CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00691-2026-2031-CD
RU 52359-CD
28 OCTUBRE 2026 09:25 a. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE MODIFICA LA LEY 31557, LEY QUE REGULA LA EXPLOTACIÓN DE LOS JUEGOS A DISTANCIA Y APUESTAS DEPORTIVAS A DISTANCIA, PARA DESCENTRALIZAR EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El **Grupo Parlamentario Fuerza Popular**, a iniciativa del **diputado CARLOS ALBERTO DOMÍNGUEZ HERRERA**, de conformidad con el **artículo 107 de la Constitución Política del Perú** y **los artículos 25, literal c), 106 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados**, propone el Proyecto de Ley siguiente:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY 31557, LEY QUE REGULA LA EXPLOTACIÓN DE LOS JUEGOS A DISTANCIA Y APUESTAS DEPORTIVAS A DISTANCIA, PARA DESCENTRALIZAR EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Artículo 1. – Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia, para posibilitar la ejecución descentralizada de las prestaciones de salud mental, facultando al Ministerio de Salud a efectuar transferencias financieras a favor de los gobiernos regionales, cuya autorización concreta se aprueba en las leyes anuales de presupuesto del sector público.

Artículo 2. – Finalidad de la ley

La presente ley tiene por finalidad garantizar la protección del derecho fundamental a la salud de la población, mediante la provisión y la ampliación descentralizada de las intervenciones, los programas y los servicios de salud mental. De esta manera, se orienta a cerrar las brechas de atención psicológica y psiquiátrica en el territorio

nacional, con especial prioridad en las personas en situación de vulnerabilidad y en las circunscripciones con menor cobertura sanitaria.

Artículo 3. – Modificación del artículo 44 de la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia

Se modifica el literal b) del artículo 44 de la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia, en los siguientes términos:

> ***Artículo 44. Destino de los ingresos***
> ***Los ingresos provenientes del Impuesto, luego de la aplicación del porcentaje que corresponde a la SUNAT y el Tribunal Fiscal, se distribuyen de la siguiente manera:***
> (…)
> ***b) El veinte por ciento (20 %) de los ingresos recaudados se destina al Ministerio de Salud para el financiamiento de intervenciones, programas y servicios de salud mental. Para tal efecto, el Ministerio de Salud puede efectuar transferencias financieras a favor de los gobiernos regionales, con cargo a los recursos señalados en este literal, destinadas a la ejecución descentralizada de las prestaciones de salud mental a través de las direcciones regionales de salud, las gerencias regionales de salud o las entidades que hagan sus veces, previa evaluación de las brechas territoriales, la capacidad operativa, las metas y la disponibilidad presupuestal. La autorización para realizar dichas transferencias se incorpora en la respectiva ley de presupuesto del sector público.***
> (…)

Artículo 4. – Obligaciones en la ejecución territorial de los recursos

Los gobiernos regionales incorporan los recursos transferidos por el Ministerio de Salud en sus respectivos presupuestos institucionales, condicionado a que previamente exista la transferencia autorizada por la ley de presupuesto del sector público del año fiscal correspondiente. Las direcciones regionales de salud, las gerencias regionales de salud o las entidades que hagan sus veces destinan los recursos de manera exclusiva a la contratación de profesionales especializados en psiquiatría y psicología, la implementación y el sostenimiento de centros de salud mental comunitaria y el cierre de

brechas de cobertura, conforme a los lineamientos técnicos y sanitarios que aprueba el Ministerio de Salud. La incorporación y la ejecución de los recursos se sujetan a las disposiciones del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, y del Decreto Legislativo 1441, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Tesorería.

Artículo 5. – Reporte y rendición de cuentas

5.1. Los gobiernos regionales que reciben efectivamente los recursos en el ejercicio fiscal correspondiente remiten al Ministerio de Salud, en un plazo de treinta días calendario posteriores al cierre de cada semestre, un reporte sobre la ejecución física y financiera de los recursos transferidos en el marco de la presente ley, que precisa los indicadores de cobertura, las contrataciones realizadas y las atenciones en salud mental alcanzadas.

5.2. El Ministerio de Salud consolida la información y remite un informe anual a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República y a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. El documento detalla los montos transferidos a cada gobierno regional, el nivel de ejecución del gasto, las metas de atención cumplidas y el impacto en la reducción de la brecha de profesionales e infraestructura de salud mental en el territorio nacional.

5.3. La rendición de cuentas se realiza sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones presupuestarias, contables, de tesorería y de control previstas en el ordenamiento jurídico.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. – Adecuación reglamentaria

El Poder Ejecutivo adecúa el reglamento de la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia, a lo dispuesto en la presente ley, en un plazo de sesenta días calendario contados a partir de su entrada en vigor. El decreto supremo es refrendado por el ministro de Salud y el ministro de Economía y Finanzas.

SEGUNDA. – Financiamiento

La aplicación de la presente ley se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas y a los recursos provenientes de la recaudación del impuesto a los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia previstos en la Ley 31557, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PÚBLICO

La protección de la salud constituye un derecho fundamental reconocido por la Constitución Política del Perú, el cual exige la adopción de políticas públicas destinadas a garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios sanitarios. Dentro de este marco, la salud mental representa un componente esencial del bienestar general y del desarrollo social, que requiere una atención prioritaria por parte del Estado. Durante los últimos años, el país experimenta un incremento sostenido en la prevalencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos, situación que demanda una respuesta institucional robusta para atender la creciente demanda ciudadana por prestaciones especializadas.

Para hacer frente a este escenario, el Estado peruano establece el modelo de atención comunitaria mediante la Ley 30947, Ley de Salud Mental, orientada a descentralizar los servicios y acercar las prestaciones al entorno de la población. No obstante, la implementación operativa de este modelo enfrenta brechas estructurales de financiamiento e infraestructura en el territorio nacional. La provisión directa de los servicios de salud recae principalmente sobre los gobiernos regionales, conforme a las competencias que establece la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Este diseño institucional exige que el financiamiento fluya hacia las instancias subnacionales, pues la descentralización fiscal constituye un mecanismo indispensable para que las entidades territoriales atiendan las demandas locales (Argueta, 2006)[1].

