CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00472-2026-2031-CD
RU 33326-CD
01 OCTUBRE 2026 03:39 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

Roxana Maria Rocha Gallegos
Diputada de la República

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA LEY QUE PROTEGE LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES FRENTE A LOS RIESGOS DEL ENTORNO DIGITAL

La Diputada de la República, que suscribe **ROXANA MARÍA ROCHA GALLEGOS**, integrante del Grupo Parlamentario Renovación Popular, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presenta la siguiente proposición legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE PROTEGE LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES FRENTE A LOS RIESGOS DEL ENTORNO DIGITAL

Artículo 1. Objeto de la Ley
La presente ley tiene por objeto incorporar los factores de riesgo asociados al entorno digital que puedan afectar la salud mental de niños y adolescentes en las acciones de prevención previstas en la Ley 30947, Ley de Salud Mental, y articular su identificación con los mecanismos existentes de orientación, derivación, atención, seguimiento y protección.

Artículo 2. Modificación del numeral 1 del artículo 17 y del artículo 34 de la Ley 30947, Ley de Salud Mental

Se modifican el numeral 1 del artículo 17 y el artículo 34 de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, en los siguientes términos:

"Artículo 17. Prevención de los problemas de salud mental
Las acciones de prevención se formulan sobre la base de las evidencias epidemiológicas nacionales, antropológicas y determinantes socioeconómicos de riesgo. Ponen énfasis en lo siguiente:

***1.** Identificación y monitoreo de factores de riesgo en la comunidad, para evitar la existencia de problemas psicosociales que lleven a patologías que afecten la salud mental individual y colectiva, con énfasis en la prevención de la violencia familiar, violencia sexual, pandillaje, sicariato, maltrato infantil y contra la mujer, consumo y abuso de drogas legales e ilegales y no químicas, cuadros de depresión e intentos de suicidio, afectaciones derivadas de la violencia terrorista, riesgos en el ambiente de trabajo, **y los factores de riesgo asociados al entorno digital que puedan afectar la salud mental de niños y adolescentes, especialmente el ciberacoso, otras formas de violencia ejercida mediante tecnologías digitales, la exposición a contenidos potencialmente nocivos y el uso problemático o compulsivo de dichas tecnologías, entre otros**.*

(…)"

"Artículo 34. Educación en salud mental
Las instituciones educativas de educación básica y de educación superior, públicas y privadas, implementan programas de prevención con la finalidad de proteger a la población estudiantil de potenciales riesgos para la salud mental.

Asimismo, fomentan la inclusión de contenidos curriculares referentes a la prevención de problemas de salud mental, estilo de vida saludable, **educación emocional, convivencia saludable, bienestar digital, identificación de factores de riesgo asociados al entorno digital y uso saludable y responsable de las tecnologías digitales**, **de acuerdo con la edad y etapa de desarrollo de los estudiantes.**

Para el efecto, participan profesionales especializados, de acuerdo con los lineamientos que aprueben los ministerios de Salud y de Educación."

Artículo 3. Incorporación del artículo 17-A a la Ley 30947, Ley de Salud Mental
Se incorpora el artículo 17-A a la Ley 30947, Ley de Salud Mental, en los siguientes términos:

"Artículo 17-A. Atención de riesgos para la salud mental asociados al entorno digital

17-A.1. *El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, en el ámbito de sus respectivas competencias, incorporan los factores de riesgo para la salud mental de niños y adolescentes asociados al entorno digital en las acciones existentes de promoción, prevención, identificación temprana, orientación y derivación. Cuando la naturaleza del caso lo requiera, coordinan con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y las demás entidades competentes.*

17-A.2*. Cuando se identifiquen señales de alerta que requieran evaluación o atención en salud mental, se aplican las rutas de orientación y derivación a los servicios de salud previstas en la normativa vigente, procurando el seguimiento de la derivación y la continuidad de la atención, conforme a las competencias de los servicios involucrados.*

Si los hechos pudieran constituir violencia o afectar otros derechos de niños o adolescentes, se activan, según corresponda, los mecanismos de protección y denuncia previstos en la normativa vigente.

17-A.3. *Las acciones de prevención comprenden la orientación a madres, padres, tutores y cuidadores para la identificación de señales de alerta y la promoción de hábitos saludables y responsables en el uso de tecnologías digitales, de acuerdo con la edad y etapa de desarrollo de los niños y adolescentes.*

17-A.4. *La atención de una emergencia de salud mental no se condiciona a la acreditación de su vinculación con el entorno digital ni a la presentación de una denuncia.*

17-A.5. *La identificación de señales de alerta y la orientación inicial no constituyen diagnóstico clínico. El diagnóstico se realiza conforme al artículo 25 de la presente ley y a las competencias profesionales establecidas en la normativa vigente.*

17-A.6. *Las actuaciones previstas en el presente artículo respetan el interés superior del niño y del adolescente, su autonomía progresiva, su derecho a ser escuchados, la confidencialidad de la información y la protección de sus datos personales, conforme a la legislación aplicable. No autorizan el acceso a comunicaciones privadas fuera de los supuestos previstos por la Constitución y la ley.*

17-A.7*. Las acciones previstas en el presente artículo se implementan mediante los servicios, mecanismos e instrumentos existentes, evitando la duplicidad de funciones, procedimientos y estructuras administrativas."*

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Adecuación reglamentaria
El Poder Ejecutivo adecúa el Reglamento de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, aprobado por Decreto Supremo 007-2020-SA y sus modificatorias, a las disposiciones establecidas en la presente ley, dentro de los noventa días calendario contados desde su entrada en vigencia.

