 2° DOSIS	10398	22237	46.8%
CALLAO	SPR 2° DOSIS	6134	12078	50.8%
CALLAO	SPR 1° DOSIS	7036	12078	58.3%
CUSCO	SPR 2° DOSIS	7807	17732	44.0%
CUSCO	SPR 1° DOSIS	9068	17732	51.1%
HUANCAVELICA	SPR 2° DOSIS	2353	5106	46.1%
HUANCAVELICA	SPR 1° DOSIS	2579	5106	50.5%
HUANUCO	SPR 2° DOSIS	6094	12641	48.2%
HUANUCO	SPR 1° DOSIS	6744	12641	53.4%
ICA	SPR 1° DOSIS	7733	13985	55.3%
ICA	SPR 2° DOSIS	6253	13985	44.7%
JUNIN	SPR 2° DOSIS	9444	19211	49.2%
JUNIN	SPR 1° DOSIS	10590	19211	55.1%
LA LIBERTAD	SPR 2° DOSIS	13454	29135	46.2%
LA LIBERTAD	SPR 1° DOSIS	15097	29135	51.8%
LAMBAYEQUE	SPR 1° DOSIS	10206	19674	51.9%
LAMBAYEQUE	SPR 2° DOSIS	7982	19674	40.6%
LIMA DIRIS CENTRO	SPR 2° DOSIS	12140	29447	41.2%
LIMA DIRIS CENTRO	SPR 1° DOSIS	15849	29447	53.8%
LIMA DIRIS ESTE	SPR 2° DOSIS	7352	19795	37.1%
LIMA DIRIS ESTE	SPR 1° DOSIS	9300	19795	47.0%
LIMA DIRIS NORTE	SPR 2° DOSIS	11858	32288	36.7%
LIMA DIRIS NORTE	SPR 1° DOSIS	14870	32288	46.1%
LIMA DIRIS SUR	SPR 1° DOSIS	12617	25734	49.0%
LIMA DIRIS SUR	SPR 2° DOSIS	10407	25734	40.4%
LIMA PROVINCIAS	SPR 1° DOSIS	7419	12510	59.3%
LIMA PROVINCIAS	SPR 2° DOSIS	6929	12510	55.4%
LORETO	SPR 1° DOSIS	11106	22615	49.1%
LORETO	SPR 2° DOSIS	7639	22615	33.8%
MADRE DE DIOS	SPR 2° DOSIS	1352	3827	35.3%
MADRE DE DIOS	SPR 1° DOSIS	2091	3827	54.6%
MOQUEGUA	SPR 2° DOSIS	980	2048	47.9%
MOQUEGUA	SPR 1° DOSIS	1263	2048	61.7%
PASCO	SPR 1° DOSIS	2003	4216	47.5%
PASCO	SPR 2° DOSIS	1757	4216	41.7%
PIURA	SPR 1° DOSIS	16133	31626	51.0%
PIURA	SPR 2° DOSIS	13870	31626	43.9%
PUNO	SPR 1° DOSIS	6912	14585	47.4%
PUNO	SPR 2° DOSIS	5553	14585	38.1%
SAN MARTIN	SPR 1° DOSIS	7857	14924	52.6%
SAN MARTIN	SPR 2° DOSIS	6785	14924	45.5%
TACNA	SPR 2° DOSIS	1678	3900	43.0%
TACNA	SPR 1° DOSIS	1924	3900	49.3%
TUMBES	SPR 2° DOSIS	1765	3855	45.8%
TUMBES	SPR 1° DOSIS	2167	3855	56.2%
UCAYALI	SPR 2° DOSIS	3905	11983	32.6%
UCAYALI	SPR 1° DOSIS	5872	11983	49.0%

Fuente: REUNIS -MINSa. Enero-Agosto 2026 (Fecha de corte 26 de agosto del 2026)/ Elaboración: MCLCP