En este contexto, la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia, destina el 20 % de la recaudación del impuesto a dicha actividad al Ministerio de Salud para programas sectoriales. Sin embargo, estos recursos permanecen centralizados en el pliego nacional debido a la ausencia de un canal habilitante normativo para su distribución. Esta barrera administrativa frena la ejecución, pues una gestión económica eficiente exige canalizar los fondos hacia las

[1] Argueta, L. (2006). Impuesto predial y descentralización fiscal del Estado. ECA Estudios Centroamericanos, 61(697-698), 1181-1200. https://doi.org/10.51378/eca.v61i697-698.3576

unidades ejecutoras oportunamente (Medrano Cornejo, 2021)[2]. Asimismo, la falta de un mandato legal claro vulnera la seguridad jurídica de las entidades subnacionales al momento de planificar sus intervenciones en el territorio (Toapanta-Chicaiza y García Erazo, 2024)[3].

En consecuencia, se configura una contradicción sistémica: existen recursos destinados a la salud mental, pero la imposibilidad de trasladarlos obstaculiza su ejecución descentralizada. Frente a este problema público, la solución legal consiste en establecer normativamente que estos fondos son susceptibles de ejecución descentralizada. Para ello, se faculta al Ministerio de Salud para que proponga y efectúe las transferencias financieras a través de las respectivas leyes anuales de presupuesto, en estricto cumplimiento de las disposiciones del Sistema Nacional de Presupuesto Público. De esta manera, se garantiza la capacidad efectiva de los gobiernos regionales para contratar profesionales especializados e implementar los centros de salud mental comunitaria que la población requiere.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

El diseño constitucional del Estado peruano consagra la protección de la salud como un derecho fundamental y un interés público esencial, cuya garantía exige el despliegue de políticas públicas eficientes y equitativas en todo el territorio nacional. El sistema sanitario nacional prioriza de manera histórica la atención de patologías físicas, mientras que la salud mental experimenta una prolongada marginación dentro de la asignación de recursos y la planificación estratégica. Este enfoque tradicional consolida un modelo de atención excesivamente centralista y hospitalocéntrico, que concentra los servicios psiquiátricos especializados en la ciudad capital y genera una profunda brecha estructural en las demás circunscripciones del país.

Con la promulgación de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, el Estado formaliza una transición indispensable hacia un modelo de atención comunitaria. Este nuevo paradigma tiene como objetivo fundamental descentralizar los servicios, abandonar el

[2] Medrano Cornejo, H. (2021). Gestión económica e impuesto a la renta. Advocatus, 35-48. https://doi.org/10.26439/advocatus2021.n040.5282
[3] Toapanta-Chicaiza, J. y García Erazo, E. C. (2024). La seguridad jurídica frente al impuesto por utilidades. 593 Digital Publisher CEIT, 9(3), 354-367. https://doi.org/10.33386/593dp.2024.3.2373

enfoque de aislamiento y acercar las prestaciones sanitarias al entorno familiar y social de la población. La implementación de centros de salud mental comunitaria se establece como el eje central de esta política, para garantizar una intervención temprana, preventiva y continua desde el primer nivel de atención. Sin embargo, la materialización de esta reforma estructural requiere el soporte de mecanismos financieros robustos que doten a los gobiernos regionales de capacidad operativa.

La magnitud del problema público se evidencia en el incremento sostenido de la demanda ciudadana por atenciones especializadas en psicología y psiquiatría a nivel nacional. A pesar de la disponibilidad de recursos generados a través de imposiciones tributarias con fines específicos para el sector, la ausencia de mecanismos habilitantes que permitan trasladar dichos ingresos hacia los gobiernos subnacionales genera una subejecución crónica. Esta barrera administrativa convierte los fondos recaudados en un saldo contable ocioso dentro del pliego central, mientras las redes de salud territoriales restringen sus intervenciones preventivas y terapéuticas a causa de una severa iliquidez.

La carencia de profesionales de psiquiatría, psicología clínica y enfermería especializada en las regiones se vincula directamente con las restricciones presupuestales que padecen los gobiernos regionales. Estas entidades, al carecer de la liquidez necesaria en sus respectivos presupuestos institucionales, se ven imposibilitadas de ofrecer condiciones laborales competitivas y sostenibles que incentiven el desplazamiento de especialistas hacia las provincias. En consecuencia, las plazas convocadas bajo los diferentes regímenes de contratación estatal suelen quedar desiertas, lo que paraliza la puesta en funcionamiento de nuevos centros comunitarios. Esta precariedad financiera neutraliza los esfuerzos normativos por descentralizar la salud mental y perpetúa las ineficiencias del antiguo sistema.

La afectación de tributos específicos para mitigar externalidades sociales constituye una práctica ampliamente reconocida en la política fiscal contemporánea. En este sentido, Delgado (2022) analiza cómo ciertos gravámenes cumplen una función eminentemente redistributiva, que operan bajo una lógica destinada a canalizar recursos desde

actividades rentables hacia sectores de alta prioridad social, a fin de corregir desigualdades estructurales y garantizar derechos fundamentales[4].

Bajo esta premisa, la tributación sobre diversas actividades económicas vinculadas al entretenimiento incorpora un propósito social ineludible. La asociación de estos ingresos con la salud mental responde a la necesidad de atender las patologías que derivan del propio incremento de las actividades gravadas. No obstante, a pesar de la disponibilidad material de los recursos y la existencia de ingresos con fines específicos, la ejecución descentralizada del gasto enfrenta un impedimento normativo. La asignación general de los fondos al pliego del gobierno central requiere de un marco legal complementario que garantice el flujo presupuestal hacia las circunscripciones con mayor brecha sanitaria.