Segunda. Adecuación de instrumentos y protocolos
El Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en coordinación con las entidades competentes y en el marco de sus respectivas competencias, adecúan los lineamientos, protocolos e instrumentos técnicos existentes que resulten necesarios para la aplicación de la presente ley, dentro de los noventa días calendario contados desde su entrada en vigencia. Estos instrumentos precisan las responsabilidades de identificación, orientación, derivación y seguimiento, así como los mecanismos de coordinación y protección de datos personales.

La adecuación se realiza priorizando la articulación de los mecanismos vigentes y evitando la creación de procedimientos, estructuras o instrumentos que dupliquen aquellos ya existentes.

Tercera. Articulación con la normativa sobre entornos digitales
El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, en el ámbito de sus competencias, aplican las acciones previstas en la presente ley de manera articulada con las medidas de uso seguro y responsable de tecnologías digitales establecidas en la Ley 30254 y con las disposiciones aplicables de la Ley 32385, utilizando los instrumentos y mecanismos existentes y evitando la duplicidad de actuaciones.

Cuarta. Financiamiento
La implementación de lo dispuesto en la presente ley se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al tesoro público y conforme a las competencias de cada entidad.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PÚBLICO

El uso de tecnologías digitales forma parte de la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes. Internet, las redes sociales, los videojuegos, las plataformas digitales y los dispositivos móviles ofrecen oportunidades importantes para aprender, comunicarse, acceder a información y desarrollar nuevas formas de participación. El problema, por tanto, no está en la tecnología en sí misma ni puede ser abordado únicamente desde una lógica de restricción.

La preocupación aparece cuando determinados patrones de uso, la exposición a contenidos potencialmente nocivos, el ciberacoso, la violencia digital, el contacto con personas que buscan aprovecharse de menores o el uso problemático o compulsivo de plataformas empiezan a afectar el bienestar emocional y la salud mental de una niña, niño o adolescente.

En el Perú ya existen normas que abordan, por separado, ambos ámbitos. Por un lado, la Ley Nº 30947, Ley de Salud Mental, regula la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Su Reglamento, modificado mediante Decreto Supremo Nº 011-2025-SA, incluso prevé la coordinación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para efectuar tamizajes, identificar estudiantes en riesgo, derivarlos a establecimientos de salud, fortalecer habilidades socioemocionales y prevenir situaciones de acoso, discriminación, violencia y suicidio.[1]

Por otro lado, la Ley Nº 30254 establece un marco dirigido a promover el uso seguro y responsable de las tecnologías de la información y comunicaciones por niñas, niños y adolescentes.[2] Más recientemente, la Ley Nº 32385 reguló el uso de teléfonos celulares en las instituciones educativas de educación básica y señaló expresamente entre sus finalidades reducir la sobreexposición a internet, combatir el ciberbullying y prevenir riesgos para la salud mental de los estudiantes.[3]

Existe, entonces, regulación. Sin embargo, la conexión entre ambos sistemas todavía no aparece expresamente desarrollada en la Ley de Salud Mental. El artículo 17 de la Ley Nº 30947 contempla diversos factores de riesgo violencia familiar, violencia sexual, drogas, depresión, intentos de suicidio, entre otros, pero no identifica de manera expresa los riesgos asociados al entorno digital. Del mismo modo, el artículo 34 regula la

[1] MINISTERIO DE SALUD. Decreto Supremo Nº 011-2025-SA, Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, publicado el 2 de julio de 2025. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2415136-

[2] CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Nº 30254, Ley de Promoción para el Uso Seguro y Responsable de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones por Niños, Niñas y Adolescentes, publicada el 25 de octubre de 2014. https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Texto_Consolidado/30254.pdf

[3] CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Nº 32385, Ley que regula el uso de teléfonos celulares en todas las instituciones y programas educativos de la Educación Básica, publicada el 13 de junio de 2025. https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Texto_Consolidado/30254.pdf

educación en salud mental, pero no incorpora todavía conceptos como bienestar digital, uso saludable de tecnologías o identificación de factores de riesgo vinculados con estos entornos.[4]

En términos prácticos, puede existir un protocolo para el ciberacoso y, al mismo tiempo, un sistema de atención de salud mental; pero resulta necesario que la legislación reconozca expresamente cuándo una situación producida o agravada en el entorno digital debe activar una respuesta de salud mental que comprenda identificación temprana, orientación, derivación, atención y seguimiento.

Esta es precisamente la brecha que pretende atender la propuesta. La fórmula legal no crea un nuevo servicio, sistema o comisión, sino que incorpora los riesgos digitales dentro de la Ley de Salud Mental y establece una ruta de actuación utilizando los servicios y mecanismos que ya existen.

Esta delimitación resulta particularmente importante porque, al analizar en 2024 el Proyecto de Ley Nº 8017/2023-CR, el Ministerio de Educación observó que varias de las medidas entonces propuestas ya se encontraban reguladas mediante el Plan de Salud Escolar, la Guía de Gestión Escolar y los protocolos para la prevención y atención de la violencia. Por esa razón, consideró que repetir esas medidas mediante una nueva ley podía generar sobrerregulación. Asimismo, el MINEDU señaló que ya existían espacios de coordinación intersectorial y concluyó que diversas acciones planteadas por aquel proyecto eran objeto de regulación vigente.