Consulta Amigable

Fecha de la Consulta: 03-septiembre-2026

Año de Ejecución: 2026

Incluye: Sólo Actividades

Producto/Proyecto 3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	652,054,010	696,656,045	337,120,046	48.4
GOBIERNO NACIONAL	297,017,089	310,460,052	80,221,010	25.8
GOBIERNOS REGIONALES	355,036,921	386,195,993	256,899,036	66.5
Departamento (Meta)	PIA	PIM	Ejecución Devengado	Avance %
01: AMAZONAS	24,822,181	25,592,340	18,314,724	71.6
02: ANCASH	32,056,450	32,596,131	20,789,873	63.8
03: APURIMAC	10,526,730	10,695,976	6,663,274	62.3
04: AREQUIPA	13,730,954	15,417,415	10,179,335	66.0
05: AYACUCHO	14,928,377	15,263,531	10,262,292	67.2
06: CAJAMARCA	21,198,656	25,865,598	16,901,542	65.3
07: CALLAO	1,251,449	1,821,423	1,271,687	69.8
08: CUSCO	18,812,696	19,230,565	13,848,116	72.0
09: HUANCANELICA	34,756,058	44,283,094	30,905,979	69.8
10: HUANUCO	25,044,804	26,384,089	18,753,194	71.1
11: ICA	6,364,795	6,794,986	4,704,146	69.2
12: JUNIN	16,457,053	18,669,443	13,061,625	70.0
13: LA LIBERTAD	26,841,608	29,380,752	19,154,132	65.2
14: LAMBAYEQUE	2,679,308	5,021,486	1,906,964	38.0
15: LIMA	12,398,239	12,911,269	9,220,012	71.4
16: LORETO	21,254,252	21,402,812	13,473,347	63.0
17: MADRE DE DIOS	2,692,250	2,754,069	1,898,280	68.9
18: MOQUEGUA	4,019,358	4,447,448	3,017,879	67.9
19: PASCO	2,305,879	2,613,154	1,727,261	66.1
20: PIURA	9,349,028	8,999,635	5,389,797	59.9
21: PUNO	25,291,955	25,948,776	17,688,314	68.2
22: SAN MARTIN	10,074,727	10,104,138	6,531,898	64.6
23: TACNA	8,195,558	8,695,443	4,228,894	48.6
24: TUMBES	2,620,118	2,698,197	1,786,445	66.2
25: UCAYALI	7,364,438	8,604,223	5,220,028	60.7

Fuente: MEF-Consulta Amigable (Fecha de Consulta: 03.09.26). Elaboración: MCLCP

**Brechas identificadas en vacunas trazadoras del menor de 2 años, por regiones
al mes de agosto - año 2026**

REGION	2026					
	MENORES DE 1 AÑO				NIÑOS DE 1 AÑO	
	IPV 3	PENTA 3	ROTA 2	NEUMO 2	SPR1	SPR2
	Brecha	Brecha	Brecha	Brecha	Brecha	Brecha
PERU	166,258	166,417	157,424	157,315	211,132	248,674
AMAZONAS	3,479	3,398	3,037	3,550	4,851	5,617
ANCASH	5,686	5,687	5,527	5,594	6,386	7,068
APURIMAC	2,148	2,163	2,025	2,041	2,608	2,802
AREQUIPA	7,754	7,778	7,107	7,113	7,825	9,347
AYACUCHO	3,297	3,308	3,093	3,089	4,304	4,951
CAJAMARCA	8,874	8,891	8,631	8,836	10,724	11,568
CALLAO	3,526	3,535	3,388	3,329	4,918	5,861
CUSCO	6,935	6,957	6,539	6,516	8,398	9,725
HUANCAVELICA	1,815	1,826	1,725	1,729	2,447	2,706
HUANUCO	4,548	4,539	4,397	4,315	5,705	6,391
ICA	4,938	4,941	4,696	4,641	6,117	7,646
JUNIN	6,867	6,887	6,556	6,492	8,347	9,541
LA LIBERTAD	10,639	10,692	10,397	10,297	13,666	15,343
LAMBAYEQUE	7,586	7,601	7,334	7,365	9,410	11,583
LIMA CENTRO	11,969	11,984	11,275	11,069	15,334	18,172
LIMA NORTE	12,934	12,964	12,198	12,236	17,181	20,212
LIMA ESTE	7,608	7,638	7,378	7,284	10,389	12,350
LIMA SUR	10,543	10,560	10,049	10,084	12,945	15,157
LIMA REGION	4,138	4,155	4,136	4,109	4,954	5,442
LORETO	7,580	7,436	6,505	5,956	11,136	14,772
MADRE DE DIOS	808	806	698	687	1,667	2,432
MOQUEGUA	860	859	847	843	774	1,059
PASCO	1,487	1,469	1,366	1,341	2,161	2,423
PIURA	12,224	12,289	11,796	11,874	15,099	17,460
PUNO	6,146	6,188	5,842	5,841	7,400	8,834
SAN MARTIN	4,639	4,627	4,194	4,397	6,873	7,993
TACNA	1,522	1,535	1,419	1,433	1,941	2,192
TUMBES	1,209	1,214	1,201	1,184	1,655	2,055
UCAYALI	4,499	4,490	4,068	4,070	5,917	7,972
TOTAL	104,646	104,790	99,209	98,630	132,107	155,689
% DE BRECHA	63	63	63	63	63	63

Fuente: Ministerio de Salud