Dentro del marco del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, las transferencias intergubernamentales constituyen actos de administración financiera que exigen una habilitación expresa con rango de ley. En estricto cumplimiento de esta normativa presupuestal, la medida legislativa no impone una transferencia automática ni obligatoria de los recursos recaudados. Por el contrario, se reconoce la rectoría del Ministerio de Salud para evaluar técnicamente y de forma discrecional cuáles intervenciones sanitarias se descentralizan a favor de los gobiernos regionales. Esta disposición viabiliza el financiamiento territorial a través de las autorizaciones que se aprueban en las leyes anuales de presupuesto.

La administración pública en su totalidad se rige por el principio de legalidad, el cual determina que las entidades del Estado únicamente ejecutan aquellos actos que la normativa les faculta de manera explícita. En materia de gestión presupuestal, este principio previene la desviación de fondos públicos y garantiza la disciplina fiscal sin menoscabar la flexibilidad operativa del ente rector. Sobre esta rigurosidad, Toapanta-Chicaiza y García Erazo (2024) señalan que la seguridad jurídica en la administración de impuestos y en la distribución de recursos requiere de marcos normativos claros y precisos, con el objetivo de evitar responsabilidades administrativas y asegurar que el financiamiento alcance su propósito[5].

[4] Delgado, A. (2022). Impuesto a transacciones financieras internacionales: Tasa Tobin e impuesto Robin Hood. Ola Financiera, 15(43), 1-1. https://doi.org/10.22201/fe.18701442e.2022.43.83486
[5] Toapanta-Chicaiza y García Erazo (2024), óp. cit.

La habilitación legal para canalizar estos fondos mediante las normas presupuestales anuales consolida los principios del proceso de descentralización del Estado. Los gobiernos regionales operan como las entidades constitucionalmente responsables de gestionar la provisión de los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, para lo cual requieren un acceso articulado a los presupuestos. En este contexto, Argueta (2006) destaca que una descentralización fiscal efectiva demanda que las entidades subnacionales dispongan de mecanismos de financiamiento coordinados, puesto que la concentración absoluta de los recursos en el nivel central neutraliza la capacidad de gestión local y perpetúa ineficiencias administrativas[6].

La centralización del presupuesto destinado a la salud mental no solo perjudica la provisión del servicio sanitario, sino que representa una falla en la gestión económica de los recursos del Estado. Cuando un ingreso se recauda con el objetivo de resolver una problemática con un fuerte componente territorial, su retención exclusiva en el nivel nacional interrumpe el ciclo lógico del gasto público. Medrano Cornejo (2021) argumenta que una adecuada gestión económica de la recaudación debe garantizar que la riqueza extraída se traduzca de forma ágil en servicios públicos tangibles, lo que evita el estancamiento burocrático que desvirtúa la finalidad social de la obligación tributaria[7].

Esta dinámica operativa guarda estrecha similitud con los desafíos que enfrentan otros gravámenes de destino específico en el derecho comparado. Por ejemplo, los ingresos orientados a la protección ambiental se diseñan para intervenir en zonas determinadas, y su éxito depende íntegramente de la capacidad estatal para ejecutar los fondos en el lugar de impacto. Martínez (2020) demuestra que las afectaciones específicas fracasan en su propósito corrector si los mecanismos institucionales no aseguran que la recaudación fluya de manera dinámica hacia los territorios para financiar los proyectos de mitigación directa[8].

[6] Argueta (2006), óp. cit.
[7] Medrano Cornejo (2021), óp. cit.
[8] Martínez, S. (2020). Impuestos ambientales en Chile: Un análisis crítico. Latin American Legal Studies, 6, 119-158. https://doi.org/10.15691/0719-9112vol6a7

La ejecución de los recursos en el nivel regional obedece además al principio de subsidiariedad, el cual establece que las necesidades públicas se atienden con mayor eficacia por la autoridad más cercana a la población. El destino final de los fondos requiere de un soporte logístico y operativo eminentemente local, que un ministerio no gestiona de forma integral sin apoyo subnacional. Quiñones Montealegre (2009) examina cómo los tributos vinculados a diversas actividades comerciales deben generar un impacto directo en el ámbito local, a fin de fortalecer la capacidad operativa de los gobiernos intermedios para responder a las demandas inmediatas de sus ciudadanos[9].

Adicionalmente, la regulación fiscal de los entornos digitales representa un desafío contemporáneo ineludible para la administración pública. Los ingresos que el Estado percibe por estas actividades novedosas deben gestionarse mediante herramientas administrativas modernas y ágiles que superen las trabas burocráticas del diseño tradicional. España y Collosa (2025) advierten que la tributación de las economías digitalizadas en los mercados emergentes exige marcos institucionales que permitan la asignación oportuna de los recursos generados hacia las prioridades estratégicas nacionales, sin generar cuellos de botella estructurales ni ociosidad contable[10].

Los procesos de planificación estratégica en el sector público exigen que las unidades ejecutoras conozcan con exactitud sus techos presupuestales antes del inicio de cada ejercicio fiscal. Las direcciones regionales de salud formulan sus documentos de gestión con base en las asignaciones financieras proyectadas en las leyes anuales de presupuesto. Al carecer de una norma matriz que faculte al Ministerio de Salud a canalizar presupuestalmente los ingresos del impuesto a los juegos a distancia, las entidades subnacionales no logran incluir la contratación de nuevos profesionales en sus previsiones de gasto. Esta incertidumbre administrativa paraliza cualquier iniciativa de expansión de los servicios.

La dinámica del empleo público en el sector salud agudiza el impacto negativo de esta restricción normativa. La incorporación de profesionales de la medicina, la psicología y

[9] Quiñones Montealegre, A. (2009). El impuesto de industria y comercio como un impuesto sobre la renta local [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. GREDOS. https://doi.org/10.14201/gredos.18283
[10] España, U. y Collosa, A. (2025). EL IMPUESTO MÍNIMO GLOBAL EN ECONOMÍAS EMERGENTES. Crónica tributaria, 195(2), 11-35. https://doi.org/10.47092/ct.25.2.1

el trabajo social a los centros de salud mental comunitaria se realiza mayoritariamente a través de regímenes de contratación que requieren disponibilidad presupuestal certificada y proyectada. Si el gobierno regional carece de la asignación programada en su respectiva cuenta institucional mediante los mecanismos formales del sistema de presupuesto, las oficinas de recursos humanos se encuentran legalmente impedidas de emitir las certificaciones de crédito correspondientes, lo que anula la capacidad contractual en las regiones.