La presente iniciativa recoge esa observación. No busca volver a regular lo que ya se hace, sino cerrar una brecha concreta de articulación entre salud mental y entorno digital.

La población directamente beneficiada está constituida por las niñas, niños y adolescentes. También se ven involucradas sus familias y cuidadores, la comunidad educativa, los profesionales de salud y las entidades públicas que intervienen cuando una afectación de salud mental se relaciona con violencia o riesgos producidos mediante tecnologías digitales.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

2.1. Situación de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en el Perú

La situación general de la salud mental de la población infantil y adolescente justifica fortalecer las acciones preventivas. En agosto de 2025, el Ministerio de Salud informó que 3 de cada 10 niñas, niños y adolescentes en el Perú se encontraban en riesgo de

[4] https://vlex.com.pe/vid/ley-n-30947-ley-923555405

presentar problemas de comportamiento, emocionales o atencionales, lo que equivalía a una estimación de 3 167 662 personas a nivel nacional.[5]

En respuesta a dicha situación, MINSA y MINEDU aprobaron el Plan de Salud Mental en Instituciones Educativas "Salud Mental en tu Cole" 2025-2026, que al momento de su presentación se implementaba en 350 instituciones educativas. El propio plan busca que las escuelas se articulen con establecimientos del primer nivel de atención frente a estudiantes detectados con riesgo o problemas de salud mental.[6]

Este antecedente es relevante para la presente iniciativa por dos razones. Primero, confirma que la identificación temprana y la articulación escuela-salud son mecanismos que el Estado ya viene utilizando. Segundo, demuestra que no resulta necesario crear una estructura paralela: lo razonable es que los riesgos vinculados al entorno digital puedan ser reconocidos y atendidos mediante esa infraestructura existente.

2.2. Evidencia sobre uso de tecnologías digitales y salud mental

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" publicó en 2025 un análisis sobre uso de pantallas y salud mental infantil y adolescente. Recogiendo evidencia científica internacional, señaló que un estudio realizado sobre más de 40 000 adolescentes encontró una prevalencia de depresión de 4,1 % entre quienes utilizaban pantallas más de cinco horas al día, frente al 0,9 % entre quienes las utilizaban menos de una hora. Asimismo, refiere un metaanálisis de más de 45 000 adolescentes que encontró asociaciones entre uso de redes sociales y mayor riesgo de depresión, así como entre uso de teléfonos inteligentes y dicho riesgo.[7]

Estos resultados deben ser interpretados con prudencia: una asociación estadística no significa que todo uso de redes sociales produzca depresión ni permite afirmar una relación causal automática. Precisamente por ello, la propuesta utiliza conceptos como factores de riesgo, señales de alerta y uso problemático, y no presume que la utilización ordinaria de tecnología constituya una enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud reportó en 2024, a partir del estudio Health Behaviour in School-aged Children, realizado sobre cerca de 280 000 adolescentes de 11, 13 y 15 años en 44 países y regiones de Europa, Asia Central y Canadá, que el porcentaje de adolescentes con signos de uso problemático de redes sociales pasó de

[5] MINISTERIO DE SALUD. "Minsa presentó plan Salud mental en tu cole 2025-2026", 14 de agosto de 2025. El MINSA estima en 3 167 662 el número de niñas, niños y adolescentes en riesgo de presentar problemas de comportamiento, emocionales o atencionales.

[6] https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1226913-minsa-presento-plan-salud-mental-en-tu-cole-2025-2026

[7] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI". Uso de pantallas y salud mental: un llamado urgente en defensa de nuestra niñez y adolescencia, 2025. https://www.gob.pe/institucion/insm/informes-publicaciones/7352624-uso-de-pantallas-y-salud-mental-un-llamado-urgente-en-defensa-de-nuestra-ninez-y-adolescencia

7 % en 2018 a 11 % en 2022. El mismo estudio encontró que 12 % se encontraba en riesgo de uso problemático de videojuegos.[8]

También resulta relevante la evidencia obtenida por UNICEF España. Su investigación Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades, realizada con 50 000 adolescentes, encontró que aproximadamente uno de cada tres adolescentes presentaba un uso problemático de internet y redes sociales, mientras que uno de cada cinco podía presentar un uso problemático de videojuegos. El estudio, al mismo tiempo, reconoce los beneficios emocionales, relacionales y educativos de la tecnología, lo que confirma que la respuesta pública no puede reducirse a prohibir su utilización.[9]

Una revisión científica publicada en agosto de 2025 en Anales de Pediatría, publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría, concluyó igualmente que existe evidencia que vincula el uso problemático de internet, redes sociales y la exposición al ciberacoso con síntomas de ansiedad, depresión y conductas autolesivas, especialmente en personas que ya presentan factores de vulnerabilidad. Los autores advierten, no obstante, que intervienen el tipo de uso, el contenido, el contexto y las características individuales.[10]

Esta precisión resulta central para la propuesta legislativa: no se patologiza el uso de tecnología. Lo que se busca es que, cuando aparezcan señales que puedan comprometer la salud mental, exista una respuesta temprana y articulada.

2.3. Violencia y riesgos propios del entorno digital

Los riesgos digitales no se agotan en el tiempo de pantalla. El entorno virtual puede constituirse también en un espacio donde se producen o amplifican formas de violencia: ciberacoso, hostigamiento, violencia sexual, captación con fines sexuales, difusión no consentida de contenido íntimo, amenazas o exposición a contenidos vinculados con autolesiones.