Asimismo, la provisión continua de productos farmacéuticos y dispositivos médicos especializados constituye un componente crítico en el tratamiento de los trastornos mentales de alta complejidad. Las terapias farmacológicas requieren una adherencia estricta por parte de los pacientes, cuyo éxito depende de que el establecimiento de salud garantice el abastecimiento ininterrumpido. Las limitaciones presupuestales impiden que los gobiernos regionales dispongan de la liquidez necesaria para realizar adquisiciones estratégicas locales o complementar las compras corporativas nacionales cuando se producen desabastecimientos coyunturales, lo que eleva el riesgo de recaídas clínicas.

Las consecuencias negativas para el sistema sanitario nacional y para la población en situación de vulnerabilidad se agravan de manera progresiva al mantenerse las barreras operativas vigentes. Los gobiernos regionales continúan en la imposibilidad de expandir la red de centros de salud mental comunitaria, lo que mantiene a extensas áreas del territorio sin ninguna cobertura especializada. La carencia de profesionales de la psiquiatría y la psicología en las provincias obliga cotidianamente a miles de pacientes a migrar hacia la ciudad capital en busca de tratamientos médicos continuos, fenómeno que genera gastos de bolsillo catastróficos para las familias de menores ingresos y satura los establecimientos de alta complejidad.

La privación prolongada de atención psicológica y psiquiátrica oportuna produce daños irreparables en el tejido social y en el desarrollo humano del país. Los trastornos mentales no tratados limitan severamente la inserción educativa y laboral de las personas directamente afectadas, lo que consolida ciclos intergeneracionales de pobreza y exclusión social que comprometen el progreso económico de las circunscripciones. Asimismo, la ausencia de intervenciones comunitarias tempranas

incide de forma documentada en el incremento de la violencia intrafamiliar y en el aumento de conductas de riesgo. La persistencia de obstáculos normativos genera un impacto lesivo sobre la salud pública nacional.

La solución integral a esta problemática estructural exige complementar la visión rectora de la administración financiera con mecanismos modernos de gestión pública territorial. Instituir la habilitación legal expresa para que el ministerio determine técnicamente la asignación presupuestal constituye una medida indispensable que afianza el modelo de atención comunitaria. De esta manera, se garantiza que la recaudación cumpla su finalidad social primigenia en las leyes anuales de presupuesto y transforme los ingresos del sector en prestaciones médicas tangibles que reducen las brechas históricas de la salud mental en todo el territorio de la República.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo general de la iniciativa legislativa consiste en autorizar la transferencia financiera de los recursos recaudados por la explotación de juegos y apuestas deportivas a distancia a favor de los gobiernos regionales. De esta manera, se asegura la ejecución descentralizada de las prestaciones de salud mental y se garantiza la protección del derecho fundamental a la salud, con énfasis en el cierre de brechas de atención psicológica y psiquiátrica en el territorio nacional.

Para alcanzar este propósito, la medida contempla objetivos específicos orientados a optimizar la gestión del financiamiento sanitario, sin crear nuevos impuestos ni alterar el veinte por ciento (20%) de recaudación destinado actualmente a este sector. En primer lugar, se establece el mecanismo legal expreso que permite al Ministerio de Salud trasladar los fondos hacia las instancias subnacionales. En segundo lugar, se mejora la ejecución territorial de los recursos para financiar directamente la contratación de profesionales especializados y el sostenimiento de centros de salud mental comunitaria. Finalmente, se instaura un sistema de rendición de cuentas que consolida la trazabilidad del gasto y el cumplimiento de las metas sanitarias en cada circunscripción.

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

La proposición legislativa atiende el mandato constitucional que confiere a los gobiernos regionales la competencia para promover y regular actividades en materia de salud

dentro de su jurisdicción. En ese sentido, el artículo 1 instituye la autorización legal expresa que requiere el Ministerio de Salud para ejecutar transferencias financieras a favor de los gobiernos regionales, con lo cual se habilita la vía jurídica e institucional para que dichos traslados de recursos se autoricen formalmente en las leyes anuales de presupuesto. De este modo, se elimina la barrera administrativa que mantiene los fondos centralizados y se propicia un flujo continuo y predecible de financiamiento hacia las entidades territoriales. Esta disposición soluciona de manera estructural las severas restricciones operativas que limitan la atención especializada en las distintas circunscripciones del país.

El artículo 2 consagra la finalidad de la norma y conecta el mecanismo técnico de transferencia financiera con la garantía efectiva del derecho a la salud. Esta disposición resuelve la desconexión existente entre la recaudación de los ingresos tributarios y la provisión de los servicios sanitarios en el interior del país. Al orientar la intervención hacia la ampliación descentralizada de los programas y las atenciones de salud mental, la medida asegura que los recursos se destinen a cerrar las brechas operativas. Con ello, se atiende la desprotección que sufren las personas en situación de vulnerabilidad y los habitantes de las áreas con menor cobertura.

El artículo 3 constituye el núcleo operativo de la iniciativa al habilitar el traslado de los fondos hacia los gobiernos regionales mediante la modificación del artículo 44 de la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia. La autorización conferida al Ministerio de Salud posee un carácter facultativo, de modo que el ente rector puede efectuar las transferencias en función de una evaluación técnica previa sobre las brechas territoriales y operativas vigentes en cada jurisdicción. La regla legal garantiza que la ejecución descentralizada se canalice a través de las gerencias y las direcciones regionales de salud, lo que dota a las autoridades territoriales de las herramientas indispensables para implementar el modelo de atención comunitaria.

Para prevenir el desvío de los fondos y asegurar la eficiencia del gasto público, el artículo 4 establece obligaciones estrictas en la ejecución territorial de los recursos transferidos. Se precisa que la incorporación del presupuesto queda supeditada a las leyes anuales correspondientes, así como a las disposiciones del Decreto Legislativo 1440, Decreto

Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, y del Decreto Legislativo 1441, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Tesorería. Con este marco normativo, se neutraliza el riesgo de que los gobiernos regionales incorporen el presupuesto a un fondo común y lo destinen a otras áreas de la gestión pública o a gastos administrativos. Al imponer la regla de exclusividad, se garantiza que los montos financien únicamente la contratación de profesionales especializados en psiquiatría y psicología, así como el sostenimiento de los centros de salud mental comunitaria.

El mismo precepto legal asegura que el cierre de las brechas de cobertura se ejecute en estricta sujeción a los lineamientos técnicos y sanitarios que aprueba el Ministerio de Salud. Esta condición previene la fragmentación en la calidad de los servicios que suele acompañar a los procesos de descentralización. Si bien la ejecución financiera y operativa se traslada a los gobiernos regionales, la rectoría permanece bajo el control de la autoridad nacional de salud. Esto estandariza los protocolos de atención en todo el territorio y garantiza que las contrataciones respondan a una planificación sanitaria técnica.

El artículo 5 diseña un sistema de reporte y rendición de cuentas que ataca la opacidad en la gestión del presupuesto público, aplicable de manera exclusiva a los gobiernos regionales que perciben fondos efectivos en el año fiscal. El numeral 5.1 obliga a las entidades receptoras a remitir al Ministerio de Salud un informe detallado sobre la ejecución física y financiera de los recursos, sin que esta disposición anule o reemplace los mecanismos de control gubernamental vigentes. La exigencia de transparentar los indicadores de cobertura, las contrataciones realizadas y las atenciones médicas permite a la autoridad nacional evaluar el rendimiento de cada gobierno regional y aplicar medidas correctivas oportunas.

El numeral 5.2 del artículo 5 eleva el escrutinio de los recursos al ámbito parlamentario y consolida la transparencia de la política pública. Al disponer que el Ministerio de Salud consolide la información y remita un informe anual a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República y a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, se asegura la fiscalización permanente. La sustentación de los montos transferidos, el nivel de ejecución y las metas cumplidas permite verificar de manera objetiva si el mecanismo logra su propósito y justifica el uso de los fondos públicos.

La primera disposición complementaria final ordena la adecuación reglamentaria de la ley por parte del Poder Ejecutivo. Esta medida impide la generación de vacíos procedimentales que retrasen la aplicación de las transferencias financieras, al otorgar un plazo de sesenta días calendario contados a partir de la entrada en vigor de la norma. Al requerir que el decreto supremo cuente con el refrendo del ministro de Salud y del ministro de Economía y Finanzas, se garantiza la articulación intersectorial necesaria para establecer las reglas operativas y los procedimientos técnicos que viabilizan el flujo de los fondos.

La segunda disposición complementaria final asegura la viabilidad macroeconómica de la propuesta y previene contingencias en el equilibrio fiscal del Estado. La regla establece que la aplicación de la ley se financia exclusivamente con el presupuesto institucional de las entidades involucradas y con la recaudación preexistente del impuesto a los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia. De esta manera, se demuestra que la solución jurídica planteada no demanda recursos adicionales al Tesoro Público ni exige la creación de nuevos tributos, sino que optimiza el uso de un fondo previamente constituido.

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, INVESTIGACIONES Y FUENTES

Antecedentes legislativos

En el periodo parlamentario 2026-2031 no existen proposiciones legislativas presentadas con un objeto similar o idéntico al de la presente iniciativa. Respecto al periodo parlamentario 2021-2026, se registra un proyecto de ley con un espíritu concordante. Este documento no culminó su trámite y, al término del Congreso unicameral de dicho periodo, pasó al archivo.

Proyectos de ley presentados en el periodo parlamentario 2021-2026

N°	Proyecto de ley	Título	Estado	Autor
1	14856/2025-CR	Ley que modifica la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia, a fin de fortalecer el financiamiento descentralizado de los servicios de salud mental	Archivado al término del periodo	Nilza Merly Chacón Trujillo

Fuente: Elaboración propia.

Marco legal

1. Constitución Política del Perú: consagra en su artículo 7 el derecho fundamental a la protección de la salud y establece, en sus artículos 188, 191 y 192, el proceso de descentralización y la competencia de los gobiernos regionales para promover el desarrollo socioeconómico y organizar los servicios de salud en su jurisdicción.

2. Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia: determina la creación del impuesto a dicha actividad y destina el veinte por ciento de los ingresos recaudados al Ministerio de Salud para el financiamiento exclusivo de intervenciones, programas y servicios de salud mental.

3. Ley 30947, Ley de Salud Mental: instaura el modelo de atención comunitaria y garantiza el derecho de la población a recibir prestaciones de salud mental descentralizadas, continuas y cercanas a su entorno familiar o territorial.

4. Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público: regula el marco jurídico aplicable a la administración de los fondos públicos y dispone los procedimientos presupuestales que habilitan las transferencias financieras entre las entidades de distintos niveles de gobierno.