---

[8] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OFICINA REGIONAL PARA EUROPA. Teens, screens and mental health, 25 de septiembre de 2024. Resultados del estudio Health Behaviour in School-aged Children 2021/2022. https://www.who.int/europe/news-room/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health

[9] UNICEF ESPAÑA; UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA; CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS PROFESIONALES DE INGENIERÍA EN INFORMÁTICA. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades, 2021. https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia

[10] EDDY IVES, Lefa S.; HUERTAS PATÓN, Abigail; FORTI BURATTI, María Azul; et al. "Impacto de las pantallas y las redes sociales en la salud mental". Anales de Pediatría, Vol. 103, N.º 2, agosto de 2025, artículo 503909. DOI: 10.1016/j.anpedi.2025.503909. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403325001444

El estudio de UNICEF antes citado identifica precisamente el ciberacoso, la sextorsión y el acceso a contenidos inadecuados entre los principales peligros que los propios adolescentes reconocen en su experiencia digital.[11]

Por esta razón, la fórmula propuesta no pretende reemplazar los mecanismos de denuncia o protección frente a la violencia. Por el contrario, dispone que, cuando la afectación a la salud mental esté asociada a ciberacoso, violencia digital, violencia sexual o captación con fines sexuales, se activen los protocolos de protección y denuncia que ya correspondan conforme a la normativa vigente.

2.4. Un problema de articulación normativa

La evidencia institucional revisada muestra que el Perú no parte de cero. El MINEDU señaló en 2024 que ya existían el Plan de Salud Escolar, la Guía de Gestión Escolar y protocolos de actuación frente a diversas modalidades de violencia; incluso precisó que estos mecanismos contemplaban derivaciones hacia comisarías, Ministerio Público, Centros Emergencia Mujer y DEMUNA, según correspondiera.

El MIMP, por su parte, observó que las funciones deben delimitarse respetando las competencias de cada sector: MINSA en materia de salud, MINEDU en materia educativa y MIMP frente a situaciones de riesgo o desprotección familiar.

De estas observaciones se desprende que el problema actual no es la inexistencia absoluta de servicios o protocolos, sino que el riesgo digital y sus posibles consecuencias sobre la salud mental todavía aparecen regulados en instrumentos distintos que requieren una articulación más clara.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

Fortalecer la protección de la salud mental y el bienestar emocional de niñas, niños y adolescentes frente a los factores de riesgo asociados al entorno digital, incorporando expresamente estos riesgos dentro de la Ley N.º 30947 y articulando su identificación temprana con los mecanismos existentes de orientación, derivación, atención, seguimiento y protección.

Objetivos específicos

1. Incorporar los riesgos asociados al entorno digital dentro de los factores que deben ser considerados en las acciones de prevención de problemas de salud mental.

[11] https://www.unicef.es/noticia/adolescentes-y-tecnologia-como-la-utilizan

2. Incorporar en la educación en salud mental contenidos vinculados con educación emocional, bienestar digital, identificación de factores de riesgo y uso saludable y responsable de tecnologías digitales.

3. Establecer mecanismos para la identificación temprana y orientación de niñas, niños y adolescentes que presenten señales de alerta relacionadas con el entorno digital.

4. Facilitar la derivación oportuna hacia los servicios de salud cuando sea necesaria una evaluación o atención especializada, procurando el seguimiento de la derivación y la continuidad de los cuidados.

5. Reforzar la actuación frente a crisis emocionales, comportamiento suicida, intento de suicidio o conductas autolesivas, dejando expresamente establecido que la atención de una emergencia no puede condicionarse a demostrar previamente su relación con el entorno digital o a formular una denuncia.

6. Orientar a madres, padres, tutores y cuidadores en la identificación de señales de alerta y en la promoción de hábitos digitales saludables.

7. Articular la respuesta de salud mental con los protocolos de protección y denuncia existentes frente al ciberacoso, violencia digital y violencia sexual.

8. Garantizar que la identificación temprana en el ámbito educativo o comunitario no sea confundida con un diagnóstico clínico y que se respete la competencia de los profesionales de salud.

9. Proteger la confidencialidad, los datos personales, la autonomía progresiva y el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados.

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

4.1. Idoneidad de la vía legislativa

La intervención legislativa resulta pertinente porque la propuesta no pretende regular un procedimiento administrativo específico ni desarrollar aspectos meramente técnicos. Lo que plantea es incorporar dentro de la Ley de Salud Mental una nueva dimensión de riesgo que hoy tiene especial relevancia: aquella vinculada con el entorno digital.

La Ley Nº 30947 constituye la norma marco en materia de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental. Por ello, si se busca reconocer expresamente que el ciberacoso, la violencia digital, la exposición a contenidos potencialmente nocivos y el uso problemático de tecnologías pueden constituir factores de riesgo, la modificación de dicha ley resulta coherente con la estructura del ordenamiento.

No se propone, en cambio, trasladar a la ley los detalles técnicos de los tamizajes, instrumentos de evaluación o protocolos clínicos. Esos aspectos continúan correspondiendo al Poder Ejecutivo y a los sectores competentes.

La propuesta adopta, además, una solución distinta a la planteada inicialmente por el Proyecto de Ley Nº 8017/2023-CR. Aquel proyecto proponía visitas médicas periódicas y la creación de determinadas dinámicas de atención escolar. MINEDU observó que una parte importante ya se encontraba regulada. La presente fórmula, en cambio, dispone expresamente que su implementación debe realizarse mediante mecanismos y servicios existentes, evitando duplicidad de funciones, servicios o estructuras administrativas.

4.2. Coherencia con el marco normativo vigente

La propuesta complementa, y no reemplaza, las principales normas actualmente vigentes.

La Ley Nº 31627 ya fortaleció las acciones de promoción de salud mental dirigidas a niñas, niños y adolescentes y dispuso medidas para las instituciones educativas.[12] El Decreto Supremo Nº 011-2025-SA desarrolló posteriormente tamizajes, derivación, participación de familias, fortalecimiento de habilidades socioemocionales, prevención del acoso, violencia y suicidio.[13]

La Ley Nº 30254, por su parte, regula el uso seguro y responsable de las TIC por menores de edad, y en abril de 2026 se aprobó incluso el Reglamento Interno de la Comisión Especial encargada de esta materia.[14]

La Ley Nº 32385 aborda de manera particular el uso de teléfonos celulares en educación básica. Su ámbito es, por tanto, distinto al que plantea esta iniciativa.[15]

Lo que todavía puede fortalecerse normativamente es el puente entre esos dos sistemas regulatorios: la seguridad digital y la atención de salud mental.

4.3. Compatibilidad constitucional

La propuesta encuentra sustento, en primer término, en el artículo 4 de la Constitución Política, que establece la especial protección del niño y del adolescente. El Tribunal

[12] CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N.º 31627, Ley que modifica la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, a fin de fortalecer la prevención y promoción de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y otras poblaciones vulnerables, publicada el 18 de noviembre de 2022. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2126319-3

[13] MINISTERIO DE SALUD. Decreto Supremo N.º 011-2025-SA, citado.

[14] PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS. Resolución Ministerial N.º 127-2026-PCM, que aprueba el Reglamento Interno de la Comisión Especial constituida mediante la Ley N.º 30254, publicada el 14 de abril de 2026. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2505631-1

[15] https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2409169-4

Constitucional ha señalado que este mandato impone al Estado el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar su desarrollo libre, armónico e integral.[16]

Asimismo, el artículo 7 reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.[17]

La iniciativa guarda también relación con el interés superior del niño reconocido por la Ley Nº 30466, conforme al cual dicho interés constituye simultáneamente un derecho, un principio y una norma de procedimiento que debe ser considerado de manera primordial en todas las medidas que afecten directa o indirectamente a niñas, niños y adolescentes.[18]

A su vez, la propuesta contiene salvaguardas frente a posibles afectaciones de otros derechos fundamentales. El nuevo artículo 17-A reconoce la autonomía progresiva y el derecho del menor a ser escuchado; protege la confidencialidad y los datos personales; limita el intercambio interinstitucional de información a aquello que resulte necesario y cuente con habilitación legal; y deja expresamente establecido que la norma no autoriza el acceso a comunicaciones privadas fuera de los supuestos permitidos por la Constitución y la ley.

Finalmente, el numeral 17-A.5 distingue claramente entre identificación temprana y diagnóstico clínico. Esta precisión resulta concordante con la Ley Nº 32575, publicada el 8 de abril de 2026, que modificó el artículo 25 de la Ley de Salud Mental para precisar las competencias profesionales relativas al diagnóstico.[19]

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, INVESTIGACIONES Y FUENTES UTILIZADAS

5.1. Antecedentes normativos nacionales

La propuesta ha considerado principalmente el siguiente marco:

- Ley Nº 30947, Ley de Salud Mental. Constituye la norma marco sobre promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Su artículo 17 regula los factores de riesgo y su artículo 34 la educación en salud mental.[20]

---

[16] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, artículo 4; TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Exp. N.º 02079-2009-PHC/TC, sobre el principio de especial protección del niño y adolescente. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pd

[17] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, artículo 7, derecho a la protección de la salud. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pd

[18] CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, publicada el 17 de junio de 2016. https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Texto_Consolidado/30466-TXM.pd

[19] CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N.º 32575, Ley que modifica el artículo 25 de la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, para precisar la competencia de los profesionales de la salud para el diagnóstico, publicada el 8 de abril de 2026. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2503742-1

[20] https://vlex.com.pe/vid/ley-n-30947-ley-923555405

- Ley Nº 31627. Modificó la Ley Nº 30947 para fortalecer la prevención y promoción de la salud mental de niñas, niños, adolescentes y otras poblaciones vulnerables. Incorporó además disposiciones sobre prevención del suicidio. [21]

- Decreto Supremo Nº 007-2020-SA y Decreto Supremo Nº 011-2025-SA. El primero aprobó el Reglamento de la Ley de Salud Mental; el segundo incorporó medidas específicas de promoción y prevención en instituciones educativas, entre ellas tamizajes, derivación, capacitación, habilidades socioemocionales y prevención del acoso, violencia y suicidio.[22]

- Decreto Supremo Nº 012-2025-SA. Aprobó el Plan "Salud Mental en tu Cole" 2025-2026.[23]

- Ley Nº 30254. Regula el uso seguro y responsable de las tecnologías de la información y comunicaciones por niñas, niños y adolescentes.[24]

- Ley Nº 32385. Regula el uso de celulares en las instituciones y programas de educación básica e incorpora expresamente entre sus finalidades la reducción de la sobreexposición a internet, la lucha contra el ciberbullying y la prevención de riesgos para la salud mental.[25]

- Ley Nº 32575. Precisa las competencias profesionales respecto del diagnóstico de los problemas de salud mental.[26]

- Ley Nº 30466 y su Reglamento. Desarrollan el interés superior del niño y el deber de escuchar y considerar la opinión de niñas, niños y adolescentes de acuerdo con su edad y madurez.[27]

5.2. Proyectos legislativos anteriores

Un antecedente directo es el Proyecto de Ley Nº 8017/2023-CR, que propuso promover la salud integral de escolares mediante prevención e identificación temprana de enfermedades.