Investigaciones y fuentes utilizadas

Las fuentes bibliográficas, las investigaciones académicas, los reportes estadísticos y los documentos institucionales empleados para sustentar técnica, económica y jurídicamente la presente exposición de motivos se encuentran debidamente citados a lo largo de la argumentación. Asimismo, todas las referencias correspondientes se detallan de forma íntegra en las notas al pie de página, conforme a las directrices vigentes de técnica parlamentaria, con la finalidad de evitar su duplicación en esta sección y garantizar la completa trazabilidad de la evidencia utilizada.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

La implementación del marco normativo propuesto involucra una interacción coordinada entre distintos niveles de gobierno y la sociedad civil. Los beneficiarios directos constituyen los ciudadanos que requieren atención psicológica y psiquiátrica, con especial prioridad en las personas en situación de vulnerabilidad y en los habitantes de

las circunscripciones con menor cobertura sanitaria. Para asistir a este sector, el Ministerio de Salud asume un papel financiero fundamental como administrador del 20% de la recaudación derivada de la Ley 31557. La norma autoriza a esta cartera a realizar transferencias financieras hacia los gobiernos regionales, lo que permite descentralizar los fondos sin crear nuevos impuestos ni alterar el porcentaje vigente. Asimismo, el Ministerio de Economía y Finanzas interviene en la adecuación reglamentaria para asegurar que los recursos fluyan conforme a las reglas presupuestales, con el propósito de revertir la inejecución del gasto descentralizado.

A nivel subnacional, los gobiernos regionales operan como el núcleo ejecutor de la propuesta, con la responsabilidad de gestionar directamente los recursos transferidos para mejorar el acceso a los servicios sanitarios. A través de las direcciones y gerencias regionales de salud, estas autoridades incorporan los fondos en sus presupuestos de manera exclusiva para la salud mental. Con ello, adquieren la capacidad financiera para reducir la brecha operativa mediante la contratación de especialistas en psiquiatría y psicología, además de implementar y sostener centros de salud mental comunitaria de acuerdo con la demanda local. La participación de estas entidades garantiza una ejecución territorial eficiente de los recursos existentes.

El modelo exige una rigurosa estructura de rendición de cuentas que asegura la transparencia ante el Poder Legislativo. Los gobiernos regionales asumen la obligación de reportar semestralmente al Ministerio de Salud su avance físico y financiero, así como los indicadores de cobertura alcanzados con los fondos recibidos. Posteriormente, la autoridad sanitaria nacional consolida dicha información y la remite formalmente a las comisiones competentes del Congreso de la República. De esta manera, se garantiza el control político sobre el impacto social de la medida, para comprobar que las transferencias logren una reducción efectiva de las deficiencias operativas en todo el territorio nacional.

Actores involucrados en la implementación

Actor	Papel en la implementación	Qué le exige la ley
POBLACIÓN CON AFECCIONES DE SALUD MENTAL Y SUS FAMILIAS	Constituyen los destinatarios finales de las políticas y los servicios de atención psiquiátrica y psicológica financiados con los recursos descentralizados.	Ninguna obligación legal; ejercen su derecho fundamental a acceder a servicios de salud mental oportunos y de calidad en sus respectivas localidades.

MINISTERIO DE SALUD	Actúa como el ente rector y el administrador del 20% de los ingresos recaudados por el impuesto a los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia.	Realizar las transferencias financieras a favor de los gobiernos regionales, emitir los lineamientos técnicos sanitarios y remitir un informe anual de rendición de cuentas.
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS	Interviene como el ente rector del sistema de presupuesto público encargado de viabilizar y facilitar la operatividad reglamentaria de la norma.	Refrendar el decreto supremo para la adecuación del reglamento de la Ley 31557 en el plazo establecido, garantizando la fluidez de las transferencias.
GOBIERNOS REGIONALES	Operan como las entidades ejecutoras descentralizadas responsables de materializar la inversión en infraestructura y recursos humanos en sus jurisdicciones.	Incorporar los recursos en sus presupuestos institucionales y remitir semestralmente un reporte de ejecución física y financiera al Ministerio de Salud.
DIRECCIONES Y GERENCIAS REGIONALES DE SALUD	Constituyen las unidades operativas territoriales que gestionan y organizan la prestación directa de los servicios de salud mental comunitaria.	Destinar los fondos de manera exclusiva a la contratación de profesionales especializados, la implementación de centros de atención y el cierre de brechas.
CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Ejerce el control político y la fiscalización del uso de los recursos públicos descentralizados a través de sus comisiones dictaminadoras.	Recibir, evaluar y fiscalizar el informe anual que detalla el nivel de ejecución del gasto y las metas de atención cumplidas a nivel nacional.

Fuente: Elaboración propia.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN O DEROGAN

La modificación recae sobre el literal b) del artículo 44 de la Ley 31557, Ley que regula la explotación de los juegos a distancia y apuestas deportivas a distancia. Esta alteración legislativa articula el destino de los fondos recaudados con las competencias de provisión territorial de atención primaria. La iniciativa cumple con las exigencias del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, cuerpo normativo que requiere una habilitación con rango de ley para viabilizar el traslado de recursos entre pliegos del Estado. Al incorporar este precepto explícito, se suprime la limitación administrativa que centraliza el financiamiento sanitario y se permite a los gobiernos subnacionales disponer del presupuesto de manera oportuna.

La iniciativa guarda coherencia con las disposiciones de la Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización, y de la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, las cuales otorgan a los niveles subnacionales la función de dirigir y ejecutar los programas de salud en sus jurisdicciones. Además, se articula con el modelo de atención comunitaria regulado en la Ley 30947, Ley de Salud Mental, y con el Decreto Legislativo

1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Esta concordancia normativa resuelve la desconexión existente entre el deber de acercar las prestaciones a la población y la actual centralización de los fondos sectoriales.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
"Artículo 44. Destino de los ingresos Los ingresos provenientes del Impuesto, luego de la aplicación del porcentaje que corresponde a la SUNAT y el Tribunal Fiscal, se distribuyen de la siguiente manera: […] b) 20% transferido al Ministerio de Salud, destinándose al programa de salud mental. [...]	"***Artículo 44. Destino de los ingresos*** Los ingresos provenientes del Impuesto, luego de la aplicación del porcentaje que corresponde a la SUNAT y el Tribunal Fiscal, se distribuyen de la siguiente manera: […] ***b) El veinte por ciento (20 %) de los ingresos recaudados se destina al Ministerio de Salud para el financiamiento de intervenciones, programas y servicios de salud mental. Para tal efecto, el Ministerio de Salud puede efectuar transferencias financieras a favor de los gobiernos regionales, con cargo a los recursos señalados en este literal, destinadas a la ejecución descentralizada de las prestaciones de salud mental a través de las direcciones regionales de salud, las gerencias regionales de salud o las entidades que hagan sus veces, previa evaluación de las brechas territoriales, la capacidad operativa, las metas y la disponibilidad presupuestal. La autorización para realizar dichas transferencias se incorpora en la respectiva ley de presupuesto del sector público.*** […]"