Posteriormente se presentaron el Proyecto de Ley Nº 10880/2024-CR, orientado a prevenir y mitigar los posibles efectos nocivos de pantallas, dispositivos y redes sociales, y el Proyecto de Ley Nº 13453/2025-CR, referido específicamente a la protección y

[21] https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2126319-3
[22] https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2415136-1
[23] https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6944165-012-2025-sa
[24] https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Texto_Consolidado/30254.pd
[25] https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2409169-4
[26] https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2503742-1
[27] https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1393943-4/pdf

promoción de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en entornos digitales. El Dictamen Nº 48-2025-2026-CSP-CR acumuló las tres iniciativas.[28]

La Comisión de Salud y Población aprobó el 9 de febrero de 2026, por mayoría, un texto sustitutorio sobre promoción y prevención de salud mental en entornos digitales.[29]

La presente propuesta recoge la problemática identificada en esos antecedentes, pero no reproduce íntegramente el texto sustitutorio. Opta por una regulación más concentrada en la Ley Nº 30947 y evita crear restricciones generales de edad para redes sociales, nuevos fondos, comités o regímenes sancionadores, materias que requieren evaluaciones regulatorias específicas y que ya interactúan con otra legislación sectorial.

5.3. Opiniones institucionales consideradas

Especial importancia tienen las opiniones emitidas en torno al PL Nº 8017/2023-CR.

El MINEDU observó que el Plan de Salud Escolar y otros instrumentos existentes ya cubrían varias de las medidas propuestas, razón por la cual alertó sobre el riesgo de duplicidad normativa.[30]

El MIMP emitió opinión favorable con observaciones y destacó que las responsabilidades de los sectores debían delimitarse conforme a sus competencias, especialmente en materia de salud, educación, riesgo y desprotección familiar. [31]

La Oficina General de Asesoría Jurídica del MIMP insistió además en que una iniciativa legislativa debe conservar coherencia con el marco normativo vigente para que su aplicación resulte viable.

El MIDIS señaló, entre otros aspectos, que el MINSA debía ejercer la rectoría técnica sanitaria y que MINEDU debía intervenir por tratarse de acciones desarrolladas dentro de instituciones educativas.[32]

Estas observaciones explican por qué la fórmula actualmente propuesta identifica las competencias sectoriales y dispone expresamente que no se creen estructuras duplicadas.

---

[28] https://api.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MzcxNTQ0/pdf

[29] COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Dictamen N.º 48-2025-2026-CSP-CR, recaído en los proyectos de ley N.º 8017/2023-CR, N.º 10880/2024-CR y N.º 13453/2025-CR, aprobado en comisión el 9 de febrero de 2026 https://api.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MzcxNTQ0/pdf

[30] MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Informe N.º 01077-2024-MINEDU/SG-OGAJ, opinión sobre el Proyecto de Ley N.º 8017/2023-CR, 26 de agosto de 2024.

[31] MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Informe N.º D000055-2024-MIMP-DGNNA e Informe N.º D000386-2024-MIMP-OGAJ, opinión sobre el Proyecto de Ley N.º 8017/2023-CR, junio-julio de 2024.

[32] MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL. Informe N.º D000307-2024-MIDIS-OGAJ e informes anexos, opinión sobre el Proyecto de Ley N.º 8017/2023-CR, julio de 2024.

5.4. Investigaciones y estudios utilizados

Se han considerado, entre otros, el Plan "Salud Mental en tu Cole" 2025-2026 del MINSA; el documento del Instituto Nacional de Salud Mental Uso de pantallas y salud mental: un llamado urgente en defensa de nuestra niñez y adolescencia; el estudio HBSC difundido por la OMS en 2024; el estudio de UNICEF Impacto de la tecnología en la adolescencia; y la revisión científica de Eddy Ives y otros publicada en Anales de Pediatría en 2025.

La evidencia examinada coincide en algo importante: existen riesgos que justifican acciones preventivas, pero los efectos dependen de múltiples factores y no permiten establecer que todo uso de tecnología sea perjudicial. Esta constatación ha llevado a que la fórmula se concentre en identificación de riesgos, acompañamiento y atención, evitando equiparar uso frecuente con enfermedad.

5.5. Legislación comparada

La experiencia comparada muestra distintos modelos regulatorios.

País	Regulación	Aspectos principales
Australia	*Online Safety Amendment (Social Media Minimum Age) Act 2024*	Desde el 10 de diciembre de 2025, las plataformas comprendidas deben adoptar medidas razonables para impedir que menores de 16 años mantengan cuentas.[33]
Francia	Ley N.º 2023-566	Estableció que los proveedores de redes sociales deben impedir la inscripción de menores de 15 años salvo autorización de quien ejerce autoridad parental.[34]
Estados Unidos	COPPA / 16 CFR Part 312	Centra la protección en la privacidad: los servicios dirigidos a menores de 13 años están sujetos a exigencias específicas respecto de la recopilación de datos personales.[35]
Reino Unido	*Online Safety Act*	Exige a servicios accesibles por menores realizar evaluaciones de riesgo infantil y adoptar medidas de protección; determinadas actividades requieren mecanismos eficaces de aseguramiento de edad.[36]

Estas experiencias muestran que no existe una única respuesta legislativa. Algunos países han optado por edades mínimas; otros ponen mayor énfasis en privacidad, diseño seguro, evaluación del riesgo o deberes de las plataformas.