En materia tributaria, la fórmula legal no genera antinomias ni conflictos en el marco normativo vigente. La medida salvaguarda la neutralidad fiscal, toda vez que no altera la distribución del 80 % restante de la recaudación correspondiente al Tesoro Público, al Ministerio de Comercio Exterior y Turismo y al Instituto Peruano del Deporte. El articulado se circunscribe de manera exclusiva a facilitar la ejecución presupuestal de los fondos asignados sectorialmente para asegurar la provisión de las atenciones especializadas, sin imponer nuevas cargas impositivas.

Asimismo, se introducen disposiciones sustantivas sobre la ejecución territorial, el reporte y la rendición de cuentas, las cuales operan como reglas independientes y complementarias. Estas normas establecen que los gobiernos regionales asumen la

obligación de destinar los recursos a la contratación de profesionales especializados en psiquiatría y psicología, al sostenimiento de centros de salud mental comunitaria y al cierre de brechas de cobertura. Para prevenir vacíos de fiscalización, se instaura un reporte semestral y el deber de remitir un informe anual al Congreso de la República, sin perjuicio del control a cargo de la Contraloría General de la República.

Para garantizar la debida implementación operativa de la norma, se contempla una disposición complementaria que dispone la adecuación del marco infralegal correspondiente. En ejercicio de la potestad reglamentaria que la Constitución Política del Perú confiere al presidente de la República, se establece la actualización del reglamento de la Ley 31557 mediante un decreto supremo refrendado por el ministro de Salud y por el ministro de Economía y Finanzas. Este mandato asegura que los procedimientos administrativos y los lineamientos de monitoreo sectorial se adapten al nuevo esquema presupuestal sin dilaciones.

La intervención produce un efecto perfeccionador en la legislación nacional al corregir una limitación de diseño en el financiamiento descentralizado de los servicios psicológicos y psiquiátricos. Al enfocar la modificación en un aspecto operativo y presupuestal de carácter específico, se evitan colisiones jurídicas o derogaciones tácitas en otros cuerpos normativos. De este modo, se consolida la institucionalidad del sistema sanitario y se dota a las autoridades competentes del soporte económico necesario para asegurar una respuesta pública eficiente, en estricto cumplimiento del derecho fundamental a la salud de la población.

VIII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Impacto económico

La ausencia de una atención oportuna y descentralizada de los problemas de salud mental genera severas distorsiones en la economía nacional, las cuales se manifiestan a través del ausentismo, la reducción de la productividad laboral y la sobrecarga financiera del sistema de salud general. Palacios-Espinosa (2021) destaca que el estigma asociado a las afecciones psicológicas produce un costo económico inestimable, ya que retrasa el diagnóstico clínico y agrava los cuadros médicos, lo que

fuerza al Estado a financiar intervenciones hospitalarias complejas y de mayor duración en etapas críticas[11].

La propuesta normativa ataca esta ineficiencia estructural al garantizar que los recursos financieros lleguen directamente a las regiones, nivel donde operan las redes comunitarias y de atención primaria. Olivos (2025) sostiene que la integración de la salud mental y la psiquiatría en la práctica de la atención primaria previene la escalada de patologías severas, lo que optimiza el uso de la infraestructura sanitaria y reduce la carga económica global[12]. Al habilitar las transferencias financieras, se dinamizan las economías locales mediante la contratación continua de profesionales y la adquisición de bienes y servicios.

Efectos monetarios

Desde la perspectiva monetaria, la medida facilita la ejecución eficiente de los fondos que permanecen inmovilizados en la administración central y traslada la liquidez hacia las entidades territoriales. Si bien la magnitud exacta de los recursos a transferir se sujeta a la recaudación efectiva del impuesto a los juegos a distancia, la disposición garantiza que el íntegro del 20 % asignado por ley se destina a las jurisdicciones con mayores brechas. Al carecer de una cuantificación causal agregada, el análisis se sustenta en bases cualitativas; no obstante, para evaluar el impacto monetario posterior, se requiere medir el volumen de transferencias ejecutadas, el número de contrataciones formalizadas por cada gobierno regional y la variación porcentual del gasto de bolsillo en las familias.

Para la población ciudadana, la descentralización de los servicios se traduce en una drástica reducción del gasto privado. En la actualidad, los pacientes asumen elevados costos de traslado y alojamiento para acceder a servicios psiquiátricos en la capital, o incurren en deudas para sufragar tratamientos en el sector privado. El tratamiento temprano en las redes de atención primaria genera ahorros significativos para el erario nacional, puesto que las intervenciones preventivas resultan considerablemente menos

[11] Palacios-Espinosa, X. (2021). El inestimable costo del estigma de la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud, 19*(1). https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10285
[12] Olivos, P. (2025). Salud Mental y Psiquiatría en la práctica de Atención Primaria de Salud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 63*(1), 91-98. https://doi.org/10.4067/s0717-92272025000100091

onerosas que las hospitalizaciones especializadas (María Moreno y Antonio Moriana, 2012)[13].

Asimismo, la habilitación de recursos permite a los gobiernos regionales implementar soluciones flexibles y altamente costo-efectivas. Destacan entre ellas las plataformas de atención psicológica a distancia, herramientas que maximizan la cobertura de los limitados presupuestos públicos disponibles para intervenciones urgentes (Arenas-Landgrave et al., 2022)[14].

Efectos no monetarios

El mayor beneficio de la iniciativa radica en la mejora cualitativa de la vida de las familias peruanas y en la protección efectiva del derecho fundamental a la salud. La ejecución territorial de los recursos permite disminuir las brechas históricas de equidad y asegurar el acceso a servicios especializados para las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Mediante el fortalecimiento de la capacidad operativa subnacional, se consolida un modelo de atención comunitaria capaz de brindar una respuesta sostenida frente a la demanda psicológica de los ciudadanos (Campodónico, 2013)[15].

La implementación de intervenciones a nivel local fomenta la prevención temprana y eleva los niveles de resiliencia comunitaria, componentes indispensables para gestionar adecuadamente las crisis psicológicas en escenarios de alta presión social o emergencias (Torres Sandon, 2022)[16]. La propuesta se alinea con los estándares internacionales de cuidado integral y garantiza que el sistema primario aborde el

[13] María Moreno, E. y Antonio Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Universidad de Córdoba Insitutional Repository (Universidad de Córdoba), 35*(4), 315-328. http://hdl.handle.net/10396/20925

[14] Arenas-Landgrave, P., De la Rosa-Gómez, A., Carreón-Martínez, A. E., Esquivel-González, D., Cristina Martínez-Luna, S., Hernández-Aguirre, O., Olivares-Avila, S. M., Plata-Ochoa, A. Y., González Santiago, E. y Domínguez Rodríguez, A. (2022). Atención psicológica vía chat desde una plataforma de salud mental ante la COVID-19. *Revista de Investigación en Psicología, 25*(2), 185-202. https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.22916

[15] Campodónico, N. (2013). Acerca de la demanda psicológica: La salud mental y el psicoanálisis. *Perspectivas en psicología, 10*(4), 18-25. https://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/66

[16] Torres Sandon, V. S. (2022). *Salud mental e intervención psicológica en periodos de pandemia* [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia Institutional Repository]. https://hdl.handle.net/20.500.12866/11649

sufrimiento psíquico sin estigmatizaciones y con un enfoque orientado a la inserción social (Rodríguez López, 2019)[17].

Impacto presupuestal

La aplicación de la propuesta legislativa no irroga gastos adicionales al Tesoro Público ni demanda créditos suplementarios para su ejecución. La medida no crea un nuevo impuesto ni incrementa el 20 % de la recaudación ya asignada a las prestaciones de salud mental. Su función consiste en establecer el mecanismo habilitante que requiere el Ministerio de Salud para trasladar dichos montos hacia los pliegos de los gobiernos regionales.

Los costos administrativos inherentes a la emisión de la normativa reglamentaria y la gestión financiera se absorben en su totalidad con los presupuestos institucionales vigentes. Saavedra Solano et al. (2015) advierten que la viabilidad de la atención psiquiátrica descentralizada depende directamente de un flujo de recursos constante y predecible[18].

Por consiguiente, la proposición legislativa no contraviene la prohibición contenida en el artículo 107, literal a), del Reglamento de la Cámara de Diputados, toda vez que los congresistas no poseen iniciativa para crear ni aumentar el gasto público. La medida se enmarca estrictamente en la redistribución eficiente de fondos ya presupuestados, asegura la neutralidad fiscal y corrige la inejecución histórica para elevar la eficiencia del gasto público en salud mental.

Costos y beneficios por actor

Actor	Costos	Beneficios
MINISTERIO DE SALUD	Asume la transferencia operativa de los recursos previamente centralizados en su pliego y la labor de consolidación anual para la rendición de cuentas.	Cumple las metas de la política nacional de salud mental, incrementa los indicadores de cobertura a nivel país y soluciona la inejecución presupuestal del sector.

[17] Rodríguez López, T. (2019). Salud Mental Integral y Atención Primaria de Salud en Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4000

[18] Saavedra Solano, N., Berenzon, S. y Galván Reyes, J. (2015). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria, 48*(4), 258-264. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS	Asume la labor técnica de adecuación reglamentaria de la Ley 31557 dentro de sus competencias institucionales ordinarias.	Optimiza la calidad y la descentralización del gasto público sin alterar el equilibrio macroeconómico ni crear nuevos impuestos.
GOBIERNOS REGIONALES	Asumen la gestión financiera directa de los fondos, la contratación del personal especializado y la obligación legal de reportar semestralmente los resultados alcanzados.	Obtienen la disponibilidad financiera continua para implementar y sostener las redes comunitarias de salud mental de forma autónoma en su jurisdicción.
PACIENTES Y FAMILIAS	Ninguno.	Reciben atención psicológica y psiquiátrica oportuna, cercana a su entorno y gratuita, lo que elimina los gastos de bolsillo asociados a traslados o a consultas privadas.

Fuente: Elaboración propia.

IX. IMPACTO AMBIENTAL

La proposición legislativa posee una naturaleza estrictamente financiera y administrativa, orientada de manera exclusiva a viabilizar la transferencia de recursos presupuestales entre entidades del Estado para la atención descentralizada de la salud mental, sin autorizar la ejecución de obras de infraestructura, la extracción de recursos naturales ni el desarrollo de actividades operativas susceptibles de generar una huella directa o indirecta sobre el entorno. Por consiguiente, la implementación de la medida no produce un impacto ambiental significativo ni exige la adopción de instrumentos de evaluación o de mitigación ecológica, en tanto su ámbito de aplicación se circunscribe a la optimización del flujo de los fondos públicos destinados a la contratación de personal especializado y al sostenimiento operativo de los servicios sanitarios a nivel regional.

Lima, octubre de 2026

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MEZA RIVERA Flor De Jesus FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 15:47:24-0500

CÁMARA DE DIPUTADOS
Firmado digitalmente por: DOMINGUEZ HERRERA Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26/10/2026 13:39:07-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VALQUI ORDOÑEZ Jhonn Brayam FAU 20161749126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 14:02:44-0500

Carlos Alberto Domínguez Herrera
Diputado de la República

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHACON DE VETTORI Cecilia Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 10:13:44-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GATICA VEGA Francisco Javier FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 16:17:59-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TRUJILLO ZEGARRA Gilmer FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 18:45:20-0500