[33] https://www.esafety.gov.au/about-us/industry-regulation/social-media-age-restrictions
[34] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047799537?isSuggest=true
[35] https://www.ftc.gov/legal-library/browse/rules/childrens-online-privacy-protection-rule-coppa
[36] https://www.ofcom.org.uk/online-safety/protecting-children/age-assurance

La fórmula propuesta para el Perú adopta un ámbito más específico: no regula directamente el acceso a redes sociales ni establece un nuevo régimen de obligaciones empresariales, sino que fortalece la respuesta del sistema de salud mental cuando los riesgos del entorno digital afectan o pueden afectar a niñas, niños y adolescentes.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

La propuesta comprende principalmente a los siguientes sectores:

Sector/entidad	Participación
Ministerio de Salud	Rector en materia de salud y salud mental. Conduce las acciones de promoción, prevención, derivación, atención y continuidad de cuidados.
Ministerio de Educación	Articula las acciones dentro del sistema educativo e incorpora, conforme a sus competencias, los contenidos vinculados con educación emocional, bienestar digital y uso saludable de tecnologías.
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	Interviene en el ámbito de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes y en situaciones de riesgo o desprotección familiar, conforme a su legislación sectorial.
Presidencia del Consejo de Ministros	Participa a través del órgano competente en transformación digital, especialmente por su intervención en las políticas de confianza y seguridad digital y en el marco de la Ley N.º 30254.
Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Participa en el ámbito de sus competencias vinculadas con las comunicaciones y servicios correspondientes.
Gobiernos regionales	Intervienen mediante sus competencias descentralizadas en salud y educación y a través de sus establecimientos y servicios.
Instituciones educativas públicas y privadas	Ejecutan las acciones educativas y preventivas que corresponden conforme a la Ley de Salud Mental y las disposiciones del MINEDU.
Establecimientos y servicios de salud	Reciben las derivaciones y brindan atención de acuerdo con la complejidad del caso y la normativa sanitaria.

La delimitación sectorial responde también a la observación realizada por el MIMP, que recordó que MINSA constituye la autoridad sanitaria nacional, MINEDU ejerce la rectoría en educación y el MIMP interviene en los procedimientos que corresponden a situaciones de riesgo o desprotección familiar.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN O DEROGAN

La propuesta no deroga ninguna norma.

Modifica:

- el numeral 1 del artículo 17 de la Ley Nº 30947, Ley de Salud Mental;
- el artículo 34 de la Ley Nº 30947; e
- incorpora el artículo 17-A a dicha ley.

Asimismo, ordena adecuar el Reglamento de la Ley N.º 30947 y los instrumentos técnicos correspondientes.

TEXTO ACTUAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 17. Prevención de los problemas de salud mental Las acciones de prevención se formulan sobre la base de las evidencias epidemiológicas nacionales, antropológicas y determinantes socioeconómicos de riesgo. Ponen énfasis en lo siguiente: **1.** Identificación y monitoreo de factores de riesgo en la comunidad, para evitar la existencia de problemas psicosociales que lleven a patologías que afecten la salud mental individual y colectiva, con énfasis en la prevención de la violencia familiar, violencia sexual, pandillaje, sicariato, maltrato infantil y contra la mujer, consumo y abuso de drogas legales e ilegales y no químicas, cuadros de depresión e intentos de suicidio, afectados por la violencia terrorista, así como los riesgos en el ambiente de trabajo, entre otros. *(…)"*	***"Artículo 17. Prevención de los problemas de salud mental*** *Las acciones de prevención se formulan sobre la base de las evidencias epidemiológicas nacionales, antropológicas y determinantes socioeconómicos de riesgo. Ponen énfasis en lo siguiente:* ***1.** Identificación y monitoreo de factores de riesgo en la comunidad, para evitar la existencia de problemas psicosociales que lleven a patologías que afecten la salud mental individual y colectiva, con énfasis en la prevención de la violencia familiar, violencia sexual, pandillaje, sicariato, maltrato infantil y contra la mujer, consumo y abuso de drogas legales e ilegales y no químicas, cuadros de depresión e intentos de suicidio, afectaciones derivadas de la violencia terrorista, riesgos en el ambiente de trabajo,* ***y los factores de riesgo asociados al entorno digital que puedan afectar la salud mental de niños y adolescentes, especialmente el ciberacoso, otras formas de violencia ejercida mediante tecnologías digitales, la exposición a contenidos potencialmente nocivos y el uso problemático o compulsivo de dichas tecnologías****, entre otros.* *(…)"*
Artículo 34. Educación en salud mental Las instituciones educativas de la educación básica y de la educación superior, tanto públicas como privadas,	**"Artículo 34. Educación en salud mental** Las instituciones educativas de educación básica y de educación

implementan programas de prevención con la finalidad de proteger a la población estudiantil de potenciales riesgos para la salud mental. Asimismo, fomentan la inclusión de contenidos curriculares referentes a la prevención de problemas de salud mental y a estilos de vida saludables. Para el efecto, participan profesionales especializados, de acuerdo a los lineamientos que aprueben los ministerios de Salud y de Educación.	superior, públicas y privadas, implementan programas de prevención con la finalidad de proteger a la población estudiantil de potenciales riesgos para la salud mental. Asimismo, fomentan la inclusión de contenidos curriculares referentes a la prevención de problemas de salud mental, estilo de vida saludable, **educación emocional, convivencia saludable, bienestar digital, identificación de factores de riesgo asociados al entorno digital y uso saludable y responsable de las tecnologías digitales**, **de acuerdo con la edad y etapa de desarrollo de los estudiantes.** Para el efecto, participan profesionales especializados, de acuerdo con los lineamientos que aprueben los ministerios de Salud y de Educación."

El texto vigente de ambos artículos corresponde a la Ley Nº 30947; el artículo 34 mantiene actualmente la referencia general a prevención y estilos de vida saludables.[37]

Incorporación del artículo 17-A

Al no existir actualmente un artículo equivalente, no corresponde efectuar una comparación textual. El nuevo artículo 17-A desarrolla componentes de articulación intersectorial; identificación temprana; orientación y acompañamiento; derivación y continuidad de cuidados; actuación frente a crisis; orientación a las familias; activación de protocolos de protección; diferenciación entre identificación y diagnóstico; y garantías de privacidad, autonomía progresiva y protección de datos.

VIII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La propuesta genera principalmente beneficios de carácter social, sanitario, educativo e institucional.

Actor	Principales beneficios o efectos
Niñas, niños y adolescentes	Mayor posibilidad de identificar tempranamente señales de riesgo y acceder oportunamente a orientación, atención y seguimiento.

[37] https://vlex.com.pe/vid/ley-n-30947-ley-923555405

Actor	Principales beneficios o efectos
Familias y cuidadores	Mayor información para reconocer señales de alerta y acompañar el uso saludable de tecnologías.
Instituciones educativas	Mayor claridad respecto de la vinculación entre riesgos digitales, bienestar emocional y rutas de derivación.
Sistema de salud	Derivaciones más claras y posibilidad de intervenir tempranamente, antes de que determinados problemas se agraven.
Estado	Mejor articulación de instrumentos ya existentes y menor riesgo de duplicidad de programas o estructuras.
Sociedad	Fortalecimiento de una cultura de bienestar digital y prevención frente a riesgos emergentes.

Impacto económico y presupuestal

La iniciativa no crea un nuevo organismo público, programa presupuestal, fondo, beneficio económico, plazas adicionales, infraestructura ni obligación de adquisición de bienes o contratación de personal.

La propia fórmula establece que las medidas se ejecutan utilizando los mecanismos y servicios existentes, evitando la duplicación de funciones y estructuras. Asimismo, la Cuarta Disposición Complementaria Final dispone expresamente que su implementación se financia con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Esto no significa que la implementación administrativa carezca de cualquier costo operativo. La adecuación de protocolos, coordinación intersectorial, difusión o capacitación puede utilizar recursos ordinarios de las entidades. Sin embargo, tales actividades corresponden a competencias y estructuras que ya existen y no se crea mediante la ley una obligación específica de gasto adicional.

Esta precisión resulta relevante si se compara la propuesta con el antiguo PL Nº 8017/2023-CR. El MIDIS observó en aquella oportunidad que la obligación de efectuar visitas médicas periódicas, exámenes y prestaciones a escala nacional podía generar gasto público adicional. Precisamente por ello, la fórmula actual no reproduce aquellas obligaciones.

En consecuencia, la iniciativa resulta compatible con el literal a) del artículo 107 del vigente Reglamento de la Cámara de Diputados, que establece que las proposiciones legislativas de los diputados no pueden contener propuestas de creación ni de aumento del gasto público fuera del debate del Presupuesto General de la República.[38]

[38] CÁMARA DE DIPUTADOS. Reglamento de la Cámara de Diputados, artículo 107, literal a), publicado en el Diario Oficial El Peruano el 13 de noviembre de 2025.
https://www3.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2025/constitucion/files/reglamento-diputados.pdf

Desde una perspectiva costo-beneficio, el costo de adecuación institucional es limitado al utilizar estructuras existentes, mientras que los beneficios esperados son principalmente no monetarios: prevención, atención temprana, continuidad de cuidados, fortalecimiento familiar, protección frente a violencia digital y reducción de la fragmentación institucional.

IX. IMPACTO AMBIENTAL

La iniciativa legislativa no genera impactos ambientales directos, debido a que no regula actividades productivas, extractivas, infraestructura, disposición de residuos, utilización de recursos naturales ni otras actividades con incidencia sobre el ambiente.

Su contenido se circunscribe a la promoción, prevención y atención de salud mental de niñas, niños y adolescentes y a la articulación de medidas frente a riesgos relacionados con entornos digitales.

En consecuencia, no corresponde identificar medidas de mitigación o compensación ambiental para la implementación de la propuesta.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/09/2026 22:15:10-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30/09/2026 22:15:34-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BAELLA MALCA Jose Isidro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 10:29:34-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CIPRIANI THORNE Javier Jose Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 11:14:17-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ARANDA VASQUEZ Christian FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 11:20:40-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: KRKLEC TORRES Frank FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 11:27:27-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHANG APUY Felix See Hung FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 12:20:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YONZ NUÑEZ Mady Veronica FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/10/2026 14:53:55-0500